

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГРОХОТОВ ВАДИМ АНАТОЛІЙОВИЧ

УДК 614.2:616.31](477)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Галузь знань : 22 – Охорона здоров'я

221 Стоматологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ В. А. Грохотов

Науковий керівник:

**Канюра Олександр Андрійович
доктор медичних наук, професор**

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Грохотов В. А. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії з галузі знань 22 – Охорона здоров'я за спеціальністю 221 «Стоматологія». Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ, 2023 рік.

У дисертації вирішено актуальну науково-практичну проблему охорони здоров'я, науково обґрунтовано вдосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги та якістю функціонування комунальних стоматологічних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), розроблено комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах державно-приватного партнерства (ДПП), що сприяє ефективному функціонуванню ЗОЗ у сучасних економічних умовах.

Дослідження виконано у сім послідовних етапів, відповідно до розробленої автором спеціальної програми дослідження. Використовуючи методологію дослідження через сукупність загальнонаукових та специфічних методів (системного аналізу, бібліосемантичного, соціологічного, медико-статистичного, моделювання, експертних оцінок), здійснено збір інформації, сформовано бази даних, проведено їхню статистичну обробку, аналіз, здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробку комплексу організаційно-методичних підходів до переведення комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП, які дозволяють удосконалити систему менеджменту якості їхнього функціонування.

На *першому організаційному етапі* вивчено світовий та вітчизняний досвід у питаннях сучасного стану та проблем організації управління якістю медичної допомоги у світовій практиці, стан проблеми в Україні, визначено основні питання, які підлягали подальшому науковому дослідженню.

Реалізація завдань першого етапу дала можливість на підставі бібліосемантичного аналізу 276 наукових джерел узагальнити міжнародний досвід, виявити проблемні питання у науковому обґрунтуванні удосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги.

На *другому організаційному етапі* дослідження здійснено вибір напрямку дослідження з формуванням мети, завдань, програми, обґрунтовано обсяги і методи дослідження та розроблено його дизайн.

На *третьому організаційному етапі* здійснено аналіз мережі, кадрового забезпечення та діяльності державних, комунальних і приватних стоматологічних закладів м. Києва у 2010–2020 рр. на підставі матеріалів форм статистичної звітності (ф. № 20, ф. № 17, ф. № 47).

На *четвертому організаційному етапі* надано характеристику організації стоматологічної допомоги дорослому населенню Києва за матеріалами соціологічного опитування, яке охопило 401 пацієнта, що звернулись до комунальних закладів, та 389 пацієнтів приватних закладів. Також використано матеріали соціологічного опитування лікарів-стоматологів 259 комунальних та 109 приватних ЗОЗ. Проведено експертну оцінку структурно-організаційних складових діяльності комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ.

На *п'ятому етапі* науково обґрунтовано концептуальні напрями переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП та вдосконалення системи менеджменту якості їхнього функціонування.

На *шостому етапі* за результатами аналізу попередніх етапів науково обґрунтовано та розроблено комплекс організаційно-методичних підходів до вдосконалення системи менеджменту функціонування ЗОЗ на принципах ДПП, який базується на двох науково обґрунтованих організаційних напрямках – організаційно-правовому та організаційно-виробничому, блокувій моделі менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП, індикаторах оцінки управління якістю функціонування ЗОЗ.

На *сьомому*, заключному етапі відбувалося впровадження окремих елементів запропонованого комплексу організаційно-методологічних підходів з

удосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги та якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ, оцінювання їхньої медичної, соціальної та економічної ефективності та експертна оцінка прогнозу ефективності комплексу.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає у поглибленні наявних та обґрунтуванні нових теоретичних підходів, які спільно вирішують важливе наукове завдання розвитку організаційно-правових механізмів управління якістю стоматологічної допомоги у державних / комунальних медичних закладах України й аргументують комплексний організаційно-методологічний підхід до вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ на засадах ДПП.

- Вирішено актуальну науково-практичну проблему вдосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги та якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ, розроблено комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП, що сприяє ефективному функціонуванню ЗОЗ у сучасних економічних умовах. Проведена експертна оцінка комплексу організаційно-методологічних підходів засвідчила його прогнозу ефективність та доцільність використання у практиці управлінні ЗОЗ;

- науково обґрунтовано концептуальні напрямки вдосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги та функціонуванням комунальних стоматологічних ЗОЗ, які закладають основи формування стратегічних та оперативних цілей у галузі управління якістю в умовах ринкової економіки;

- одержано характеристику стану задоволеності стоматологічною допомогою у державних / комунальних медичних закладах за матеріалами соціологічного дослідження пацієнтів, а за результатами опитування лікарів-стоматологів отримано характеристику стану організації та шляхів розвитку якості управління нею;

- вивчено стан організації стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва у державних / комунальних та приватних амбулаторно-поліклінічних установах за матеріалами соціологічного опитування населення та лікарів-стоматологів;

- доведено, що наявна система надання стоматологічної допомоги у державних / комунальних медичних закладах не відповідає сучасним потребам населення і дає підстави стверджувати про необхідність наукового обґрунтування нової комплексної методології управління якістю стоматологічної допомоги у державних / комунальних медичних закладах на базі ДПП;

- викладено наукові положення регулювальних і утворювальних факторів методології управління якістю стоматологічної допомоги у ЗОЗ, виходячи з цілей підвищення якості життя населення.

Удосконалено на галузевому рівні менеджмент функціонування стоматологічних ЗОЗ за принципами ДПП шляхом розробки регламентацій та інструментів функціонування системи менеджменту якості.

Набули подальшого розвитку аналіз, систематизація та узагальнення досвіду зарубіжних країн у питаннях організації управління якістю функціонування установ стоматологічної допомоги.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у розробці комплексу організаційно-методологічних підходів до вдосконалення системи управління функціонуванням ЗОЗ на засадах ДПП, що на основі комплексного та системного вивчення, узагальнення та критичного переосмислення забезпечує перехід стоматологічних комунальних/державних ЗОЗ на принципи ДПП, який сприяє ефективному функціонуванню ЗОЗ у сучасних економічних умовах.

Сформульовані на основі результатів дослідження висновки створюють основу для розробки практичного підходу до вдосконалення управління якістю функціонування стоматологічної допомоги у державних / комунальних стоматологічних закладах України.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому

доповненні теорії соціальної медицини у частині забезпечення діяльності системи менеджменту якості функціонування стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП.

Ключові слова: удосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги, комплекс організаційно-методологічних підходів до удосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП, анкетування, соціологічні дослідження, стоматологічний медичний центр, стоматологія, стоматологічна допомога, організація стоматологічної допомоги, стоматологічні послуги, стоматологічні заклади різних форм власності, кадрові ресурси, управління якістю стоматологічної допомоги.

ANNOTATION

Grohotov V.A. Medical and Social Justification of the Methods of the Dental Service Quality Management Perfection. Qualification manuscript.

Thesis for acquiring the scientific degree of Doctor of Philosophy, specialty 14.01.22 «Dentistry». O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2023.

MAIN STUDY RESULTS

The thesis deals with the relevant scientific issue of the healthcare, which scientifically justifies the methods which improve the dental service management, as well as functioning of the public dental healthcare institutions. The author introduces a complex of the managerial approaches to quality improvement of the healthcare institutions – state private enterprises, which provides effective function of the healthcare institutions under the modern economic reality.

The study has been held in seven sequential stages, according to the introduced by the author special research schedule. The author used various general scientific and specific methods, defined in the passport of the specialty “Social medicine” (systemic analysis, bibliosemantic, sociological, medical-statistical, modeling, and expert assessment), collected the information, organized the databases, treated them statistically and analyzed the results, provided medical and social justification and introduced a complex of the organizing method approaches to transition of the public

dental healthcare institutions onto the state private enterprise principles, which would improve system of the quality management .

During the first *study stage* the author reviewed the world and Ukrainian experience on the modern condition and challenges of organizing and management of the quality medical service, both in the world and in Ukraine, and defined basic issues to be further studied.

The *first stage*, with the bibliosemantic analysis of 276 sources, provided opportunities for generalization of the world experience, detecting problem issues in the scientific justification of methods of the dental service management improvement.

During the *second stage*, the study direction and objectives were chosen, in order to define the aims, tasks, schedule, methods and scope of the study, as well as its design was produced.

The *third stage* is represented with analysis of the personnel network, as well as performance of the state, public, and private dental institutions of Kyiv in 2010-2020, according to the statistical reports data (standard form №20, standard № 17, standard 47).

The fourth stage deals with the characterizing organization of the dental service rendered to adult Kyiv citizens, according to the sociological survey data. The survey included 401 patients of public and 389 patients of the private establishments. Within the study, the results of the sociological survey of 259 dentists of public and 109 of private institutions were treated. The author performed an expert assessment of the structural-organizational components of the public and private dental healthcare institutions performance.

During the *fifth stage*, the concept approaches to transition of the public dental healthcare institutions onto the state private enterprise principles of function, as well as improvement of the quality function management principles, were established.

Within the *sixth stage*, according to the analysis of the previous stages, a complex of organization methods for advancing the healthcare institutions as state private enterprises' performance quality management was introduced. This complex is based on two scientifically justified organizational directions: legal organization

and manufacture organization; and the block model of management of the healthcare institution as a state private enterprise performance quality, indicators of management quality.

The *seventh stage* includes introduction of certain components of the suggested complex of the organization methods, aimed at perfection of the management of dental care and quality of the public dental healthcare institutions' function, assessment of their medical, social and economic effectiveness and expert assessment of their prognostic effectiveness.

The scientific authenticity of the results represents with justified profound theoretical approaches, which together may solve an important scientific task of development of the legal-organization mechanisms of the dental service management in state/public health institutions of Ukraine, thus, substantiating a complex organizational method approach to perfection of the quality management in state health service institutions as the private public enterprises.

In the paper the author was the first to:

- solve a relevant scientific challenge of perfection of the dental service quality management, and the management of quality of the public dental institutions function; introduce a complex of organization methods to perfection of the healthcare institutions – state public enterprises function quality management, under the modern economic conditions. An expert assessment of the organization method approaches evidences of its prognostic effectiveness in the public healthcare institutions management;

- scientifically justify conceptual directions of the dental service quality management perfection, as well as perfection of functioning of the public dental institutions, as a basis of the strategic and operative goals within the quality management under the market economic;

- characterize the satisfaction with the dental service quality in state/public healthcare institutions, by holding a sociological survey of the patients, and, by the results of the sociological questioning of the dentists, characterize the condition of

organizations, management and further ways of the management quality development;

- study the state of the dental service provided to adult patients in Kyiv in state/public and private outpatient institutions, by the sociological survey of people and dentists;

- prove that the existing system of dental service in state/public medical institutions does not correspond to modern requirements of people, which makes it possible to state about the necessity of scientific justification of a new, complex methods of the dental service quality management in state/public medical institutions – state private enterprises;

- present scientific positions of regulating and forming factors of the dental service quality management methods, in state healthcare institutions, concerning the people life quality improvement.

Within the dental branch – the management of the dental healthcare institutions as the state private enterprises was perfected, by introducing new standards of the quality management function instruments.

The profoundly studied issues were analysis, arrangement and generalization of the foreign experience on the dental service quality management issues;

The practice significance of the obtained study results was in elaboration of the organizational method approaches to perfection of the state healthcare institutions as the state public enterprise management, which, after a complex and systemic study, generalization and critical re-considering provides transition of the dental state/public healthcare institutions onto the state private enterprises principles, which will provide for the effective function of the state healthcare institutions under the modern economic realities.

The defined according to the study conclusions make basis for the practical approach of perfection of the dental service quality management in the state/public dental institutions of Ukraine.

The theoretical significance of the results represents with a considerable expansion of the social medicine theory, in the part of provision of the dental

healthcare institutions- state private enterprises quality management function.

Keywords: perfected methods of the dental service quality management, complex of organizing method approaches to perfection of the public healthcare institutions – state private enterprises function quality management, questioning, sociological researches, dental medical center, dentistry, dental care, organization of dental care, dental services, dental clinics with different types of ownership, personnel resources, dental care quality management.

СПИСОК ВЛАСНИХ ПУБЛІКАЦІЙ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Грохотов В. А. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine. // В. А. Грохотов, Н. М. Орлова, О. А. Канюра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12 cz. 1 St. 2378–2382. (Scopus) *(Дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз результатів, формулювання висновків).*
2. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Соціологічне дослідження якості стоматологічної допомоги в закладах різної форми власності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. №4. С. 49–52. *(Дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз результатів, формулювання висновків).*
3. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Кадрові ресурси як складова забезпечення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню України // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. Т 26, №1. С.113–118. *(Дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз, формулювання висновків).*
4. Грохотов В. А. Проблеми якості стоматологічної допомоги (за матеріалами соціологічного опитування лікарів-стоматологів) // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. Т. 26 №3 С. 462–466.
5. Грохотов В.А. Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних закладів охорони здоров'я. // Актуальні проблеми транспортної медицини 2022 р. № 3 (69). С. 125-134.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Проблеми кадрового забезпечення комунального сектора стоматологічної служби України // Матеріали

науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 «Наша планета, наше здоров'я», 7 квітня, Київ, 2022. С. 100

7. Грохотов В.А. Орлова Н.М. Кадрове забезпечення стоматологічних закладів: сучасні проблеми та шляхи їх вирішення // Менеджмент XXI століття: глобалізаційні виклики : матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції, 19 травня 2022 р. Полтава : ПДАУ, 2022. С.381–384.

8. Грохотов В.А. Орлова Н.М. Концептуальні напрями оптимізації управління якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я // Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції «Управління розвитком соціально-економічних систем» (15-16 червня 2022 року). Харків, 2022. С.179–182.

9. Грохотов В.А. Орлова Н.М. Доступність стоматологічної допомоги для населення України // Матеріали Четвертого наукового симпозиуму з міжнародною участю з громадського здоров'я, 21-23 вересня 2022 року. м. Тернопіль. С. 52-53.

ЗМІСТ

| | Ст. |
|---|-----|
| Перелік умовних скорочень | 15 |
| ВСТУП | 16 |
| РОЗДІЛ 1. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ ТА У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ (огляд літератури) | 28 |
| 1.1. Вектор розвитку управління якістю стоматологічної допомоги в ідеях теоретиків, документах ВООЗ, у практиках розвинених країн світу. | 28 |
| 1.2. Сучасний стан та актуальні проблеми організації управління якістю стоматологічної допомоги у медичних закладах в Україні. | 58 |
| 1.3. Законодавчі передумови організації управління якістю стоматологічної допомоги у медичних закладах в Україні і стан нормативно-правової бази з питань якості медичної допомоги. | 64 |
| РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ | 77 |
| 2.1. Загальна характеристика програми та методів дослідження. | 77 |
| 2.2. Методика медико-статистичного дослідження. | 83 |
| 2.3. Методика соціологічного дослідження. | 85 |
| 2.4. Основи концептуальних напрямів удосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП. | 91 |
| 2.5. Організаційно-методологічні підходи до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП . | 98 |
| РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ МЕРЕЖІ, КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ДІЯЛЬНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ КОМУНАЛЬНОЇ / ДЕРЖАВНОЇ ВЛАСНОСТІ, ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ | 107 |
| 3.1. Аналіз мережі закладів комунальної / державної власності, які надають стоматологічну допомогу населенню. | 107 |
| 3.2. Кадрові ресурси як складова забезпечення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню України. | 109 |
| 3.3. Аналіз потреби населення України у стоматологічній допомозі та оцінка її доступності. | 119 |
| 3.4. Аналіз діяльності стоматологічних закладів комунальної власності та якості стоматологічної допомоги у них. | 131 |
| РОЗДІЛ 4. СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ. | 144 |
| 4.1. Порівняльна характеристика стану організації та якості стоматологічної допомоги населенню м. Києва за матеріалами анкетування пацієнтів комунальних та приватних стоматологічних закладів. | 146 |
| 4.2. Характеристика стану організації та якості стоматологічної допомоги населенню м. Києва за матеріалами анкетування лікарів-стоматологів комунальних та приватних стоматологічних закладів у порівнянні. | 154 |

| | |
|--|-----|
| 4.3. Експертна оцінка структурно-організаційних складових діяльності комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ. | 161 |
| РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДАХ. | 168 |
| 5.1. Концептуальні напрямки переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП, що забезпечують якість стоматологічної допомоги та оптимізацію функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ. | 170 |
| 5.2. Комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них. | 177 |
| 5.3. Експертна оцінка комплексу організаційно-методологічних підходів до удосконалення управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них. | 197 |
| ВИСНОВКИ | 201 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ | 205 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 206 |
| ДОДАТКИ | 228 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|---------------------|---|
| TQM | - Total Quality Management, тотальне управління якістю |
| OHSAS 18001:2007 | - Система менеджменту професійної безпеки та здоров'я |
| АП | - абсолютний приріст |
| АПЗ | - амбулаторно-поліклінічний заклад |
| АСУ | - автоматична система управління |
| ВООЗ | - Всесвітня організація охорони здоров'я |
| ДПП | - державно-приватне партнерство |
| ДОЗ | - Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) |
| ЗОПОЗ | - загальне охоплення послугами охорони здоров'я |
| ЗОЗ | - заклад охорони здоров'я |
| ICM | - інтегрована система менеджменту |
| ICO (ISO) | - Міжнародна організація стандартизації |
| IS04000 | - Міжнародний стандарт, який містить вимоги до системи екологічного управління |
| КД | - корегувальні дії |
| КМУ | - Кабінет Міністрів України |
| КНП | - комунальне некомерційне підприємство |
| КНСП | - країни з низьким та середнім рівнем прибутку |
| МЕС | - медико-економічні стандарти |
| МО | - медичні організації |
| МОЗ | - Міністерство охорони здоров'я |
| МУЯ СД | - методологія управління якістю стоматологічної допомоги |
| НАМН | - Національна академія медичних наук України |
| НДУСЕ | - Науково-дослідна установа судової експертизи |
| НМУ | - Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця |
| НПВ | - населення працездатного віку |
| ОМС | - обов'язкове медичне страхування |
| ООН | - Організація Об'єднаних Націй |
| ПМСД | - первинна медико-санітарна допомога |
| УСК | - університетська стоматологічна клініка |
| СМЯ | - система менеджменту якості |
| СО | - стоматологічна організація |
| ЦСР | - цілі стійкого розвитку |
| WHO | - World Health Organization – Всесвітня організація охорони здоров'я |
| SWOT аналіз | - виявлення факторів внутрішнього і зовнішнього середовища організації та поділ їх на чотири категорії: Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози). |

ВСТУП

Світовий досвід розвитку систем охорони здоров'я свідчить, що дотримання якості та безпеки медичної діяльності неможливе без сучасного технічного устаткування медичних установ, впровадження передових методик лікування пацієнтів, розвитку нормативно-правової бази та фінансового супроводу лікувально-діагностичного процесу [31, 50, 56, 263,273].

Пошук шляхів підвищення якості та ефективності в охороні здоров'я України є провідним завданням держави. Він знаходило відображення у розробці багатьох державних програм і системних рішень, змін у системі нормативно-правового регулювання, контрольно-дозвільних механізмів та інших заходів.

Водночас доводиться констатувати, що перетворення у галузі на тлі їхнього незначного ресурсного забезпечення здебільшого не призвели до суттєвого підвищення якості медичної допомоги населенню. Підтвердженням цього є низька задоволеність населення якістю медичної допомоги [41,110].

Так, отримані показники рівня задоволеності працею дільничних лікарів показали, що в різних областях України вони помітно відрізняються. Найнижчий показник – у Кіровоградській області (47%), найвищий – у Тернопільській області (84%). Рівнем стаціонарної допомоги найменше задоволені мешканці Кіровоградської області (29%), найбільше – мешканці Тернопільської (76%) та Миколаївської (76%) областей. Лише 15% респондентів ствердно відповіли на запитання – чи відчувають вони плоди реформи системи охорони здоров'я, пов'язаної з якістю медичної допомоги. Отримані результати відображають наслідки управлінських рішень регіональних керівників охорони здоров'я на місцях [200].

В умовах недофінансування вітчизняної охорони здоров'я особливої актуальності набуває питання підвищення ефективності управління на всіх ієрархічних рівнях системи охорони здоров'я (Богущ Д., 2009 [16]; Степаненко А., 2017 [100]; Зукін В., 2021 [67]).

Сьогодні, в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні, забезпечення високої якості медичної допомоги, що надається, є одним із пріоритетних напрямків (Щербак І. Б., 2013).

Для вирішення питань підвищення якості та доступності медичної допомоги, удосконалення систем управління на всіх рівнях, найважливішим інструментом є моніторинг основних показників діяльності інституційних одиниць системи охорони здоров'я (Сміянов В. А., 2013).

Результати аналізу динаміки цих показників є базовою основою для прийняття адресних управлінських рішень, спрямованих на підвищення якості надання медичної допомоги та оптимізацію системи її організації.

Безпосередніми виконавцями державних гарантій для населення у сфері охорони здоров'я є медичні організації.

Для вирішення поточних завдань розвитку та вдосконалення необхідне проведення об'єктивної оцінки ефективності та результативності діяльності медичних організацій, що, у свою чергу, потребує комплексного, системного підходу, який базується на застосуванні певних критеріїв та показників.

Питанню розробки таких критеріїв та показників приділяють велику увагу багато дослідників: Ю. В. Вороненко [23, 24], Е. Демінг [57], В. Зукін [67], Д. Х. Гаррінгтон [204] та інші.

У сучасних соціально-економічних умовах формування стратегії розвитку медичної організації має бути орієнтоване на підвищення конкурентоспроможності та якості медичних послуг і формуватися з використанням сучасних підходів, методів та концепцій, які відображають найкращий світовий досвід. У цьому контексті стає актуальним впровадження систем управління медичної організації, які базуються на менеджменті якості і є суттю управління. Системи менеджменту якості повинні відповідати вимогам міжнародних стандартів серії ISO 9000, заснованих на застосуванні філософії, інструментах і методах TQM (Total Quality Management) – тотального, або загального менеджменту якості [100, 75, 266].

Сучасні умови вимагають від медичних організацій максимально можливого задоволення запитів усіх зацікавлених сторін (пацієнтів, їхніх законних представників, співробітників, органів управління охороною здоров'я, органів нагляду та ін.). Підтримання балансу інтересів та виконання законодавчих вимог стає гарантією сталого розвитку медичної організації.

Хоча питання спільного застосування цих систем менеджменту за стандартами ISO 9000, OHSAS та ISO 4000 вже кілька років розглядаються фахівцями у сфері якості, теоретичних і методичних розробок у цій галузі та рекомендацій щодо їхнього практичного застосування бракує. У зв'язку з цим виникла об'єктивна необхідність аналізу робіт закордонних і вітчизняних авторів з управління якістю медичної допомоги у стоматологічних державних / комунальних закладах.

Ступінь розробки наукової проблеми

Концептуальні підходи до забезпечення та управління якістю медичної допомоги розглядалися у багатьох міжнародних дослідженнях: Вуорі Х. В. [26,270]; Adjei E., Mensah M. D. [217]; Bahadori M, [224]; Е. Демінг [47]; Keßler W, Heidecke CD. [245]; Righolt AJ, Sidorenkov G, [276]; О.М.Ліщишина, Є.Л. Горох [95] та інші.

Дослідження, присвячені питанням управління якістю медичної допомоги, провели Ю. В. Вороненко [23]; В. В. Горачук [31,33], О. З. Децик [49], Г. В. Дзяк [50], Д. В. Карамішев [74], В. В. Касянчук [75], Я. Г. Літінська В. А. [93], О. М. Ліщишина [94], В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, С. В. Тарасенко [182] та інші.

Теоретико-методологічні основи вивчення теорії якості медичної допомоги презентовані системою поглядів наступних науковців: академік НАМН України, професор Ю. В. Вороненко, д. мед. н., професор Н. Г. Гойда, д. мед. н., професор О. З. Децик, д. мед. н., професор А. Б. Зіменковський, д. мед. н., професор Б. П. Криштопа, д. мед. н., професор Є. Є. Латишев, д. мед. н., професор Н. М. Орлова, д. мед. н., професор В. В. Горачук та ін.

Організації контролю якості медичної допомоги на рівні медичної

установи присвячена праця Рогача І. М., Слабкого Г. О., Качали Л. О. та ін. [164]; управлінню якості медичної допомоги в установах охорони здоров'я присвячена монографія Горачук В. В. [32,33].

Водночас, незважаючи на велику увагу закордонних та вітчизняних науковців до проблем управління якістю медичної допомоги в Україні, у сфері стоматології ці питання залишаються недостатньо розробленими. Сьогодні, з погляду науки та практики, є потреба у комплексному науковому дослідженні, спрямованому на медико-соціальне обґрунтування методології управління якістю стоматологічної допомоги.

Доцільними є наукове дослідження та розробка організаційно-методичних підходів до надання якісної стоматологічної допомоги у комунальних / державних стоматологічних установах, забезпечення стоматологічних установ дієвим фінансовим механізмом, економічно доцільним виробничим процесом, високою технологічною озброєністю та кваліфікованими кадрами, які мають гідну оплату праці.

Комплексний облік усіх складових підсистем процесу надання медичної стоматологічної допомоги та їхнє управління, засноване на принципах управління якістю з урахуванням ринкових відносин, може суттєво вплинути на підвищення ефективності стоматологічного ЗОЗ.

Методичною основою при цьому можуть слугувати спеціально розроблені комплексні організаційно-методичні підходи до управління якістю стоматологічної допомоги.

Впровадження розробленої комплексної системи управління якістю має сприяти формуванню інноваційної основи для діяльності стоматологічних медичних комунальних організацій, орієнтованих у своїй праці на підвищення якості медичної допомоги. Її впровадження забезпечить підвищення конкурентоспроможності стоматологічного ЗОЗ у зовнішньому середовищі: формування позитивної громадської думки про надійність, стабільність та високий рівень розвитку, позитивного іміджу, пріоритету над конкуруючими організаціями, можливість отримання державного замовлення, виконання всіх

вимог зацікавлених сторін щодо управління якістю медичної допомоги.

Комплексний методичний підхід до розвитку системи менеджменту якості стоматологічної допомоги у комунальних ЗОЗ розглядається нами як основа вдосконалення якості стоматологічної допомоги. Питання комплексного формування системи менеджменту якості вимагають наукового обґрунтування, розробки та експериментальної апробації, що визначило актуальність теми дисертаційного дослідження.

Аналіз доступної літератури з цього питання показав, що наразі науково обґрунтована комплексна методика управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ відсутня.

Актуальність дослідження обумовлена

- вимогами прийнятого Верховною Радою України закону **Основи законодавства України про охорону здоров'я**: Статті 7. Гарантії права на охорону здоров'я, Статті 14. Реалізація державної політики охорони здоров'я, Статті 14-1. Система стандартів у сфері охорони здоров'я, Статті 22. «Державний контроль і нагляд в сфері охорони здоров'я»;

- незадовільним станом стоматологічного здоров'я населення України;
- відсутністю ефективних критеріїв якості та механізмів мотивації медичного персоналу;
- позитивним досвідом використання державно-приватного партнерства для ефективного управління якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я;
- метою оптимізації управління якістю медичної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ;
- відсутністю комплексних досліджень, спрямованих на наукове обґрунтування вдосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги в комунальних стоматологічних ЗОЗ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану виконання кандидатських

дисертацій Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, а також як фрагмент науково-дослідної роботи кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології (№ держреєстрації НДР 0120U100655). Дисертант є співвиконавцем зазначеної НДР. Термін виконання 2020-2023 р.

Мета дослідження – наукове обґрунтування вдосконаленої методології управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них.

Завдання дослідження були обумовлені поставленою метою та передбачали:

1) здійснення системно-історичного аналізу світових і вітчизняних наукових джерел щодо сучасного стану та проблем організації управління якістю медичної допомоги;

2) розробку спеціальної програми та методологічного інструментарію проведення наукового дослідження;

3) проведення комплексного аналізу мережі, ролі кадрового ресурсу в забезпеченні якості медичної допомоги у стоматологічних організаціях;

4) аналіз потреби населення України у стоматологічній допомозі та оцінку її доступності;

5) вивчення стану організації та якості стоматологічної допомоги за матеріалами соціологічних досліджень пацієнтів та лікарів-стоматологів державних / муніципальних установ і закладів приватної форми власності, а також аналіз експертної оцінки;

6) наукове обґрунтування концептуальних напрямків переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП, що забезпечують якість стоматологічної допомоги та функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ;

7) наукове обґрунтування та розробку комплексу організаційно-методологічних підходів, які забезпечують вдосконалення управління

комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них, проведення його експертної оцінки та прогнозової ефективності.

Науковою базою дослідження була мережа комунальних, державних та приватних стоматологічних закладів м. Києва для оцінки їхньої ролі у забезпеченні якості медичної допомоги. Джерелами інформації були дані наукової літератури, матеріали ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», дані соціологічних досліджень. Дослідження охоплювало період 2012–2021 років.

Об'єкт дослідження – організація забезпеченні якості медичної допомоги у системі стоматологічних медичних організацій державних / муніципальних і приватних форм власності в Україні, система забезпечення якості медичної допомоги за кордоном.

Предмет дослідження – мережа, ресурсне, кадрове забезпечення та діяльність стоматологічних закладів різної форми власності у м. Києві, проблеми управління та контролю якості стоматологічної допомоги, концепція і сучасна методологія управління якістю стоматологічної допомоги.

У дослідженні використані наступні методи:

- *системний підхід та системний аналіз* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем мережі стоматологічних ЗОЗ, обґрунтування концептуальних напрямків переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП, розробки комплексу організаційно-методологічних підходів, що забезпечує удосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги та якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ із механізмами ДПП;

- *бібліосемантичний* – для вивчення й аналізу даних літератури щодо якості стоматологічної допомоги у медичних закладах в Україні та вектору розвитку управління якістю нею;

- *медико-статистичний* – для аналізу стану та діяльності мережі стоматологічних державних / муніципальних і приватних установ м. Києва, визначення обсягу спостережень у соціологічних дослідженнях, а також

статистичного узагальнення та оцінки достовірності їхніх результатів із застосуванням методів описової та аналітичної статистики на основі пакету Microsoft Excel і Statistica 8.0;

- *соціологічний* – для вивчення точки зору пацієнтів та лікарів-стоматологів стосовно стану, проблем та шляхів удосконалення якості медичної допомоги, яка надається у мережі стоматологічних державних / муніципальних установ м. Києва;

- *концептуального моделювання* – для обґрунтування концептуальних напрямків переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП, формування моделі менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП, розробки індикаторів оцінки управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ;

- *експертних оцінок* – для одержання експертної оцінки структурно-організаційних складових діяльності комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ та потенційної ефективності комплексу організаційно-методологічних підходів до вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ на засадах ДПП.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає у вирішенні актуальної науково-практичної проблеми удосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ та якості їхнього функціонування. Експертна оцінка розроблених параметрів удосконаленої методології управління якістю показала прогнозу ефективність.

Вперше:

- науково обґрунтовано вдосконалену методологію та розроблено комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них;

- проведено експертну оцінку комплексу організаційно-методологічних підходів, яка засвідчила їхню прогнозну ефективність і доцільність використання у практиці управлінні ЗОЗ;

- сформовано модель менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП за напрямками діяльності;

- розроблено індикатори оцінки управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ;

- науково обґрунтовано концептуальні напрямки вдосконалення методології управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них, які закладають основи формування стратегічних та оперативних цілей у галузі управління якістю в умовах ринкової економіки;

- отримано комплексну медико-соціальну характеристику мережі стоматологічних закладів комунальної / державної власності, їхніх кадрових ресурсів та потреби населення України у стоматологічній допомозі;

- за матеріалами соціологічного дослідження пацієнтів одержано характеристику стану задоволеності стоматологічною допомогою споживачів послуг комунального та приватного секторів стоматології;

- за результатами опитування лікарів-стоматологів отримано характеристику стану організацій, управління та шляхів розвитку комунального сектора стоматології.

Вдосконалено на галузевому рівні механізми управління якістю стоматологічної допомоги у державних / комунальних медичних закладах.

Набули подальшого розвитку систематизація та узагальнення досвіду зарубіжних країн з питань управління якістю медичної діяльності.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати у сукупності можуть стати методологічною основою для:

- обґрунтування стратегії та тактики розвитку діяльності стоматологічних комунальних ЗОЗ;

- оптимізації системи управління медичною діяльністю у державних / муніципальних стоматологічних установах;
- впровадження елементів комплексу організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління функціонуванням ЗОЗ на засадах ДПП в Україні.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про обґрунтування методологічних основ формування комплексу організаційно-методологічних підходів, що забезпечують оптимізацію управління якістю стоматологічної допомоги та якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання на регіональному рівні при впровадженні інноваційних матеріалів дисертаційного дослідження в практику закладів охорони здоров'я: м. Києва, м. Біла Церква, Київська область – 3 акти впровадження (додатки Д, Е, Ж).

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно здійснено інформаційний пошук і проведено аналіз джерел літератури за проблемою, визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи для досягнення поставленої мети, розроблено анкети для опитування лікарів-стоматологів та пацієнтів, карти експертної оцінки, здійснено збір первинних матеріалів, формування баз даних та їхнє статистичне опрацювання з використанням програмних продуктів Microsoft Excel та Statistica 8.0. Здійснено аналіз мережі, кадрового забезпечення та діяльності комунальних та приватних стоматологічних закладів м. Києва та СМЦ; узагальнено думку лікарів-стоматологів, а також експертні оцінки організаторів охорони здоров'я щодо стану, проблем та перспектив удосконалення організації стоматологічної допомоги у СМЦ, обґрунтовано концепцію розвитку СМЦ, методологію формування сучасної концептуальної моделі УСК, розроблено концептуальну організаційно-функціональну модель УСК на принципах ДПП та здійснено експертну оцінку її прогностичної ефективності, узагальнено отримані результати

дослідження та обґрунтовано наукові положення, сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації.

Авторові належить провідна роль у виборі теми дослідження, розробці методики та програми дослідження, постановці завдань.

Автором самостійно проведено аналіз нормативних правових документів, даних статистики, даних наукових публікацій з проблеми, що вивчається, визначено базу для проведення дослідження.

Автором розроблено систему критеріїв та показників для оцінки якості організації медичної допомоги, на підставі аналізу яких приймалися управлінські рішення та оцінювалася їхня ефективність.

Автор провів узагальнення та науковий аналіз отриманих результатів, сформулював висновки та практичні рекомендації, розробив пропозиції щодо вдосконалення інформаційного забезпечення управління медичною організацією, оформив дисертаційну роботу.

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення у 8 наукових публікаціях, зокрема, у 5 статтях у наукових фахових виданнях (в одноосібному авторстві 2, за кордоном 1, яка входить до наукометричної бази Scopus), 4 у матеріалах конференцій та конгресів з міжнародною участю .

Обсяг та структура дисертації. Робота викладена на 234 сторінках машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 205 сторінки. Складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, методів і обсягів досліджень, 5 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних 276 джерел (із них кирилицею – 215, англомовних – 61), містить 22 таблиці та 15 малюнків, має 7 додатків.

РОЗДІЛ І. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ ТА У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ (огляд літератури)

1.1. Вектор розвитку управління якістю стоматологічної допомоги в ідеях теоретиків, документах ВООЗ, у практиках розвинених країн світу.

У філософії поняття «якість» вперше було впроваджене Аристотелем у IV ст. до н. е. як відмінність між предметами за ознакою «добрий – поганий». Гегель окреслив якість як тотожну до буття визначеність, коли дещо припиняє бути тим, чим воно є, якщо втрачає свою якість. До нашого часу поняття «якість» міцно посіло своє місце не лише у філософії (як категорія, що окреслює сутнісну визначеність об'єкта, завдяки якій він є саме таким, а не інакшим), а й у галузі інших наук – зокрема, соціально-економічних, медичних тощо.

Є ціла низка робіт з наукового обґрунтування системи забезпечення якості медичної допомоги та самого терміну «якість» [85,87,105,138,140,197].

Комітет Інституту медицини (США) визначив якість як «ступінь, у якій медичні послуги для окремих осіб та груп населення збільшують ймовірність бажаних результатів і відповідають поточним професійним знанням» [241, 242].

У стандарті ДСТР ІСО 9001–2015 записано: «Якість – це ступінь, у якому сукупність власних (притаманних) характеристик відповідає вимогам» [75]. Якість в охороні здоров'я пояснює, чи відповідає послуга очікуваним характеристикам і чи задовольняє вона споживача – іншими словами, наскільки добре послуга виконує те, для чого вона призначена.

Загальна якість будується на гуманістичних цінностях, у тому числі й етичних. Системи цінностей нерозривно пов'язані з системами авторитетів – творців знань, теорій, концепцій у царині якості, що є частиною таких систем.

Ідеї іноземних теоретиків менеджменту

Менеджмент якості тісно пов'язаний з іменами багатьох науковців та інженерів, що зробили великий внесок у вирішення проблем якості. Праці низки з них стали «каталізаторами» переходу менеджменту якості до чергової фази свого розвитку [175, 270].

У становленні теорії якості у галузі управління охороною здоров'я також велику роль відіграли відомі закордонні теоретики менеджменту. Однак наразі не існує єдиного загальноприйнятого визначення якості, хоча є загальне розуміння базових концепцій.

Так, відомий японський науковець Каору Ісікава (Kaoru Ishikawa) визначає якість як сукупність властивостей, які реально задовольняють споживачів, оскільки продукція, що відповідає вимогам стандартів, у той же час може не відповідати інтересам споживачів [135]. Разом з тим К. Ісікава трактує поняття якості у ширшому сенсі, ніж просто якість продукції, а саме як якість виконаної роботи, обслуговування, процесу, праці підрозділів та персоналу, якість функціонування системи, фірми тощо.

К. Ісікава є розробником багатьох інструментів якості. Найвідоміший з них – причинно-наслідкова діаграма, або діаграма Ісікави. Дослідник розробив основні принципи системи корпоративного контролю якості та запропонував використовувати для описання етапів існування продукту «коло якості». Принципом К. Ісікави є гасло «Якість важливіша за короткочасний прибуток».

Такої ж думки дотримувався й автор наукових підходів до управління якістю Джозеф М. Джуран (J. M. Juran) – американський фахівець у галузі якості, академік Міжнародної академії якості (МАК). У своїй праці «Революція в управлінні підприємством» (1963) він розділяв якість на складові: якість проєктування, якість відповідності, придатності та обслуговування. Також він визначав якість як придатність для використання (відповідність призначенню). Джозеф М. Джуран розробив принцип «тріад якості»: планування, контроль та підвищення якості. Засадниче значення для дослідника мало уявлення про те, що якість не може мати випадкового характеру – вона повинна плануватися. Своєю тріадою Джуран ідентифікував провідні елементи стратегічного

планування якості у компанії, визначив оптимальні цілі у галузі якості, вказав на важливість створення системи вимірювань якості [218].

Волтер Шугарт (Walter A. Shewhart) займався розробкою статистичних методів управління процесами. З його ім'ям пов'язане застосування контрольних мап на виробництві (контрольні мапи Шугарта). Також праці Шугарта лягли в основу створення циклу покращення якості, відомого як цикл Шугарта–Демінга, або цикл PDCA (часто використовується назва «цикл Демінга») – модель безперервного поліпшення процесів, аббревіатура якої розшифровується як Plan, Do, Check, Act (плануй, роби, перевіряй, впливай). При застосуванні цієї моделі в управлінні якістю можлива його ефективність на системній основі [206].

Едвардс Демінг (W. Edwards Deming) вважається засновником і розробником концепції загального менеджменту якості (Total Quality Management). Він зробив великий внесок у розробку статистичних методів управління процесами. Також дослідник відомий розробкою системного підходу до покращення якості, який він зміг подати у простій і зрозумілій формі – у вигляді циклу покращень PDCA (цикл Шугарта–Демінга) [47].

Аветіс Донапетян (Avedis Donabedian) [230] розробив триаду якості, відповідно до якої якість складається з трьох компонентів:

- якість структури – кваліфікація кадрів, наявність і стан обладнання, його раціональне використання, стан будівель і приміщень, наявність і поповнення витратних матеріалів тощо;

- якість процесу – компонент медичної допомоги, який описує, наскільки комплекс лікувально-діагностичних заходів, проведених щодо конкретного хворого, був оптимальним (найважливіший принцип, який лежить в основі процесуального підходу до системи забезпечення якості);

- якість результату – складова якості медичної допомоги, яка описує співвідношення фактично досягнутих результатів із реально досяжними.

Всі ці компоненти є ланками інтеграційного процесу забезпечення контролю якості та безпеки медичної діяльності.

Також дотепер дослідники не мають єдиної думки щодо чіткого визначення переліку характеристик якісної медичної допомоги. Так, А. Донапетян [230] виділяє 7 стовпів якості: дієвість, ефективність, продуктивність, оптимальність, прийнятність, законність, справедливість.

Х. В. Вуорі [26, 270] до таких характеристик зараховує 4 параметри: адекватність (відповідність потребам споживачів та виробників), технологічність (відповідність сучасному науково-технічному рівню), ефективність (відповідність фактично досягнутого результату запланованому), економічність (відповідність результату витратам). Робоча група з забезпечення якості Європейського Регіонального бюро ВООЗ (1991) рекомендує враховувати 4 основні характеристики якості медичної допомоги: доступність, безпека, оптимальність і задоволеність.

У документі Ч. Д. Шоу та І. Кало «Основи для розробки національних політик із забезпечення якості у системах охорони здоров'я» містяться основні підходи та рекомендації ВООЗ щодо забезпечення якості медичної допомоги у країнах Європи. У ньому описуються цінності, форми та концепції, які впливають на розробку національних підходів до покращення якості, пропонуються структура та принципи національної стратегії якості з прикладами щодо організації, методів і ресурсів, які можуть застосовуватися у процесі створення інститутів якості у державах-членах ВООЗ [210].

Генічі Тагуті (Genichi Taguchi) займався розробкою статистичних методів та застосуванням їх у промисловому виробництві (так звані «методи Тагуті»). Зараз ці методи є основою концепції 6-сігма. Також Тагуті є розробником методики планування промислових експериментів. Він запропонував концепцію підвищення якості з одночасним зниженням витрат, в основі якої лежить поняття «функція втрат якості».

Сігео Сінго (Shigeo Shingo) є одним із розробників відомої японської системи планування та виробництва Just-in-Time (якраз вчасно). Також відомий створенням методу SMED (single minute exchange of die – швидке

переналадження) та системи Poka-Yoke (mistake proofing – захищеність від помилок), які зараз є частиною системи дбайливого виробництва [174].

Філіп Кросбі (Philip Crosby), один зі всесвітньо визнаних американських авторитетів у галузі якості, академік МАК, визначив якість як відповідність вимогам. Він став автором праці «Якість безкоштовно», головною ідеєю якої стала концепція відмови від теорії контролю та переходу до формування якості. Найбільш відомими стали його 14 принципів (абсолютів), які визначають послідовність дій щодо забезпечення якості на підприємствах [76]:

1. чітко визначити відповідальність керівництва у царині якості;
2. сформуванати команду, яка втілюватиме у життя програму забезпечення якості;
3. визначити методи оцінки якості на всіх етапах формування;
4. організувати облік і оцінювання витрат на забезпечення якості;
5. довести до всіх працівників підприємства політику керівництва у царині якості, добиватися свідомого ставлення персоналу до якості;
6. розробити процедури корегувальних впливів при забезпеченні якості;
7. впровадити програму бездефектного виготовлення продукції (систему «нуль дефектів»);
8. організувати постійне навчання персоналу в царині якості;
9. організувати регулярне проведення Днів якості (Днів «нульових дефектів»);
10. постійно ставити цілі у царині якості перед кожним працівником підприємства;
11. розробити процедури, які усувають причини дефектів;
12. розробити програму морального заохочення працівників за виконання вимог у царині якості;
13. створити цільові групи, що складаються з професіоналів у царині якості;
14. почати все спочатку (повторити цикл дій на більш високому рівні виконання).

Авторитетний вчений і консультант з управління якістю Дж. Гаррінгтон при визначенні якості особливо підкреслював значущість не лише задоволення вимог споживача, а й їхнього перевищення за прийнятною для нього ціною. Фактично йшлося про достатність якості у співвідношенні з ціною [207].

Арманд В. Фейгенбаум (Armand W. Feigenbaum) – всесвітньо відомий американський спеціаліст, автор теорії комплексного управління якістю, академік МАК і один з її засновників, почесний член і колишній президент Американського товариства якості (ASQ). Розробив принципи тотального управління якістю та одночасного інжинірингу [103]. Головним положенням його концепції є думка про всеохопність управління якістю, яка має стосуватися всіх стадій створення продукції та всіх рівнів управлінської ієрархії підприємства при реалізації технічних, економічних, організаційних та соціально-психологічних заходів.

Фейгенбаум стверджував, що проблеми якості ускладнилися настільки, що вони можуть бути успішно вирішені лише за умови формування нової організаційної структури, оскільки проблеми «переросли» наявну. Для того, щоб комплексне управління якістю було ефективним, його слід планувати. На підприємстві необхідний суворий облік витрат на якість. За твердженням Фейгенбаума, комплексне управління якістю – це стиль керівництва, який породжує нову культуру управління підприємством.

А. Фейгенбаум сформулював чотири «смертні гріхи» у підходах до якості, які слід враховувати, аби зусилля при реалізації програм з якості не виявилися марними. Перший «гріх» полягає у заохоченні програм, які ґрунтуються на «проголошенні гасел» та на поверхневих змінах; другий – у виборі програм, які в першу чергу орієнтовані на робітників («сині комірці») і не враховують важливої ролі інженерних служб («білі комірці»); третій – небажання визнати, що постійного рівня якості не існує (рівень якості мусить безперервно зростати); четвертий, найбільш фатальний – омана, що стосується автоматизації, яка сама по собі не є останнім словом у підвищенні якості. На думку Фейгенбаума, існує принципова відмінність між спробами побудувати

якість на роботизації та створювати на її базі програми, засновані на людському чиннику [86].

Поряд із відмінністю підходів окремих авторів до визначення самого поняття якісної медичної допомоги, а також переліку основних характеристик КМП, дослідниками вироблено єдину думку щодо його структурних компонентів. Так, прийнято виділяти три основні складові якості медичної допомоги: структурну якість (або якість структури), якість технології (або якість процесу) та якість результату [180].

Структурна якість відображає умови надання медичної допомоги. До поняття умов входять: кваліфікація кадрів, наявність та стан обладнання, стан будівель та приміщень, забезпечення ліками, наявність і поповнення витратних матеріалів, фінансове забезпечення, а також раціональність використання всіх видів ресурсів, наявних у розпорядженні медичної установи.

Структурна якість визначається на двох рівнях: мікроінституційному та індивідуальному. Під мікроінституційним рівнем розуміється оцінка матеріально-технічного стану та медико-технологічного устаткування медичного закладу, його кадрового складу та фінансового забезпечення. На індивідуальному рівні оцінюються професійні якості працівника, тобто наявна у нього сума знань, умінь та навичок щодо виконання конкретних лікувально-діагностичних заходів.

Якість технології описує оптимальність комплексу лікувально-діагностичних заходів щодо потреб конкретного пацієнта. Вона оцінюється лише на індивідуальному рівні стосовно конкретного пацієнта, з урахуванням клінічного діагнозу, видів супутньої патології, віку пацієнта та інших біологічних чинників. Важливим принципом забезпечення якості процесу є створення таких умов, коли помилка конкретного виконавця або випадкове відхилення від нормального процесу виконання медичної технології не призводить до погіршення результату медичної допомоги.

Якість результату характеризує співвідношення фактично досягнутих результатів із реально досяжними (планованими).

Структурні компоненти якості медичної допомоги, на думку Щербака І. Б., тісно пов'язані між собою. Їхня взаємна зумовленість полягає у неможливості забезпечення прийняттого рівня якості технології та результату за низького рівня якості структури [212].

Таким чином, процес зміни якості залежить від технологічних, соціальних та економічних умов, тому якість – це динамічна категорія, яка має цільову спрямованість динаміки.

У зв'язку з переліченим вище, розгляд і розуміння якості як соціологічної категорії необхідно проводити в ключі саме виробничого процесу, де народжується «добра» чи «погана» продукція.

Якість медичної допомоги та менеджмент якості у документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)

Слід зазначити, що при отриманні медичної допомоги велике значення має дотримання прав громадян. Основи цих прав закладені у Загальній Декларації прав людини, яка була проголошена Генеральною Асамблеєю ООН у 1948 році [25] і стала одним із перших засадничих документів про права людини.

Загальна Декларація прав людини, яка розглядається у якості «завдання, виконання якого мають прагнути всі народи та держави», стала критерієм для визначення ступеня поваги та дотримання міжнародних норм, що стосуються прав людини.

Нові цілі в умовах сучасного мінливого світу ООН сформулювала 8 вересня 2000 р. в документі «Декларація тисячоліття Організації Об'єднаних Націй» [46,162]. Лідери 189 держав, що підписали Декларацію тисячоліття, взяли на себе зобов'язання зробити цей світ кращим для всього людства. З метою підтвердження прихильності держав-членів до Декларації, світові лідери у 2000 році зібралися у штаб-квартирі ООН, щоб сформулювати широку концепцію для боротьби зі злиднями в їхніх численних проявах. Ця концепція, втілена у восьми Цілях розвитку тисячоліття (ЦРТ) [46], залишається

всеосяжною основою розвитку для всього світу протягом останніх 20 років. Ці цілі спрямовують зусилля світової спільноти на досягнення важливих та вимірних поліпшень у житті людей:

ціль 1 – ліквідація крайніх злиднів та голоду;

ціль 2 – досягнення загальної початкової освіти;

ціль 3 – заохочення рівності жінок і чоловіків, розширення прав та можливостей жінок;

ціль 4 – скорочення дитячої смертності;

ціль 5 – покращення материнського здоров'я;

ціль 6 – боротьба з ВІЛ/СНІД, малярією та іншими захворюваннями;

ціль 7 – забезпечення екологічної стійкості;

ціль 8 – формування глобального партнерства з метою розвитку.

Всеосяжною ідеєю нової Європейської політики охорони здоров'я – Здоров'я-2020, прийнятої Європейським регіональним комітетом ВООЗ у 2012 р., є покращення стану здоров'я та добробуту населення [66].

Критерії оцінки якості охорони здоров'я – глобальні показники в галузі охорони здоров'я, що слугують для оцінки якості роботи системи охорони здоров'я та соціального забезпечення, розробляються та встановлюються ВООЗ [90].

Так, у резолюції 55-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA55.18 від 2002 р. «Якість медико-санітарної допомоги та безпека пацієнтів» [161] визнається необхідність сприяння забезпеченню безпеки пацієнтів як фундаментальному принципу роботи всіх систем охорони здоров'я [229].

У 2016 році на 69-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у резолюції WHA69.1 «Посилення основних функцій громадської охорони здоров'я на підтримку досягнення загального охоплення медичним обслуговуванням» визнається необхідність найбільшого охоплення населення якісним медичним обслуговуванням [209].

Концептуальним підходом у вирішенні цієї проблеми є те, що більшість причин низької якості полягає у недоліках системи організації медичної допомоги.

У резолюції ВООЗ якісна медична допомога визначається як «безпечна, ефективна, орієнтована на людину, своєчасна, справедлива та комплексна».

Підкреслюється, що дедалі ширшого визнання у світі набуває визначення, згідно з яким якісні медичні послуги повинні мати такі характеристики:

- ефективність: надання послуг охорони здоров'я, заснованих на доказовій медицині, тим, хто їх потребує;
- безпека: недопущення заподіяння шкоди людям, яким надається медична допомога;
- орієнтованість на людину: надання медичної допомоги, яка відповідає перевагам, потребам та цінностям людей.

Крім того, щоб реалізувати переваги якісного обслуговування, медичні послуги повинні відповідати таким критеріям:

- своєчасність: скорочення часу очікування, а інколи й небезпечних затримок як для тих, хто отримує послуги, так і для тих, хто їх надає;
- справедливість: забезпечення медичного обслуговування однакової якості незалежно від віку, статі, гендерної ідентичності, раси, національності, географічного положення, релігії, соціально-економічного статусу, мовної чи політичної приналежності;
- комплексність: забезпечення медичного обслуговування, скоординованого за рівнями та постачальниками, а також повного спектру медичних послуг протягом усього життя;
- витратна ефективність: отримання максимальної користі з наявних ресурсів та недопущення марнотратства.

Керівництво з розробки стратегій забезпечення якості та безпеки з позиції систем охорони здоров'я Європейське регіональне бюро ВООЗ опублікувало у 2008 році [111].

Рекомендації з ефективності системи охорони здоров'я, способів підвищити її значущість, оцінювання як інструментів для керівників були розроблені Європейським регіональним бюро ВООЗ у 2016 році [235].

Посиленню основних функцій суспільної охорони здоров'я та підтримці досягнень загального охоплення медичним обслуговуванням присвячена резолюція WHA69.1 від 2016 р. (69-та сесія ВООЗ) [209].

ВООЗ постійно взаємодіє з державами-членами та партнерами з метою забезпечення того, щоб якість послуг охорони здоров'я була одним із провідних компонентів втілення згаданих вище положень і рекомендацій у життя.

З огляду на це ВООЗ:

- надає підтримку країнам у розробці, вдосконаленні та здійсненні національної політики та стратегій забезпечення якості з метою застосування комплексного підходу до надання якісних послуг охорони здоров'я;
- працює з партнерами та мережею країн з метою вивчення можливостей підвищення якості медичної допомоги для матерів, немовлят і дітей у широких масштабах і на стійкій основі;
- розробляє технічні основи для підвищення якості медичної допомоги у нестабільних, уражених конфліктом та вразливих умовах;
- зміцнює потенціал у царині профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ППК) і докладає зусиль щодо забезпечення водопостачанням, санітарією та гігієною (ВСТ), оскільки ці напрямки мають найважливіше значення для надання якісних послуг охорони здоров'я;
- просуває ініціативи щодо забезпечення безпеки пацієнтів з метою зменшення шкоди, яка завдається пацієнтам при наданні якісних основних послуг охорони здоров'я;
- керує розробкою механізмів та показників для оцінки якості медичної допомоги, а також звітності про досягнутий прогрес;
- підтримує обмін інформацією про одержані уроки та досвід у країнах і між країнами у рамках Глобальної навчальної лабораторії ВООЗ з питань

якості та сприяє формуванню двосторонніх партнерств з метою підвищення якості медичної допомоги;

- надає підтримку країнам у їхній праці з залучення місцевих спільнот до створення якісних, орієнтованих на потреби людей та економічно стійких установ охорони здоров'я.

Глобальний огляд з якості та акредитації у службах охорони здоров'я «Quality and accreditation in health care. A Global review» («Якість і акредитація в охороні здоров'я») є результатом дослідження, яке проводиться міжнародним Товариством якості медичної допомоги за контрактом з ВООЗ [37].

Цілі в галузі стійкого розвитку (ЦСР) були прийняті за пропозицією ВООЗ всіма державами-членами ООН у 2015 році в рамках порядку денного в галузі стійкого розвитку на період до 2030 року [21]. Було сформульовано 15-річний план їхнього досягнення – загальний заклик до дій щодо викорінення злиднів, забезпечення захисту планети, підвищення якості життя та покращення перспектив для людей у цілому світі. Відповідно до ЦСР, одним із провідних компонентів загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ) є якість.

У завданні 3 ЦСР записано: «Провідний елемент стійкого розвитку – забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці»; міститься заклик до країн забезпечити ЗОПОЗ, захист від фінансових ризиків та доступ до якісних основних медико-санітарних послуг. Повідомляється, що від 5,7 до 8,4 млн щорічних випадків смерті у країнах із низьким та середнім рівнем прибутку (КНСП) пов'язані з низькою якістю медичної допомоги, що становить до 15% від загальної кількості випадків смерті у цих країнах. 60% випадків смерті від станів, за яких потрібна медична допомога, у КНСП пов'язані з низькою якістю медичної допомоги, тоді як решта випадків смерті стаються внаслідок невикористання системи охорони здоров'я. У країнах із високим рівнем прибутку кожному 10-му пацієнтові завдається шкода при наданні медичної допомоги, і можна очікувати, що 7 з кожних 100 ушпиталених пацієнтів будуть інфіковані у зв'язку з наданням

медичної допомоги. Щороку внаслідок небезпечного надання медичної допомоги у лікарнях КНСП стаються 134 млн небажаних ускладнень, через які помирають 2,6 млн пацієнтів [5].

Згідно з оцінками ВООЗ, високоякісні системи охорони здоров'я могли б щороку запобігати 2,5 млн випадків смерті від серцево-судинних захворювань, 900 тис. випадків смерті від туберкульозу, 1 млн випадків смерті новонароджених та половині всіх випадків материнської смерті [5].

У керівництвах ВООЗ із національної політики та стратегії у галузі якості [21, 22, 111, 169] зазначається, що якість обслуговування проявляється переважно на рівні взаємодії між постачальником та отримувачем послуг. ВООЗ закликає повністю використати потенціал громадських (сімейних) медичних працівників, у тому числі за допомогою радикального покращення умов їхньої праці та життя: це сприятиме виконанню завдань у галузі охорони здоров'я в рамках якості медичної допомоги. Однак якість формується в рамках системи охорони здоров'я загалом, і цей контекст мають враховувати ті, хто планує роботу щодо покращення якості медичної допомоги у масштабах галузі.

Сучасне розуміння якісної медичної допомоги, згідно з висновком експертної групи ВООЗ, полягає в тому, що кожний пацієнт повинен отримати такий комплекс діагностичної та терапевтичної допомоги, який привів би до оптимальних для здоров'я цього пацієнта результатів відповідно до рівня медичної науки, а також віку пацієнта, його захворювання, реакції на обране лікування тощо. [150].

На підставі цих уявлень ВООЗ прийняла таке визначення якості медичної допомоги: це зміст взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на кваліфікації персоналу – тобто здатності знижувати ризик прогресування захворювання та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від взаємодії з системою охорони здоров'я.

ООН у 2015 році прийняла програму на період до 2030 року «Перетворення нашого світу», в якій визнається, що якість життя людини

залежить від соціальних причин. Глобальним завданням і необхідною умовою стійкого розвитку є «викорінення злиднів у всіх їхніх формах і вимірах» до 2030 року [272].

ВООЗ 19 лютого 2018 р. прийняла глобальну стратегію, орієнтовану на людину за інтегрованими медичними послугами, в якій лунає заклик до фундаментальних зрушень парадигми щодо здоров'я людей. Держави мають фінансувати і надавати медичні послуги, керуючи цим процесом [273].

У Політичній декларації ООН щодо ЗОПОЗ, прийнятій світовими лідерами у жовтні 2019 року, було підтверджено зобов'язання поступово забезпечити охоплення якісними основними послугами охорони здоров'я додатково до 1 млрд осіб, щоб до 2030 року охопити все населення світу [162].

ВООЗ, ОЕСР та Світовий банк [21] постійно вживають заходів для забезпечення якості послуг охорони здоров'я через широке охоплення основних суб'єктів – урядів, систем охорони здоров'я, громадян та пацієнтів, а також працівників охорони здоров'я, які повинні працювати спільно для досягнення мети з надання якісних послуг охорони здоров'я на місцях постійно. Також Генеральною Асамблеєю ООН було ухвалено резолюцію від 10 жовтня 2019 р. 74/2 «Політична декларація засідання високого рівня з питання загального охоплення послугами охорони здоров'я» [162].

Ціла низка документів ВООЗ спрямована на забезпечення міцної основи для підвищення якості медичної допомоги в рамках усієї системи охорони здоров'я, пов'язаної з національною політикою та національним плануванням у галузі охорони здоров'я [272, 273].

В основі національної політики та стратегії забезпечення якості лежить загальне охоплення послугами охорони здоров'я, орієнтування охорони здоров'я на людину, прагматичний пакет заходів, що відображають дії, які необхідно здійснити в рамках усієї системи охорони здоров'я для формування системного середовища, зменшення шкоди, покращення клінічної допомоги та взаємодії з пацієнтами, родинами та місцевими спільнотами.

Крім сприятливого політичного середовища в охороні здоров'я, для надання якісних послуг потрібне забезпечення якості в рамках усіх складових системи охорони здоров'я.

Належне управління забезпечують:

- кваліфіковані та компетентні трудові ресурси охорони здоров'я, які одержують підтримку і є відданими своїй справі;
- механізми фінансування, які забезпечують можливості та підтримку для надання якісної медичної допомоги;
- сучасні інформаційні системи, які забезпечують постійний контроль і навчання з метою покращення медичної допомоги та доступні й добре обладнані медичні установи [21].

Особливе місце у цьому переліку посідає фінансування.

ВООЗ у довідковій інструкції в галузі фінансування охорони здоров'я дає визначення національної стратегії фінансування охорони здоров'я [248]:

«Національна стратегія фінансування охорони здоров'я:

- ґрунтується на оцінці поточної ефективності національної системи охорони здоров'я у реалізації заявлених цілей і завдань, які зазвичай формулюються у контексті загального охоплення послугами охорони здоров'я;
- повинна бути орієнтована на все населення країни та національну систему охорони здоров'я загалом, а не на окремі її елементи або програми;
- детально визначає комплекс завдань, орієнтованих на конкретну країну, і встановлює низку першочергових заходів, спрямованих на вирішення виявлених проблем, зі вказанням чіткого терміну виконання (наприклад, від 5 до 10 років);
- визначає послідовність здійснення реформ;
- містить стратегію здійснення регулярної оцінки для забезпечення публічної підзвітності та внесення коректив під час здійснення».

У той же час стратегія фінансування охорони здоров'я повинна становити собою документ, орієнтований на політику, стратегію та плани країни у галузі

охорони здоров'я і погоджений з ними. Необхідна інтеграція стратегії фінансування охорони здоров'я у національну політику охорони здоров'я.

У документі ВООЗ [248] підкреслюється, що стратегія фінансування охорони здоров'я повинна стати невід'ємним компонентом загального національного плану розвитку. Важливо, щоб розробка стратегії фінансування охорони здоров'я не перетворилася на ізольований процес.

Стратегія фінансування охорони здоров'я повинна містити:

- джерела надходжень коштів, у тому числі механізми фінансування за рахунок збору податків або страхових внесків («збір коштів»);
- об'єднання коштів;
- закупівлю послуг;
- програми у царині надання пільг, нормування та прав на отримання медичної допомоги.

Інвестиції у здоров'я є провідною умовою успішного економічного розвитку. Це показує ВООЗ на прикладі країн Східної Європи та Центральної Азії. Фактично інвестиції в охорону здоров'я є запорукою якості [273].

Роль кадрової політики в охороні здоров'я та її значення для якості медичної допомоги підкреслюється у міжнародній практиці [213].

Значну роль при реалізації політики у царині якості медичної допомоги відіграє розвиток кадрового потенціалу, особливо управлінців, що підкреслюється багатьма авторами [19, 24, 43, 55, 72, 80, 88, 162].

Гарантією якості управління є фаховість управлінців, яка досягається за допомогою їхньої неперервної освіти. Основні принципи професійної освіти керівників у сучасних умовах – системність, наступність, науковість, обов'язковість, перспективність, розвиток лідерських якостей, індивідуалізація та диференціація навчального процесу, поєднання організованого навчання з самоосвітою.

У ВООЗ розроблені Міжнародні стандарти якості серії ISO 9000, які містять терміни і визначення, основні принципи менеджменту якості, вимоги до системи менеджменту якості організацій і підприємств, а також інструкцію з

досягнення стійкого результату [69,101,178,225]. В їхню основу закладені 7 принципів менеджменту якості та положення теорії загального менеджменту якості (TQM), а також використання процесного підходу з метою постійного покращення [62,175,265]. Наразі вони прийняті у понад 190 країнах світу як національні і застосовуються щодо будь-яких підприємств, незалежно від їхнього розміру, форм власності та галузі діяльності.

Серія стандартів ISO 9000 переглядалася неодноразово:

- перша версія була підготована у 1987 році;
- друга версія була випущена у 1994 році і становила собою уточнену версію 1987 року;
- третя версія була розроблена у 2000 році шляхом радикального перегляду версії 1994 року;
- четверта версія стандарту вийшла роз'єднано: у 2005 році було випущено стандарт ISO 9000:2005, у 2008 і 2009 роках – інші версії (зокрема, ISO 9000:2008);
- п'ята версія ISO 9001 була випущена у 2015 році спільно з ISO 9000.

Нова версія стандарту 9001 суттєво змінилася порівняно з попередньою версією. Стандарт ISO 9001:2015 встановлює новий єдиний стандарт для структури систем управління (не лише ISO 9001, а й для інших систем менеджменту) [75].

ISO 9001:2015 становить собою п'яту редакцію Міжнародного Стандарту системи менеджменту якості, яка скасовує і замінює четверту редакцію (ISO 9000:2008). ISO 9001:2015 націлений на просування застосування процесного підходу для розроблення, впровадження та покращення результативності системи менеджменту якості, зростання задоволеності споживача через виконання його вимог [75, 225].

Виходячи з ISO 9001:2015, наразі маємо наступні визначення:

- *процесний підхід* має на увазі систематичне визначення та управління процесами і їхніми взаємодіями з метою досягнення запланованих результатів

відповідно до політики у царині якості та стратегічних напрямків розвитку організації;

- *менеджмент якості* – це скоординована і взаємопов'язана діяльність з управління, вибудована таким чином, щоб забезпечити надійну та безперебійну роботу організації. Він становить собою доволі великий і об'ємний розділ прикладної науки, який містить водночас філософію менеджменту якості, теорію та практичні методи.

Менеджмент якості має п'ять основних складових:

- акредитація;
- контроль якості;
- забезпечення якості;
- планування якості;
- покращення якості.

- *Акредитація* з точки зору менеджменту якості є офіційним визнанням з боку третіх (незалежних) осіб компетентності юридичної або фізичної особи у виконанні конкретних завдань [252]. Наявність акредитації означає, що ця особа може гарантувати своїм клієнтам виконання завдань відповідно до вимог стандартів акредитації;

- *контроль якості* – це діяльність з оцінки відповідності об'єкта контролю встановленим вимогам. Діяльність з оцінки може містити вимірювання, випробування, спостереження, моніторинг, перевірку, калібрування та інші заходи, результатом яких є порівняння значень характеристик, що спостерігаються, з заданими;

- *забезпечення якості* становить собою систематичну (регулярну) діяльність, за рахунок якої можна виконати встановлені вимоги; містить заходи з виробництва, управління, матеріального забезпечення, технічного обслуговування тощо;

- *планування якості* – дії, що передбачають визначення необхідних характеристик об'єкта і встановлення їхніх цільових значень. Також

планування якості передбачає визначення процесів та ресурсів, необхідних для досягнення цілей;

- *покращення якості* полягає у реалізації дій, за рахунок яких можна підвищити можливості організації виконати вимоги, які висуваються до об'єкта. Під поняттям «об'єкт» менеджмент якості розглядає продукцію, процеси, систему управління та організацію загалом.

Аналізуючи особливості менеджменту якості, необхідно згадати Total Quality Management – філософію загального управління якістю, яка протягом тривалого часу успішно діє у Японії та США. Головна ідея TQM полягає у тому, що компанія має працювати над якістю не лише продукції, а й організації праці у компанії. Цей підхід передбачає неперервне покращення якості у різних сферах діяльності [266].

Є кілька визначень TQM. Одне з них – «Система дій, спрямованих на досягнення задоволення та захвату споживачів (клієнтів), зростання можливостей працівників, вищі довгострокові прибутки та менші витрати».

Інше визначення TQM, подане у міжнародному стандарті ISO 8402 «Менеджмент якості та забезпечення якості»: «Підхід до керівництва організацією, націлений на якість, заснований на участі всіх її членів і спрямований на досягнення довгострокового успіху шляхом задоволення споживача та вигоди для всіх членів організації і суспільства» [87].

Українською мовою концепція або філософія TQM (Total Quality Management) найчастіше перекладається як «загальне (всеохоплююче, тотальне) керівництво якістю» або «загальне управління якістю». Однак найкоректнішим, на нашу думку, варто вважати переклад «загальний менеджмент якості», оскільки ні «керівництво», ні «управління» не є точним еквівалентом поняття «менеджмент».

У стандарті ISO 9000 термін «загальний менеджмент якості» визначений як підхід до керівництва організацією, націлений на якість, заснований на участі всіх її членів і спрямований на досягнення довгострокового успіху

шляхом задоволення вимог споживача і вигоди для членів організації і суспільства.

TQM на сьогодні вважається революцією в менеджменті якості. Як новий науково-практичний підхід до забезпечення якості сучасна концепція TQM склалася на початку 1980-х років під впливом ідей У. Шухарта, Е. Демінга, Дж. Джурана, А. Фейгенбаума, К. Ісікави і японського досвіду використання методології CWQC (управління якістю в рамках фірми в Японії). Найбільше поширення концепція отримала в таких промислово розвинених країнах, як США, ФРН, Велика Британія, Швеція, Японія, Південна Корея, Тайвань. Однак за єдності ідеології, чітко вираженій у назві концепції, в кожній країні вона трактувалася по-своєму, виходячи з особливостей її історичного розвитку і заходів з менеджменту якості. Так, за свідченням низки спеціалістів-аналітиків, у США і Європі основний наголос у TQM робився на культурі виробництва, а в східних державах – на статистичних методах і груповій діяльності у сфері якості.

На базі TQM розроблено різні моделі типу моделі досконалості Європейського фонду управління якістю (EFQM Model) [233, 259]. Впровадження тотального управління якістю для покращення надання послуг описане і в моделях окремих країн – наприклад, клінік Гани [217].

Сучасні методи менеджменту якості спираються на методологію концепції TQM, яка є стратегічним підходом до менеджменту, що має на меті виробництво товарів / послуг найкращої якості серед аналогічних на ринку, які б відповідали всім потребам споживачів. TQM становить собою не просто підхід до менеджменту, а особливу філософію ведення бізнесу, що скеровує всіх працівників до покращення якості продукції, яку вони виготовляють, і якості самої праці, а також до орієнтації на споживача [62].

Незважаючи на те, що на сучасному етапі розвитку TQM єдине тлумачення її концепції відсутнє, оскільки воно залежить від особливостей країн, які її використовують, фундаментальні 12 принципів, на яких базується

TQM, визнаються всіма спеціалістами незалежно від того, де концепція використовується.

Філософія загального менеджменту якості ґрунтується на кількох основних принципах:

- *орієнтація на споживача* – фундаментом є те, що саме споживач встановлює рівень якості;
- *залучення персоналу* – забезпечує постійну спільну працю всіх співробітників організації у досягненні цілей;
- *процесний підхід* – набір дій, які перетворюють об'єкти від постачальників (входи) на деякі результати (виходи) і передають ці результати споживачам;
- *єдність системи* – організація може складатися з різних спеціалізованих підрозділів, які мають вертикальну ієрархію підпорядкування;
- *стратегічний і системний підхід* – один із найбільш значущих принципів TQM. Постійне покращення якості повинне стати частиною стратегічного плану організації;
- *неперервне покращення* – принцип, який є опорою TQM і дозволяє організації застосовувати як аналітичні, так і творчі методи для пошуку шляхів підвищення своєї конкурентоспроможності та ефективності;
- *прийняття рішень на підставі фактів* – для проведення покращень необхідно постійно збирати й аналізувати дані про працю. Лише на підставі фактичних даних можна приймати правильні управлінські рішення;
- *комунікації* – під час змін ефективні комунікації відіграють величезну роль у підтриманні морального духу та мотивації співробітників усіх рівнів управління [266].

У Міжнародному журналі з операцій та управління виробництвом (International journal of operations & production management) подано модель

EFQM (European Foundation for Quality Management) як основи для загального управління якістю в охороні здоров'я, покликаної стимулювати якість послуг та управління [258].

Таким чином, менеджмент якості становить собою доволі великий і об'ємний розділ прикладної науки, який містить філософію менеджменту якості, теорію та практичні методи. Завдання менеджменту якості – гарантувати послідовне виконання свого призначення конкретною послугою або організацією.

Закордонний досвід вирішення проблем управління якістю

Соціально орієнтовану модернізацію національної охорони здоров'я неможливо уявити без аналізу закордонного досвіду та притаманних іншим країнам підходів до вирішення проблеми управління якістю в секторі охорони здоров'я, ролі національних концепцій менеджменту якості, оцінок якості послуг охорони здоров'я. Вивчення закордонного досвіду дозволяє уникнути низки помилок при розвитку та вдосконаленні української моделі [234].

Наразі у розвинених країнах світу накопичено значний досвід з багатьох проблем якості медичної допомоги: розроблено номенклатури устаткування медичних установ, створено системи вдосконалення медичних кадрів з їхньою періодичною атестацією, організовано експертизу якості медичної допомоги, розроблено концепції управління якістю. [2, 3, 127, 181, 187, 198, 193].

Пріоритет у розробці засадничих концепцій, методологічних підходів та організаційних форм контролю якості медичної допомоги належить США [241, 242, 243]. Зокрема, Інститут медицини США сформулював головну мету охорони здоров'я, яка полягає у тому, щоб чинити позитивний вплив на показники здоров'я на рівні як окремих осіб, так і населення загалом; також підкреслюється принципова важливість доказовості та високого професіоналізму. Згідно з цим визначенням, якість є характеристикою медичної допомоги, яка показує, наскільки послуги, що надаються окремим особам та

населенню, підвищують ймовірність досягнення бажаних показників здоров'я та відповідають поточним професійним знанням [241].

В охороні здоров'я США накопичено великий досвід формування груп показників / індикаторів для побудови рейтингів медичних організацій (МО) [242]. Уряд США вважає рейтинги ефективним інформаційно-маркетинговим інструментом управління якістю медичної допомоги. Виокремлюються показники діяльності: клінічні показники стану здоров'я пацієнта під час медичних маніпуляцій та після них, показники летальності, тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі, індекси безпеки пацієнтів, наявність і виконання розроблених стандартів надання медичної допомоги пацієнтам, наявність клінічних технологій тощо [275,276].

За даними дослідження, опублікованого в інтернет-журналі «Якість і безпека», щороку в світі стаються 43 млн медичних помилок [224]. Лікарська помилка є третьою за значущістю причиною смерті у США [251].

У 2008 році медичні помилки обійшлися США у 19,5 млрд доларів. Згідно з дослідженням, яке спонсорується Товариством актуаріїв і було проведене у 2010 році, 17 млрд доларів були прямим чином пов'язані з додатковими медичними витратами: до цієї суми входили витрати на допоміжні послуги, послуги за рецептами, амбулаторне та стаціонарне лікування тощо [220].

Зацікавлення викликає досвід Організації економічної співпраці та розвитку (The Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) з формування показників якості медичної допомоги в амбулаторних умовах. Зокрема, організація розробила 16 індикаторів, які становлять собою кількісну оцінку дій медичних працівників (частота госпіталізації пацієнтів, об'єм призначених антибактеріальних лікарських препаратів тощо) [150].

У США також порушувалася проблема кримінальної відповідальності медичного персоналу за надання неякісної медичної допомоги. Занепокоєння американської медичної спільноти викликало зростання кількості випадків кримінального переслідування медичного персоналу; причини цього медики та

юристи вбачали не лише в активізації населення, широкому застосуванні агресивних, у тому числі інвазивних методів із загрозливими ускладненнями, а й у зростанні кількості недоброчесних лікарів, зниженні престижу лікарського фаху, поступовому ігноруванні того, що праця доброчесного лікаря є виключно відповідальною, високо ризикованою і складною.

Американське правосуддя, як і українське, встановлює 4 умови настання відповідальності: факт шкоди, неправомірності дій, прямого причинного зв'язку між ними та провину. Каменем спотикання є найбільш складне питання – встановлення причинного зв'язку та ознак неправомірності. Звідси випливає необхідність поглибленого вивчення судово-медичних та правових аспектів проблеми неналежного надання медичної допомоги [93, 221, 222].

Найбільшу кількість праць, присвячених питанню якості медичної допомоги та управління охороною здоров'ям, було видано у США. Ці праці описують багато аспектів: покращення якості у лікарнях США [220]; економіку якості охорони здоров'я та лікарські помилки [222]; оцінку ризиків в охороні здоров'я [227]; клінічну аналітику якості у США [224]; створення безпечнішої системи охорони здоров'я [238,242]; розробку стратегії перевірки та забезпечення якості [241,243]; лікарські помилки як причини смерті у США [247]; управління якістю в американських корпораціях [204].

У Великій Британії Національний інститут здоров'я та якості медичної допомоги (NICE) використовує індикатори, які відображають структуру, процеси та результати надання медичної допомоги, що враховують необхідність використання розлогої доказової бази [239, 262]. Також з метою підвищення якості медичної допомоги дітям було розроблено показники, що відображають підходи до лікування, описані у Світовій книзі сімейної медицини та у національних клінічних рекомендаціях [264].

Журнал безпеки пацієнтів та управління ризиками (Journal of Patient Safety and Risk Management) для всіх рівнів системи охорони здоров'я – пацієнтів, лікарів-практиків, керівників організацій та осіб, що визначають політику Великої Британії, – публікує рецензовані дослідні праці, огляди та

коментарі з питань якості медичної допомоги, безпеки пацієнтів та медико-правових питань [239]. Найвні праці з питань досвіду управління якістю в системі охорони здоров'я Великої Британії [196,249], загального управління якістю [266] та клінічного аудиту [18,29,113,151,166,17,190].

У Шотландії створено методологію організаційної перевірки якості медичної допомоги: вона заснована на контролі якості медичного обслуговування через самооцінку – тобто це процес, за допомогою якого відбувається постійний контроль медичної практики задля визначення галузей, у яких дії можуть сприяти покращенню надання послуг [236, 254].

У Німеччині розроблено засновані на міжнародній сертифікації механізми підвищення якості медичної діяльності, що мають певні переваги для медичних організацій [259].

Підвищення цінності охорони здоров'я Франції за рахунок покращення якості описане Організацією економічної співпраці та розвитку в економічному огляді [240].

Управління охороною здоров'я Нідерландів за посередництвом вимірювання його ефективності описує Ван дер Віс П. Дж. [269].

В системі охорони здоров'я КНР зацікавлення становить стаття, присвячена нерівності та незадоволеності потреб у медичних послугах для громадян з обмеженими можливостями [274].

Опубліковано розробки щодо основних показників якості при оцінюванні праці лікарень Індії [223, 244].

У міжнародних дослідженнях та документах ВООЗ описано вплив заходів акредитації на покращення якості обслуговування та діяльність медичного персоналу [263, 267, 271], впливу прийнятих стратегій забезпечення якості на безпеку пацієнтів [5,7,81].

У низці міжнародних статей підкреслюється позитивний вплив на якість медичної допомоги заходів ліцензування та акредитації [10, 239, 259, 260], сертифікації [132, 134], внутрішнього клінічного аудиту [113, 245, 253, 271], стандартизації медичних послуг [214, 186, 253, 262], оцінок ризиків [32, 221],

ефективності установ охорони здоров'я [37,235,244,246] та епідеміологічної безпеки [145], проведення рейтингу лікарів та установ [257, 255].

Функціонування інтегрованої системи менеджменту якості має відповідати ISO 9001 [178], справедливості та ефективності охорони здоров'я [84], інвестиціям для організації якісного управління охороною здоров'я [248].

Всі перелічені заходи – впровадження акредитації, аудиту, стандартів, сертифікації системи менеджменту якості – дають додаткові переваги, в першу чергу за рахунок упорядкування та обліку всіх аспектів діяльності, виконання вимог наглядових органів і підвищення результативності процесів та ефективності всієї системи загалом [28].

Зусилля, спрямовані на покращення управління якістю у медичних установах, показані в оглядах наукової літератури [45, 54, 113, 147, 148, 162, 172, 173, 231, 246, 260].

Слід відзначити, що з питань якості медичної допомоги наявна достатня кількість наукових праць [11, 23, 31, 39, 50, 74, 133, 145, 200]. Окремі з них присвячені питанням оцінювання якості медичної допомоги [71, 124, 138, 224] та діяльності медичних організацій [15, 123], концептуальним підходам до забезпечення якості медичної допомоги [139], контролю безпеки медичної діяльності [6, 7, 20, 30, 109, 128, 183], оцінюванню ефективності медичних технологій та медико-економічному аналізу [70,100], а також методичним основам та рекомендаціям щодо якості [105-108 115,137,163,164,167], питанням законодавчого та нормативно-правового забезпечення контролю якості та безпеки пацієнтів, прав пацієнтів на отримання якісної медичної допомоги [1,8,14,71,118,149], медико-організаційним та деонтологічним аспектам [9, 41,52,77,92,172].

Наразі велике значення в охороні здоров'я надається пацієнтоорієнтованості, що спрямовує на конкретний набір реально реалізованих організаційно-медичних пропозицій, які можуть суттєво зменшити негативні ризики пацієнтів при отриманні медичної допомоги та

сприяти створенню системи контролю якості, орієнтованої на результат [32, 59, 73, 141, 136, 146, 184, 199].

Кінцева мета системи контролю якості – забезпечення високого рівня якості з дотриманням безпеки, ефективності, орієнтованості на пацієнта, своєчасного дієвого опікування пацієнтом, розвитку ЗОЗ на засадах ДПП. Цьому питанню присвячено великий масив наукової літератури [6, 48,56,75, 93, 164, 116, 128,143,144,147, 175, 193, 228,232, 235, 237].

Від якості надання медичної допомоги слід відрізнити систему менеджменту якості – комплексний підхід до управління всіма процесами медичної організації. В охороні здоров'я управління якістю становить собою управління системним дизайном, стратегіями та процесами, які оптимізують результати діяльності установи [30,34,38,51,60,82,103,104,114,116,139,201,218, 225].

Система менеджменту якості є сукупністю організаційної структури, методик, процесів та ресурсів, необхідних для загального керівництва якістю. Вона є частиною системи менеджменту організації і призначена для постійного покращення діяльності, підвищення конкурентоспроможності організації на вітчизняному та світовому ринках, визначає конкурентоспроможність будь-якої організації.

Першою міжнародною системою менеджменту якості стала ІСО:9000. Метою цього проєкту було надання необхідної інформації щодо управління, контролю і сертифікації якості та допомога у самостійному розробленні та впровадженні СМЯ [69,75,101,111,225].

Методологія систем менеджменту якості, теоретичні та практичні аспекти їхнього впровадження активно вивчалися останніми роками. За цією тематикою варто відзначити наукові праці Ю. В. Вороненко (2012) [23]; С. А. Горбаченко (2020) [35]; П.В. Іванчов, (2021) [70]; В. А. Огнєв, С. Г. Усенко (2020) [108]; К.А. Надутий, В.М. Лехан, А.К. Толстанов (2019) [123]; Ю.В. Вороненко. Н.Г.Гойда, О.З. Децик, Н.М. Орлова, В.В. Горачук (2014) [138]; І.М.Рогач, Г.О.

Слабкий (2014) [164]; В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, (2013) [182]; Adjei E., Mensah M. (2016) [217], Betlloch-Mas I (2019) [225] та ін.

В.А. Сміянов підкреслює, що економічно стійкою є та модель установи, яка відображає взаємозв'язок СМЯ з економічними результатами. За рекомендаціями ВООЗ, при взаємодії лікаря і пацієнта потрібно враховувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.

У статті Andel C., Davidov S.L. «Економіка якості охорони здоров'я та лікарські помилки» (2012) [222] визначено, що низька якість системи менеджменту якості дорого обходиться платникам та суспільству. Так, у 2008 році медичні помилки коштували Сполученим Штатам 19,5 мільярдів доларів.

Велике значення регламентації діяльності лікаря та його впливу на якість медичної допомоги. Більшість європейських філософів апелюють до ідеалу холистичної етики, що ґрунтується на повазі автономії особистості на користь ідей соціальної солідарності, комунітаризму, гармонізації особистого та суспільного блага. В.Й. Шовкун [14]

Дуже велике значення для якості охорони здоров'я мають кадри. У системі охорони здоров'я світу та України накопичилося чимало серйозних кадрових проблем; серед головних можна відзначити низький рівень планування кадрів, дефіцит багатьох категорій лікарів, суттєві диспропорції у їхньому складі. Питанням розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я крізь призму світових процесів кадрового забезпечення присвячені статті А. В. Власенко Р.В. [19], Вороненко Ю.В. [24], Дудник С. [55], Зюкіна Д.А. [68], Князева О.А. [80], Короленко В.В. [88]; Савіною Т.В [171].

Якість стоматологічної допомоги

Актуальність проблеми стоматологічних захворювань зумовлена не лише проблемою руйнування жувального апарату людини. Відомо, що стоматологічні захворювання можуть стати причиною низки загальносоматичних захворювань. Тому одним із найважливіших напрямків

функціонування охорони здоров'я громадян та одним з основних її принципів є забезпечення доступності та якості стоматологічної допомоги.

У міжнародній науковій медичній літературі з питань якості стоматологічних послуг наявний великий масив публікацій, у яких подається глибокий аналіз досвіду та можливостей для перспективного розвитку галузі [227,238,243,248,264,266,270,280,284], розкриваються характеристика та критерії якості стоматологічної допомоги [251,275,276], описуються стандарти та можливості покращення якості первинної медичної допомоги, до якої належить амбулаторна стоматологія [176,253], публікується систематичний огляд показників якості, які використовуються в первинній стоматологічній допомозі [123,167,168], розглядається економічна доцільність функціонування стоматологічної служби, що передбачає необхідність дотримання високих вимог до організації праці стоматологічних організацій та до професійних дій персоналу, спрямованих на забезпечення гарантій якості [50,73,125]; описується система менеджменту якості у стоматології з позицій процесного підходу при її створенні [11]. Низку статей присвячено критеріям оцінки стоматологічної допомоги, внутрішньому контролю якості стоматологічної допомоги та експертизі якості [57-59,179,247,275], методичним підходам до розробки критеріїв якості стоматологічної допомоги [23,33,86,250]. В окремих виданнях розкриваються сучасні аспекти контролю якості та безпеки медичної діяльності, різноманітні ідеї та оригінальні підходи щодо результативної діяльності [148], охорони праці, загрози синдрому емоційного вигорання як професійно-психологічної особливості праці лікарів-стоматологів [4]; подаються методичні підходи до розробки критеріїв якості стоматологічної допомоги [49,91].

Не лишилися осторонь аспекти задоволеності населення стоматологічною допомогою [41,173,207], аудит кадрових ресурсів лікарів за профілем «стоматологія» [72], питання державних гарантій на амбулаторну стоматологічну допомогу [73, 125]. Відзначені також програми обов'язкового медичного страхування у стоматології [144], моделі стоматологічної допомоги

населенню в умовах ринку [14], а також оцінювання якості заповнення лікарями-стоматологами медичної документації [40].

1.2. Сучасний стан та актуальні проблеми організації управління якістю стоматологічної допомоги у медичних закладах в Україні.

Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, у державі склалася досить непроста ситуація зі станом стоматологічного здоров'я населення, основні показники якого далеко не є оптимістичними і останніми роками мають тенденцію до погіршення [191,192].

За минулі 25 років стоматологічна допомога в Україні досягла значного прогресу в плані впровадження ринкових принципів, новітніх технологій діагностики та лікування стоматологічних захворювань, зубного протезування. У той же час значно послабшала увага до розвитку доступної стоматології, суттєво зменшилася профілактична складова, особливо серед дітей. Як наслідок, стоматологічна захворюваність в Україні є однією з найвищих у Європі [36].

Майже 2/3 українських лікарень (984 з 1600) мають проблеми з бюджетом. Такі дані навів у своєму виступі 22 квітня 2021 року міністр охорони здоров'я України Максим Степанов. За його словами, дефіцит бюджету зазначених установ складає від 10% до 50% [213].

Надання ефективної та якісної медичної допомоги залежить від багатьох чинників, основним з яких є ефективність організаційного ладу системи охорони здоров'я, її фінансування, наявність кваліфікованих кадрів, сучасних медичних технологій та обладнання, дієвої системи забезпечення якості медичної допомоги. За визначенням ВООЗ, мінімально прийнятним рівнем фінансування охорони здоров'я є 6,4% від ВВП; в Україні у 2017 році цей показник склав 2,6% [84].

Важливість підвищення якості медичної допомоги як складової процесу реформування системи охорони здоров'я України підтверджена міжнародними організаціями – Світовим банком, ВООЗ, Радою Європи [212].

Стоматологія має велику медичну та соціально-економічну значущість [31]. Як стверджує президент ГО «Асоціація стоматологів України», д. мед. н., проф. І. П. Мазур, за останні десятиліття вітчизняна стоматологія зробила

значний крок уперед у запровадженні передових технологій; зросла кількість приватних закладів і кабінетів, де пацієнти не чекають у черзі і де їх обслуговують з комфортом, використовують сучасне обладнання й матеріали тощо. Питання лише в тому, якому відсоткові населення доступна така допомога. До того ж, співвідношення працюючих лікарів-стоматологів у державному та приватному секторах становить 72 і 28% відповідно – тобто основний тягар припадає на комунальну стоматологію [36].

Вице-президент зазначеної ГО А.Н. Вахненко стверджує, що де-факто фінансово стоматологія виноситься за межі комунальної стоматології, і органи місцевого самоврядування на власний розсуд вирішують, як і кого фінансувати; державна ж політика в галузі стоматології відсутня [37].

Слід згадати, що визначення якості медичної допомоги можна окреслити як ступінь відповідності медичної допомоги сучасному рівневі медичної науки, стандартам медичних технологій, а також потребам пацієнта [197].

Фундаментальній розробці проблеми забезпечення якості медичної допомоги та управління нею в охороні здоров'я України присвячені праці багатьох українських науковців: В. С. Бірюкової [11], Ю. В. Вороненка [23-24], В. В. Горачук [33], О. З. Децика [49], Г. В. Дзяка [50], О. М. Ліщишиної [94-95], В. Ф. Москаленка [118], З. А. Надюк [124], В. Новікова [134]; Н. Г. Гойди, Н. М. Орлової [106]; І. М. Рогача, Г. О. Слабкого [164], Т. В. Савіної [171], В. А. Сміянової, А. В. Степаненка та інші [180–182]; А. В. Степаненка, В. Є. Бліхаря [188], І. Б. Щербака [212]; Н. П. Яроша [215] та ін.

Серед наукових праць необхідно відзначити різноплановість тем практично за всім спектром питання, що досліджується.

Так, у статті Д. В. Карамішева «Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я» розглядаються можливості створення дієвої системи якості медичної допомоги, порушуються питання її належного забезпечення як одного з важливих критеріїв оцінювання ефективності інноваційних процесів в умовах побудови нової системи управління охороною здоров'я в Україні [74].

Ця тематика суголосна з «Рекомендаціями щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні», запропонованими З. А. Надюк [124].

Іншим доволі важливим питанням, яке потребує обговорення та законодавчого опрацювання, є питання безпеки медичної допомоги. Воно обговорюється у працях Богомаз В. М. [7]; Писар С. [145] та документах ВООЗ [5,161, 169].

Кадровій політиці у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції приділяють увагу В. В. Короленко [88], Р. В. Власенко [19]. Проблему кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні дослідили Ю.В. Вороненко [24], С. Дудник [55], Д.А. Зюкин [68], В.В. Короленко [88].

Д. Богуш вважає, що про якість медичної допомоги в Україні неможливо говорити без затвердження єдиних державних стандартів лікування захворювань; якщо цих стандартів неухильно дотримуватимуться, то неможливо буде, наприклад, при госпіталізації висувати пацієнтові вимоги приносити до стаціонару свої ліки та їжу, що не вкладається у рамки стандартів. При цьому зазначається, що без них також неможлива страхова медицина, і найголовніше – юридична відповідальність лікарів перед пацієнтами. В цілому світі контроль якості поступово трансформувався в управління ним, а також у систему його неперервного підвищення з метою утримання «високої планки» медицини; в Україні така система поки що не створена [16].

Методологічні питання розробки клінічних індикаторів якості медичної допомоги розглядаються у статті О. М. Ліщишиної [95].

Аспекти безпеки у правовому полі поки що чітко не окреслені; попереду велика праця зі включення їх до нормативно-правових документів вимог безпеки.

Місце клінічного аудиту в системі управління якістю медичної допомоги розглянуте у статті А. В. Степаненка і В. А. Сміянова [179]; організаційно-

методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я – у статті В. А. Сміянова [182].

Проф. А.В. Степаненко наголошує, що Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» задекларовано більшість відомих у світі методів такого контролю: зовнішній і внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація / сертифікація. Однак реально клінічний аудит проводиться лише в окремих установах охорони здоров'я України – передусім через незнання механізму його проведення, нерозуміння ролі індикаторів у локальних протоколах, які МОЗ України скасувало, а також через відсутність мотивації колективів медичних установ [84].

Це підтверджує і заступник директора ДУ «Інститут нейрохірургії ім. академіка А. П. Ромоданова НАМН України» А. Гук. Він відзначає дію поки що єдиного згаданого вище Наказу МОЗ України, який регламентує порушене питання, однак цей документ містить лише загальні підходи, акцентує увагу на діяльності клініко-експертних комісій і не передбачає превентивних заходів [84].

Авторський колектив у складі В. А. Сміянова, А. В. Степаненка та С. В. Тарасенка [179] пропонує наступну етапність підходу до управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту:

«І етап – створення нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації в установі охорони здоров'я (локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани тощо);

II етап – створення в установі охорони здоров'я сприятливого середовища для неперервного покращення якості медичної допомоги:

- лідерство керівництва;

- проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції неперервного покращення якості медичної допомоги (доброзичливості, конфіденційності, використання вже наявних даних, відсутності покарання або обвинувачення за результатами проведення аудиту);
- створення структурної компоненти неперервного покращення якості медичної допомоги: необхідних моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом головного лікаря можуть бути залучені працівники різних підрозділів цієї установи охорони здоров'я, споживачі медичних послуг; забезпечення навчання персоналу;
- формування мотиваційної компоненти системи неперервного покращення якості медичної допомоги: системи матеріальної та моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги, участь у роботі мультидисциплінарних груп тощо;

III етап – проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги мультидисциплінарною командою: планування, підготування та проведення аудиту; впровадження змін; моніторинг і оцінка впроваджень [179].

У цьому випадку логічний зв'язок понять «якість медичної допомоги» та «оптимізація медичної допомоги» на основі управління якістю медичної допомоги є безсумнівним.

На думку проф. А. В. Степаненка, всім сучасним моделям охорони здоров'я притаманна наявність п'яти механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги:

- обов'язкове ліцензування медичних установ;
- їхня акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними);
- стандартизація (зазвичай у національних стандартах та клінічних протоколах наявні дві категорії критеріїв – обов'язкові та бажані);
- безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній і зовнішній аудит [84, 190].

Ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта, а акредитація медичних установ покликана забезпечити неперервне підвищення якості і є націленою на досягнення оптимальних стандартів. У більшості країн ЄС вони здійснюються шляхом незалежного зовнішнього оцінювання спеціально створеними установами.

В Україні акредитацію здійснює МОЗ України, яке перевіряє підпорядковані йому заклади. Це може чинити об'єктивні перепони забезпеченню належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я [84].

Президент ГО «Асоціація стоматологів України» І. П. Мазур повідомляє, що протягом 2016 року було зафіксовано понад 43 млн візитів-звернень щодо стоматологічної допомоги, при цьому кожна друга особа потребувала санації ротової порожнини – така картина спостерігалася серед як дітей, так і дорослих. 83% від названої кількості осіб відвідували державні установи охорони здоров'я. На це, на думку І. П. Мазур, були певні причини, основною з яких є вартість приватних стоматологічних послуг, зависока для громадян, які отримували зарплатню у розмірі 3200 грн [97].

Правову незахищеність пацієнтів в Україні поглиблює відсутність загального обов'язкового медичного страхування [16,144].

1.3. Законодавчі передумови організації управління якістю стоматологічної допомоги у медичних закладах в Україні і стан нормативно-правової бази з питань якості медичної допомоги.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я покращення якості медичної допомоги в Україні вважається однією з актуальних проблем сучасності й водночас основною цільовою функцією медичної галузі [118].

Право на якісну медичну допомогу та на її доступність прописане у Конституції України [83] (ст. 49, ч. 1, 3), Основах законодавства України про охорону здоров'я (ст. 4 (ч. 4), 6), Цивільному кодексі України (ст. 283, 284).

Наказом МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» в Україні було проголошено принцип неперервного підвищення якості медичної допомоги, невід'ємною складовою якого став клінічний аудит. У Концепції було відзначено, що аналіз результатів роботи установ охорони здоров'я ґрунтувався на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних та річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень, чого недостатньо для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращення.

Механізмом, що забезпечує якість надання медичної допомоги, є сертифікація: вона підтверджує відповідність установ охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9001 [178]. Наявність такої системи у галузі охорони здоров'я України сприяє забезпеченню чіткості та прозорості її діяльності, суттєвому підвищенню ефективності лікування хворих, зменшенню його вартості та підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням.

Наказом МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116 було внесено зміни до процедури акредитації установ охорони здоров'я [132]. Зокрема, передбачалося, що для отримання вищої акредитаційної категорії установа вторинного рівня має пройти перевірку на відповідність вимогам стандартів ISO та отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ

ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги». Втім, за європейською методологією вказані документи розробляються на основі доказової медицини, і над ними працюють мультидисциплінарні робочі групи за участі фахівців усіх суміжних спеціальностей; в Україні ж зазначені документи розробляються за допомогою експертного методу, при якому домінує «думка авторитетів», і за певною клінічною темою (діагноз, синдром), а не за спеціальністю.

Кожна розвинена країна, розробляючи або адаптуючи клінічні інструкції як основу доказової медицини, в подальшому має можливість розробити клінічні протоколи та / або медичні стандарти (МС). Останні є передусім інструментом для організаторів охорони здоров'я, МОЗ, уряду. Їх визначають з урахуванням того, який рівень медичної допомоги може забезпечити держава.

Іншим дієвим механізмом контролю якості є клінічний аудит – як внутрішній, так і зовнішній. Вперше він був впроваджений у Великій Британії і за минулі 30 років запрацював у більшості країн світу.

Завдяки управлінню підвищуються стійкість основних показників діяльності медичних організацій, якість послуг, що надаються, їхня відповідність вимогам пацієнтів. При цьому слід очікувати покращення таких показників, як: об'єм і якість послуг, які надаються; задоволеність пацієнтів та персоналу; скорочення витрат на всіх стадіях надання медичних послуг; збільшення прибутків медичних установ та стійкість їхніх систем управління.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» було задекларовано більшість відомих у світі методів такого контролю: зовнішній і внутрішній контроль, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація / сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС [128]. Реально ж клінічний аудит проводиться лише в окремих установах охорони здоров'я України – передусім з причин, про які йшлося вище.

Слід відзначити, що рівень якості, який вказується в умовах та індикаторах надання медичної допомоги, жодним чином не пов'язаний із зарплатнею лікарів та фінансуванням медичної установи.

Втім, ще з часів СРСР залишився і широко використовується на практиці експертний метод визначення якості (оцінка результатів, відхилення від стандартів, аналіз окремих випадків надання медичної допомоги), який МОЗ України активно впроваджує дотепер. Зокрема, Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжностей у встановлених діагнозах, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного устаткування, а також у випадках, що супроводжуються скаргами заявника тощо [126].

Таким чином, незважаючи на те, що у нормативних документах МОЗ України вказані сучасні методи контролю якості (клінічний аудит і моніторинг), на практиці здійснюється експертна оцінка результату та окремих небажаних випадків із проведенням «організаційних заходів» для покарання винних, тоді як клінічний аудит у медичній установі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих співробітників за недосягнення прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення.

Проф. А. В. Степаненко зазначає, що до спроби «прорвати» щільне кільце радянської «експертизи якості» в Україні вдалися у 2013–2014 рр.: для цього з'явилися і об'єктивні передумови – в Уніфікованих клінічних протоколах вперше почали позначати критерії та індикатори якості, які були розроблені на науковій (доказовій) основі та впроваджені у ці документи для здійснення моніторингу [84].

Наказом МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» було визначено Порядок моніторингу, його процедуру та форми подачі індикаторів. Інший Наказ МОЗ

(від 19.06.2014 р. № 414) затверджував відповідний перелік клінічних індикаторів за лікуванням осіб із гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2-го типу, однак він реально не запрацював, оскільки на це не було ані політичної волі, ані бажання мати об'єктивну інформацію про рівень досягнення або недосягнення згаданих індикаторів. Без моніторингу цей результат невідомий ані лікареві, який безпосередньо надає допомогу пацієнтам, ані медичній установі, ані МОЗ.

Після скасування МОЗ локальних протоколів, у яких позначалися індикатори якості з Уніфікованих клінічних протоколів, за якими мав здійснюватися моніторинг у кожній конкретній медичній установі, взагалі виникли підозри, що «команда» МОЗ не знає і не розуміє, що забезпечення якості є запланованим і систематичним процесом, який здійснюється за допомогою моніторингу за наявності його головного інструмента – індикаторів якості: саме на підставі досягнення або недосягнення їх можна говорити про оплату медичної послуги страховою компанією, лікарняною касою, державним органом тощо.

Відтак проф. А. В. Степаненко дала рекомендацію тим, хто «дорікає низькою якістю медичної допомоги в Україні і в якості виходу зі становища пропонує лікувати хворих за закордонними клінічними установками без їхньої адаптації та врахування теперішніх можливостей вітчизняної системи охорони здоров'я», звернутися до механізмів забезпечення якості медичної допомоги, при цьому ставлячи питання: чи організувало та забезпечило МОЗ належним чином їхнє функціонування; чи відповідають вони європейській та світовій практиці; чи ініціює МОЗ розробку медичних стандартів, які гарантують певний рівень, обсяг і якість медичної допомоги населенню; чи впровадило МОЗ клінічний аудит і моніторинг індикаторів якості до системи охорони здоров'я [84].

Однак слід відзначити, що в Україні є достатнє зібрання нормативно-правових документів з питань якості медичної допомоги, а саме:

- Закон України: Основи законодавства України про охорону здоров'я

Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19)
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> [64].

- Наказ МОЗ України № 597 від 19.09.2011 р «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» [156];
- Наказ МОЗ України 22.02.2019 № 446 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25 березня 2019 р. за № 293/33264 Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. [https://zakononline.com.ua/documents/show/382690__702746\(13a.\)](https://zakononline.com.ua/documents/show/382690__702746(13a.)) [130];
- Наказ МОЗ України от 21.09.2012 N 732. Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. [Електронний ресурс]: [http://consultant.parus.ua/?doc=087PH84FF8&abz=DFCVK\(197.\)](http://consultant.parus.ua/?doc=087PH84FF8&abz=DFCVK(197.)) [131];
- Закон України «Про аудиторську діяльність». Редакція від 12.12.2012 р. / [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. Офіц. вид. К., 2012 (Нормативний документ Верховної Ради України. Закон України) [151];
- Наказ МОЗ України. «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я». К., 2011 (Нормативний документ МОЗ України) [152];
- Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні. Закон України від 24.11.2015 р. № 817–VIII // Відомості Верховної Ради України. 2016. № 10. Ст. 97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/817-19> [153];
- Наказ Міністерства охорони здоров'я № 69 від 05.02.2016 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги». [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1717-13#Text\(56.135\)](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1717-13#Text(56.135)) [126];
- Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06.04.2017 р. № 2002–VIII // Законодавство України: база даних / Верхов. рада України. URL: <https://chernigiv->

rada.gov.ua/ohoronaz-reformuvannya/id-2519/[154];

- Про державно-приватне партнерство. Закон України із змінами і доповненнями від 21.06.2012, 16.10.2012 // Законодавство України: база даних / Верхов. рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17/ed20131110> [155];
- Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №752. Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р. / [Електронний ресурс]: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_752.html[159];
- Наказ МОЗ України. «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги». Офіц. вид. К., 2011. 743 с. (Нормативний документ МОЗ України. Наказ) [157];
- Наказ МОЗ України. «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». МОЗ України. Офіц. вид. К., 2011. 454 с. (Нормативний документ МОЗ України. Наказ) [129,158];
- Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 травня 2021 року «Про Стратегію людського розвитку» [195];
- В. Є. Бліхар, А. Н. Морозов, А. В. Степаненко, В. Д. Парій, А. Б. Зіменковський та співавтори. Методичні рекомендації. Уніфікована методика розробки, перегляду та оновлення локального формуляра лікарських засобів закладу охорони здоров'я. К.: МОЗ України, 2013. 36 с. [107];
- Вороненко Ю. В., Гойда Г. Г, Децик О. З., Орлова Н. М. та ін. Методичні рекомендації. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. К.: МОЗ України, 2014. 30 с. [106].

Актуальні для медичної галузі охорони здоров'я питання обговорювалися під час круглого столу на тему «Партнерство у публічному управлінні

охороною здоров'я для підвищення людського потенціалу нації», що відбувся 12 грудня 2018 року у Верховній Раді України [37].

Так, президент ГО «Асоціація стоматологів України», д. мед. н., проф. І. П. Мазур у своїй доповіді «Безперервний професійний розвиток лікарів» зазначила, що безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я (БПР) – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцям підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності.

Основною метою БПР є покращення якості надання медичної допомоги шляхом підвищення професійної компетентності та неперервного вдосконалення професійних знань і вмінь.

Завідувач терапевтичного відділення Комунальної 3-ї стоматологічної поліклініки м. Львова О. Бурій поінформував про ліквідацію бюджетних стоматологічних установ. За його словами, у Львові повністю знищується соціальна стоматологія: ліквідовано всі дитячі стоматологічні кабінети у навчальних закладах міста, не проводиться планова санація, припинено реалізацію державних програм дитячої стоматології; катастрофічною є ситуація з комунальними стоматологічними поліклініками. Змінено організаційно-правові форми, внаслідок чого установа з бюджетної з захищеними статтями, застрахованої державою від банкрутства та ліквідації, перетворилася на підприємство, яке будь-якої миті може збанкрутувати, і прецеденти вже є. За словами доповідача, пункт 4 статті 104 Цивільного кодексу України забороняє таку реорганізацію, а в постанові Кабінету Міністрів України за жовтень 2018 р. № 910 про військово-медичну доктрину йшлося про створення медичного резерву установ охорони здоров'я, що фактично забороняло ліквідацію медичних установ. Відбувалася цілковита комерціалізація соціальної стоматології. Відтак виникали питання: для кого є вигідною ліквідація

комунальних установ охорони здоров'я; що буде з приміщеннями, в яких вони розташовані; де отримуватимуть допомогу 85% населення, які лікуються у бюджетних установах охорони здоров'я; чому певні політичні сили так зацікавлені у ліквідації медичних установ і чиї інтереси вони лобіюють.

Додатково зазначалося, що у країнах Центральної та Східної Європи існують лікарські самоврядні організації, очолювані Постійним комітетом європейських лікарів (CPME). Голова правління Всеукраїнського лікарського товариства Микола Тищук повідомив, що українські лікарі також прагнуть отримати ті права та повноваження, які визначаються відповідним законом про самоврядування, та ту відповідальність, яка тим самим законом покладається на самоврядну організацію лікарів. У зв'язку з цим 6 квітня 2018 р. у Верховній Раді України було зареєстровано проєкт Закону України № 8250 «Про лікарське самоврядування».

Проф. А. В. Степаненко повідомила, що для забезпечення якісної медичної допомоги в Україні Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. під № 2001/2231, були впроваджені сучасні принципи стандартизації, проте після зміни керівництва відомства вони були скасовані Наказом МОЗ від 29.12.2016 р. № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751». З цим наказом у системі охорони здоров'я з'явився документ – «новий клінічний протокол медичної допомоги – клінічна установка, обрана МОЗ України». Ці установки, розроблені у країнах із високим рівнем прибутку (США, Велика Британія, більшість країн ЄС), не можуть бути прийняті та використані у країнах із низьким та середнім рівнем прибутку, до яких належить Україна. МОЗ України, впроваджуючи Наказом № 1422 «нові клінічні протоколи», не врахував, що вони мають бути фінансово та ресурсно забезпечені, чого галузь не має, і за це відповідає саме МОЗ, а не лікарі. Внаслідок цього установи охорони здоров'я України позбулися

внутрішніх формалізованих інструкцій про порядок та терміни виконання медичних втручань, індикаторів та критеріїв якості медичної допомоги, які містилися у локальних протоколах, а також контролю належної якості медичної допомоги.

Під час круглого столу було відзначено, що реформування системи охорони здоров'я, прийняття управлінських і кадрових рішень, зміни на первинній ланці відбуваються без участі медичної спільноти та без публічного управління. З огляду на це назріла необхідність моніторингу ситуації в охороні здоров'я. Прийняття рішень щодо змін має починатися зі збору та аналізу об'єктивної інформації про ситуацію, що характеризується певними вихідними даними. Відзначено відсутність належного обміну інформацією та кращими медичними практиками європейських країн; не здійснюються спільні проєкти та поступова інтеграція України до європейських мереж охорони здоров'я. Таким чином, для прийняття відповідальних рішень виникає необхідність досліджувати вихідні дані та стан системи охорони здоров'я з обов'язковим урахуванням прийнятих у світі кількісних економічних показників збитків, завданих хворобами, травмами, чинниками ризику тощо.

Наразі в Україні медичні працівники не мають базових стимулів для праці у своїй країні, зокрема в галузі охорони здоров'я. Жоден медичний працівник не відчуває стабільності, захищеності, фінансового добробуту, реалізації себе у професії у своїй країні, поваги у суспільстві.

На думку головного лікаря приватного медичного центру «Клініцист» О. Орлова, для справжнього якісного зростання комерційний сектор охорони здоров'я вкрай потребує державної загальнодоступної сфери, в якій лікарі та медсестри могли б проходити навчання та гартуватись як фахові особистості. Через занепад загальнодоступної медицини, незабаром ми замість того, щоб обирати кращих з кращих, будемо змушені обирати кращих з гірших, оскільки кращі залишають країну через злидні та неповагу з боку держави; ця ситуація становить конкретну загрозу не лише комерційному секторові, а й охочим отримувати послуги кращої якості.

Член-кореспондент НАМН України, професор НМУ ім. О. О. Богомольця О. П. Волосовець, досліджуючи проблему медичної освіти та кадрового забезпечення в охороні здоров'я, провів опитування серед студентів 10 груп 6 курсу НМУ ім. О. О. Богомольця, за підсумками якого з'ясувалося, що лише $\frac{2}{3}$ майбутніх випускників хочуть бути лікарями, при цьому ніхто з них не хоче бути педіатром або сімейним лікарем; решта бачить своє майбутнє за кордоном, без проходження інтернатури в Україні. Поточні зміни у вітчизняній системі охорони здоров'я не викликають в опитаній молоді ніякого ентузіазму. Також автор опитування повідомив, що кожного року з галузі охорони здоров'я вибувають понад 5,7 тис. лікарів та 12,1 тис. молодших медичних співробітників, що не компенсується щорічним обсягом випускників вищої медичної освіти всіх рівнів акредитації.

Серед шляхів покращення кадрового потенціалу галузі О. П. Волосовець вважає за необхідне:

- покращення соціального захисту лікарів та медичних співробітників (роль об'єднаних територіальних громад, житло, пільги, транспорт, земля), передусім у селах;
- чітку відповідність між обсягами підготовки медичних кадрів та потребами галузі;
- ліквідацію наявного дисбалансу лікарських кадрів та диспропорції у лікарських спеціальностях за лінією «село – місто»;
- рівномірний розподіл медичних кадрів між первинною, вторинною та третинною допомогою.

На завершення круглого столу було висловлено думку про те, що для визначення основних шляхів забезпечення стійкого розвитку галузі охорони здоров'я необхідне вирішення низки актуальних питань, зокрема:

- формування державно-громадської моделі управління охороною здоров'я через впровадження лікарського самоврядування;
- вдосконалення процедур надання та припинення права на професійну діяльність;

- неперервного професійного розвитку лікарів;
- визначення сучасних аспектів системного менеджменту;
- стандартизації, оцінки технологій охорони здоров'я, доказового менеджменту як джерела впевнених клінічних та управлінських рішень; співвідношення національного контексту та кращих світових практик в охороні здоров'я;
- визначення основних шляхів розвитку фармацевтичного обслуговування та стоматологічної медичної допомоги.

Всі зміни в охороні здоров'я України повинні здійснюватися виключно для досягнення збільшення тривалості здорового життя населення через справедливий доступ до охорони здоров'я та чутливість до потреб громадян у цій галузі. Завданням держави є координування всіх дій у реалізації такого прагнення та забезпечення його необхідними ресурсами у пріоритетному порядку.

У серпні 2021 року в центрі уваги РНБО опинилося питання якості медичної допомоги в Україні: стратегію розвитку медицини до 2030 року планувалося скласти за три місяці [183]. У головному органі країни в галузі безпеки висловили переконання, що реформування системи охорони здоров'я здійснюється переважно несистемно і охоплює лише фінансову складову. Відтак РНБО прийняла низку рішень, спрямованих на забезпечення громадян України медичною допомогою, серед яких – розробка стратегії охорони здоров'я, підкріпленої коштами до 5% ВВП: вона передбачатиме впровадження індикаторів якісної первинної допомоги, розвиток вакцин, заборону реклами лікарських засобів тощо.

Висновки до розділу 1

У цьому розділі проведено системно-історичний аналіз вітчизняних і світових наукових джерел щодо організації управління якістю стоматологічної допомоги у світовій практиці та медичних закладах України, який показав, що досягнення загального охоплення населення якісними послугами є пріоритетним завданням сфери охорони здоров'я.

Сучасна світова та європейська політика забезпечення населення якісною медичною допомогою викладена у програмних документах ВООЗ – «Цілі розвитку тисячоліття» (ВООЗ, 2000) та «Здоров'я 2020 – основи європейської політики та стратегія для XXI століття» (ВООЗ, 2012) [66]. Ці зобов'язання країни підтвердили на Нараді Генеральної Асамблеї ООН з ВНЗ, що відбулася у 2019 році. [150].

В Україні проблема управління якістю медичної допомоги та функціонування ЗОЗ є соціально-економічною і вимагає свого оптимального рішення на державному рівні.

Фінансування сфери медичної допомоги, комунальних / державних стоматологічних ЗОЗ вкрай недостатнє. Для вирішення цієї проблеми необхідний пошук інноваційних організаційних технологій управління якістю медичної допомоги та функціонування ЗОЗ.

Для України в умовах дефіциту державного бюджету з метою забезпечення організації управління якістю стоматологічної допомоги слід врахувати загальні світові тенденції щодо фінансування охорони здоров'я із залученням ДПП [63].

Надання високоякісної медичної допомоги стає можливим лише за умови фінансової життєздатності систем охорони здоров'я, наявності сучасного медичного обладнання, сучасних технологій, кваліфікованого персоналу з гідною оплатою праці та орієнтації ЗОЗ на потреби та інтереси населення.

При написанні цього розділу були використані наступні джерела інформації:

[85,87,105,138,140,197, 241, 242.75, 175, 270,135,218,206,47,230, 26, 270, 210, 5, 174,76,207,103,86,180,212.25, 46, 162,46,66,161,90,209,111,235,21, 21, 22, 111,75, 169,273,272,162,248,213, 19, 24, 43,55, 72,80,88,162, 69,101,178,225, 62,175,265, 252,266,87, 233, 259,217,62,258,267, 2,3,127,181,187,198, 193, 241,242, 243,241, 275,276,220,224,251,150, 93, 221, 222,224,227, 238,204, 239, 262,264, 196,249, 18,29,113,151,166,17,190,266,259,240, 236, 254,269,274, 223, 244, 263, 267, 271 5,7, 81, 10, 239, 259, 260, 132, 134, 113,245,253,271, 214, 186, 253, 262, 32, 221, 37, 235,244,246, 257, 255,145,178, 84,248, 45, 54, 113, 147, 148, 162, 172, 173, 231, 246, 260, 11,23,31,39,50,74,133,145,200, 71,124,138,224, 15,123,139, 6, 7, 20, 30, 109, 128, 183, 105,106,107,108 , 115,137,163,164,167. 1,8,14,71,118,149. 9, 41, 52, 77, 92,172, 32,59, 73,141, 136,146,184,199, 6, 48,56,75, 93, 164, 116, 128, 143, 144, 147, 175, 193, 228,232, 235, 237, 30,34,38,51,60,82, 103,104,114, 116,139,201, 218, 225, 69,75,101,111,225,70,23.35,108,123, 138,164. 182,217,225,222,14, 19. 24, 55.68,80.88,171, 227,238,243,248,264,266,270,280,284, 251,275,276, 176,253, 123, 167,168, 50,73,125, 11, 57,58,59,179,247,275, 23,33,86,250,148,4, 49,91, 41,173, 207, 72. 73, 125, 144,14.40, 191,192, 36,213,84,212,36,37,197,11, 23-24,33,49,50. 94-95,118,124,134,106,164,171, 180,181,182,188,215,74, 7, 5,161, 169,145,19, 24, 55,68,88,16,95,179,182,84,190,36,16,144,118,178,132,128,126,84,156,152, 157,158, 195,107,106,37,96,66,150].

з них власних публікацій – [0].

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика програми та методів дослідження

Виконання дослідження здійснювалося відповідно до цілей та завдань дослідження за спеціально розробленою програмою, презентованою на мал. 2.1.

Мета дослідження: науково обґрунтувати доцільність вдосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги, розробити комплексний організаційно-методологічний підхід до вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП.

Для досягнення цієї мети були поставлені наступні завдання:

1. здійснити системно-історичний аналіз світових та вітчизняних наукових джерел щодо сучасного стану та проблем організації управління якістю медичної допомоги;

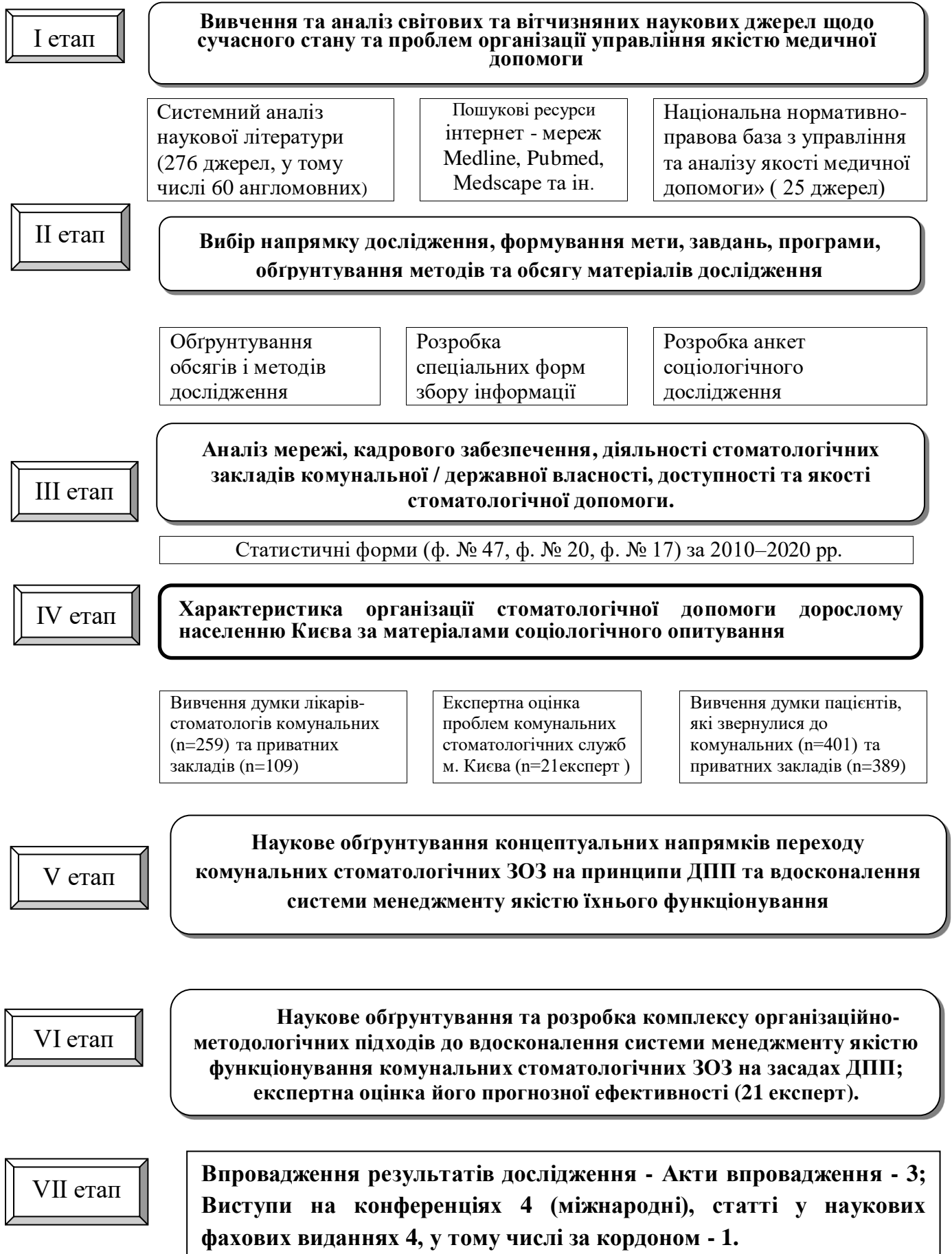
2. провести комплексний аналіз мережі, ролі кадрового ресурсу в забезпеченні якості медичної допомоги у стоматологічних організаціях;

3. провести аналіз потреби населення України у стоматологічній допомозі та оцінку її доступності;

4. вивчити стан організації та якості стоматологічної допомоги за матеріалами соціологічних досліджень пацієнтів і лікарів-стоматологів державних / муніципальних установ та пацієнтів і лікарів-стоматологів закладів приватної форми власності; надати експертну оцінку;

5. науково обґрунтувати концептуальні напрямки переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП та вдосконалення системи менеджменту якості їхнього функціонування;

6. науково обґрунтувати та розробити комплексний організаційно-методологічний підхід до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП, провести його експертну оцінку та прогнозу ефективність.



Мал. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

Науковою базою дослідження була мережа державних / комунальних та приватних стоматологічних закладів м. Києва для оцінки їхньої ролі у забезпеченні якості медичної допомоги. Джерелами інформації були дані наукової літератури, матеріали ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», дані соціологічних досліджень. Дослідження охоплювало період 2010–2020 рр.

Об'єкт дослідження – організація забезпечення якості медичної допомоги у системі стоматологічних медичних організацій державних / муніципальних і приватних форм власності в Україні, система забезпечення якості медичної допомоги за кордоном.

Предмет дослідження – мережа, ресурсне, кадрове забезпечення та діяльність стоматологічних закладів різної форми власності у м. Києві, проблеми управління та контролю якості стоматологічної допомоги, концепція та сучасна методологія управління якістю стоматологічної допомоги.

У дослідженні використані наступні методи:

- *системний підхід та системний аналіз* – для обґрунтування комплексної методології управління якістю медичної діяльності у стоматологічних медичних організаціях;

- *бібліосемантичний* – для вивчення даних літератури щодо організації та управління якістю медичної діяльності;

- *медико-статистичний* – для аналізу діяльності мережі стоматологічних державних / комунальних та приватних установ, потреб населення у стоматологічних послугах, потреб стоматологічних закладів у ресурсах, визначення обсягу спостережень у соціологічних дослідженнях, а також статистичного узагальнення та оцінки достовірності їхніх результатів;

- *соціологічний* – для вивчення точки зору пацієнтів та лікарів-стоматологів стосовно стану, проблем та шляхів удосконалення якості медичної допомоги, яка надається у мережі стоматологічних державних / комунальних та приватних установ;

- *концептуального моделювання* – для розробки інноваційної комплексної методології управління якістю медичної діяльності у стоматологічних комунальних організаціях;

- *експертних оцінок* – для отримання експертної оцінки потенційної ефективності розробленої комплексної методології управління якістю медичної діяльності у стоматологічних комунальних закладах.

Таблиця 2.1

Етапи дослідження та їхній зміст

| Етапи | Зміст етапу дослідження | Методи | Джерела інформації, матеріали та обсяги дослідження |
|----------|---|---|---|
| I етап | Аналіз літератури з досліджуваної теми. Складання плану, програми збору та аналізу матеріалу, формування мети і завдань, визначення обсягу, об'єкта і методів дослідження | Аналітичний Бібліосемантичний Монографічний | Аналіз праць вітчизняних і зарубіжних науковців, законодавчі та нормативні акти України в загальній кількості 276 джерел |
| II етап | Вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, програми, обґрунтування методів та обсягу матеріалів дослідження | Аналітичний | |
| III етап | Аналіз мережі, ресурсів та ролі кадрів у забезпеченні якості медичної допомоги в стоматологічних організаціях у м. Києві. | Аналітичний Статистичний | Форми державної статистичної звітності за 2010–2020 роки по Київській області. |
| IV етап | Характеристика організації стоматологічної допомоги дорослому населенню Києва за матеріалами соціологічного опитування | Соціологічний Аналітичний Статистичний Метод експертних оцінок | Спеціально розроблені анкети для пацієнтів (790 од.) та лікарів-стоматологів (368 од.). Програма експертної оцінки (30 експертів) |
| V етап | Обґрунтування концептуальних напрямів удосконалення якості медичної допомоги у службі комунальної стоматології. | Аналітичний Метод експертних оцінок | Дані огляду літератури та результатів дослідження. Системний підхід та системний аналіз. |
| VI етап | Обґрунтування комплексної методології управління якістю стоматологічної допомоги у комунальній службі, експертна оцінка її прогностичної ефективності. | Аналітичний Моделювання Метод експертних оцінок | Методологічні підходи до впорядкування управління якістю стоматологічної діяльності. Обґрунтування сучасної програми. Програма експертної оцінки (21 експерт) |
| VII етап | Впровадження результатів дослідження | | Акти впровадження |

Проведене дослідження виконано у сім послідовних етапів. Така багаторівнева структуризація процесу дослідження забезпечувала системність, оскільки результати попередніх етапів ставали логічною основою як для

наступних етапів, так і для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування висновків.

На першому етапі дослідження було проведено бібліосемантичний аналіз 276 наукових джерел (216 вітчизняних і 60 іноземних).

Відбір наукової інформації для аналізу проведено з використанням ресурсів Інтернету (база даних «PubMed»), посилань у мережі Інтернет із використанням пошукової системи Google [<http://www.google.com.ua/>].

Проведений аналіз відібраних наукових джерел надав можливість оцінити теоретико-методологічні основи та процеси діяльності стоматологічної допомоги у розвинених західних країнах, вивчити зарубіжний досвід реалізації проєктів управління якістю медичної допомоги, виявити основні проблеми, шляхи розвитку стоматологічних ЗОЗ в зарубіжній практиці і в Україні, перспективи реформування галузі охорони здоров'я України та амбулаторно-поліклінічної комунальної стоматологічної служби м. Києва на базі механізмів державно-приватного партнерства. Це дозволило обрати і обґрунтувати напрями дослідження, його цілі і завдання.

На другому етапі проведено складання плану, програми збору та аналізу матеріалу, формування мети і завдань, визначення обсягу, об'єкта і методів дослідження, подано загальну характеристику програми та методів дослідження. Визначено методики і методичні аспекти дослідження, методологічні підходи до організації управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ.

На третьому етапі проведено аналіз нормативно-правового забезпечення діяльності системи ДПП в країні, подано аналіз мережі, ресурсів та ролі кадрів у забезпеченні якості медичної допомоги у стоматологічних комунальних організаціях у м. Києві на період до 2020 року.

Основними джерелами інформації на цьому етапі дослідження були матеріали державної та галузевої статистичної звітності МОЗ України за 2010–2020 рр. – ф. № 20 (15 од.), ф. № 17 (15 од.), ф. № 47 (15 од). Період спостереження завершився 2020 роком. На цьому етапі дослідження автор

особисто ознайомився з матеріально-технічною базою та організацією роботи стоматологічних відділень у комунальних та приватних ЗОЗ у двох районах Києва. Було отримано комплексну медико-соціальну характеристику стану організації медичної допомоги у діючих стоматологічних комунальних організаціях. Проведене дослідження дало можливість критично оцінити стан цих ЗОЗ і зробити висновок про їхнє незадовільне фінансування, матеріально-технічне оснащення та кадрові ресурси.

На четвертому етапі здійснено аналіз і подано характеристику організації стоматологічної допомоги дорослому населенню Київської області за матеріалами експертної оцінки та соціологічного опитування 790 пацієнтів та 368 лікарів-стоматологів, проведеного за спеціально розробленими програмами у двох комунальних та двох приватних стоматологічних ЗОЗ. Експертизу організаційних аспектів діяльності комунальних стоматологічних ЗОЗ проведено 21 висококваліфікованим експертом.

Аналіз результатів проведеного опитування пацієнтів та лікарів комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ дозволив оцінити стан організації стоматологічної допомоги у порівнянні.

На п'ятому етапі дослідження було здійснено наукове обґрунтування концептуального організаційно-методичного підходу до формування системи управління якістю медичної допомоги у стоматологічних закладах державної / комунальної власності.

Особливість формування концептуального підходу полягала у тому, що він розглядався як комплексний процес економічного, правового, наукового та медичного характеру всередині ЗОЗ.

Показано, що в умовах ринку комплексний організаційно-методичний підхід до менеджменту якості стоматологічної допомоги у комунальних ЗОЗ реально організувати можливо лише на базі механізму ДПП.

Інформаційною базою для обґрунтування концептуальних напрямів стали наукові роботи фахівців з організації та управління охороною здоров'я,

нормативні документи з проблеми дослідження, а також результати власних досліджень.

Наукове обґрунтування концептуального організаційно-методичного підходу до формування системи управління якістю медичної допомоги у стоматологічних закладах державної / комунальної власності сприяло оптимізації діяльності системи стоматологічних комунальних ЗОЗ та послужило основою для розробки моделі управління якістю стоматологічної допомоги у комунальному стоматологічному ЗОЗ на базі механізмів ДПП.

На шостому етапі розроблено функціонально-організаційну модель управління якістю стоматологічної допомоги у закладі державної (комунальної) власності; сформовано механізми управління моделлю; проведено експертну оцінку моделі та її перспективної ефективності 30 експертами.

Характеристика бази дослідження

Дослідження проводилося у м. Києві на території двох районів – Печерського (станом на 01.01.2021 року проживала 161701 особа, з них 107801 особа дорослого населення) та Шевченківського (станом на 01.01.2021 року проживали 221186 осіб, з них 147458 осіб дорослого населення) на базі двох комунальних стоматологічних ЗОЗ, які є типовими у плані як ресурсного забезпечення, так і організації медичної стоматологічної допомоги.

2.2. Методика медико-статистичного дослідження.

За допомогою медико-статистичного методу проведено аналіз мережі та кадрових ресурсів стоматологічної служби системи МОЗ України у динаміці за 2010–2020 рр. та у порівнянні з приватним сектором стоматологічної допомоги. Інформаційним джерелом для здійснення цього аналізу були статистичні дані, подані у формах державної статистичної звітності, зведених загалом по Україні та у розрізі областей: ф. № 17 «Звіт про медичні кадри за 2010–2020 рр.» та ф. № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики за 2010–2020 рр.», узагальнені та оприлюднені у

статистичних довідниках ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» [192, 191].

У дослідженні використані загальностатистичні методи: табличного зведення, узагальнення (за допомогою абсолютних, відносних та середніх величин), статистичного порівняння та графічного аналізу. Для оцінки динаміки кадрових ресурсів стоматологічної служби України у 2010–2020 рр. визначалися показники абсолютного приросту (АПр) та темпу приросту (ТПр). Просторовий аналіз особливостей забезпеченості населення лікарями-стоматологами у системі МОЗ України здійснений із використанням коефіцієнта регіональної варіації (КРВ) – відносної (у %) міри варіабельності розподілу регіональних значень – аналогу коефіцієнта варіації у варіаційній статистиці.

Аналіз потреби у стоматологічній допомозі та обсягів наданої стоматологічної допомоги дорослому та дитячому населенню України у стоматологічних закладах комунальної та державної власності здійснений на підставі звітних форм № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики», зведених по Україні за 2010–2020 роки. Аналіз доступності стоматологічної допомоги здійснено на підставі матеріалів репрезентативних вибіркового досліджень домогосподарств, проведених Держкомстатом України у 2018–2020 роках та оприлюднених у статистичних довідниках «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» [173, 192, 193].

Вибіркові опитування членів домогосподарств щодо стану їхнього здоров'я та доступності окремих видів медичної допомоги є тематичним модулем постійного обстеження умов життя домогосподарств. Вибіркова сукупність обстежених домогосподарств репрезентує усе населення України. У дослідженні використані методи статистичного групування, табличного зведення, узагальнення та порівняння. Для оцінки динаміки показників визначався темп приросту (ТПр) у %. Оцінка статистичної суттєвості

відмінностей між показниками, одержаними у вибіркового обстеженні домогосподарств, здійснена за критерієм Пірсона (χ^2).

2.3. Методика соціологічного дослідження

Про широкі можливості застосування соціологічних досліджень в охороні здоров'я та медицині свідчать дані багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів [47, 53, 127, 210, 223].

У 2021 році у м. Києві за спеціально розробленою програмою нами було проведено соціологічне порівняльне дослідження шляхом анкетування. Об'єктом дослідження були дві групи респондентів.

У першій групі аналізувалися відповіді пацієнтів (401 респондент) п'яти стоматологічних установ комунальної власності та пацієнтів стоматологічних установ приватної власності (389 респондентів), які звернулися до восьми приватних стоматологічних закладів м. Києва.

У другій групі аналізувалися відповіді лікарів-стоматологів комунальних (259) та приватних (109) закладів. Обидві вибірки респондентів були якісно та кількісно репрезентативними.

Метою цього медико-соціологічного дослідження було вивчення впливу умов організації роботи стоматологічних установ комунальної та приватної власності м. Києва у порівнянні на певний комплекс показників їхньої діяльності, а також проведення аналізу одержаних оцінок якості стоматологічної допомоги від лікарів-стоматологів комунальних та приватних закладів м. Києва та виявлення факторів, що впливають на якість стоматологічної допомоги.

Програма соціологічного дослідження була оформлена у вигляді анонімного соціологічного анкетування пацієнтів та лікарів комунальних і приватних стоматологічних закладів за спеціально розробленими анкетами (відповідно нами були розроблені два зразки анкет для проведення вибіркового анонімного анкетування пацієнтів та лікарів).

Анкети заповнювалися пацієнтами анонімно після одержання стоматологічної допомоги. За матеріалами дослідження здійснено аналіз стану організації стоматологічної допомоги у комунальних закладах у порівнянні з приватними.

Важливим елементом підготовки дослідження було визначення методів збору та обробки інформації, розробка програм спостереження (анкет).

Покажемо це на прикладі анкети пацієнтів. Усі питання, включені до анкети, були умовно поділені на кілька груп.

I. За змістом:

1. Питання про фактори: «Яким чином Ви записалися на прийом до стоматолога?»

2. Питання про поведінку: «Чи надавалася Вам можливість вибору лікаря за Вашим бажанням?».

3. Питання про мотиви: «Чому Ви звернулися до комунального стоматологічного закладу?», «Чому Ви звернулися до приватного стоматологічного закладу?».

4. Питання-оцінки: «Чи задоволені Ви відвідуванням цієї стоматологічної установи загалом?»

5. Питання, які характеризують особистість респондента (стать, вік, освіта).

II. За формою: закриті (альтернативні або питання-набір); прямі; непрямі.

Закритими питаннями є ті, які містять варіанти можливих відповідей. Так, в анкеті респондентам пропонували закриті питання-набір. Респонденти мали обрати один із варіантів при відповіді на питання, наприклад: «Скільки часу Ви чекали на прийом лікаря у черзі?», «Чи надавалася Вам можливість вибору лікаря за Вашим бажанням?» Відповідь – «Так» або «Ні».

Питання, націлені на отримання безпосередньої інформації, є прямими. Вони формулюються в особистій формі. Так, наприклад, в анкеті для пацієнтів

прямим питанням було наступне: «Чи було Вам проведено повне обстеження порожнини рота та зубів на прийомі у лікаря?»

Непрямі питання формулювалися у безособовій формі. Наприклад: «Що для вас є найважливішим при виборі медичної організації?»

III. За функціями: вступні; основні; контрольні.

Вступні питання призначалися для невимушеного залучення респондента до досліджуваних проблем. Основні питання розкривають досліджувану тему і несуть соціологічну інформацію. До них належить питання: «Скільки часу Ви чекали на прийом лікаря у черзі?»

Контрольні питання використовувалися для перевірки щирості респондентів і достовірності відповідей. Зазвичай в анкеті основні та контрольні питання розташовуються таким чином, щоб респондент не зміг вловити прямого зв'язку між ними. Наприклад, питання: «Чи задоволені Ви якістю одержаної стоматологічної допомоги?», стосовно якого контрольним було питання: «Чи задоволені Ви відвідуванням цієї стоматологічної установи?»

З методичної точки зору композиція анкети зазвичай характеризується наступною послідовністю розділів: вступна частина, соціально-демографічна частина («паспортні дані»), основна частина (можуть бути кілька блоків питань). Цієї композиції ми дотримувалися у проведеному дослідженні.

Вступна частина нашої анкети становить собою звернення до респондента, де у простій і зрозумілій формі вказується мета опитування та подальше призначення отриманих результатів. Гарантується анонімність відповідей, чітко викладаються правила і техніка заповнення анкети. Призначення вступної частини полягає у тому, щоб максимально привернути увагу опитуваного, зацікавити його темою опитування і спонукати брати участь у дослідженні.

У соціально-демографічній частині анкети («паспортна частина») поставлені питання, які стосуються об'єктивного статусу респондента (стать, вік, соціальний стан). Соціально-демографічний блок питань дозволяє, по-

перше, перевірити надійність зібраних даних, їхню якісну репрезентативність і, по-друге, зробити більш якісним заключний аналіз результатів дослідження.

Основна частина анкети містила питання, послідовність яких поступово розкриває зміст досліджуваної теми. Ця частина анкети є найбільшою за обсягом і найскладнішою за змістом. Головна мета питань основної частини анкети полягала в тому, щоб зацікавити опитуваного питаннями, націленими на отримання фактичної інформації, з'ясування думки, визначення оцінки респондента за тією інформацією, яка має пряме відношення до теми дослідження. Питання формулювалися у зрозумілій для респондентів формі.

Для розрахунку необхідної чисельності одиниць спостереження для формування кількісно репрезентативних вибірок використано формулу [117]:

$$n = \frac{t^2 P(1 - P)N}{N\Delta^2 + t^2 P(1 - p)}, \quad (2.1)$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

p – значення відносного показника, що вивчається;

q – альтернативний показник $= 1 - p$;

t – критерій достовірності;

Δ – гранично припустима похибка;

N – обсяг генеральної сукупності.

Для опитування населення була сформована репрезентативна вибірка, у якості генеральної сукупності для якої розглядалося доросле населення двох типових районів м. Києва – Печерського (161701 особа, з них 107801 особа дорослого населення) та Шевченківського (221186 осіб, з них 147458 осіб дорослого населення), яке обслуговувалося двома комунальними стоматологічними ЗОЗ м. Києва ($N = 255259$). Значення інших параметрів складо: $p = 0,5$; $t = 2,0$; $\Delta = 0,05$. Обрані бази дослідження стоматологічних ЗОЗ Дніпровського та Шевченківського районів м. Києва є типовими за ресурсними та структурно-функціональними характеристиками.

$$n = \frac{4 \cdot 0,5(1 - 0,5) \cdot 255259}{255259 \cdot 0,05^2 + 4 \cdot 0,5(1 - 0,5)} =$$

$$n = \frac{255259}{255259 \cdot 0,0025} = n = \frac{255259}{638,1} = 400$$

Підставивши до формули (2.1) наведені значення параметрів, ми з'ясували, що обсяг вибірки мав складати 400 одиниць спостереження.

Вибіркова сукупність пацієнтів для соціологічного дослідження формувалася за допомогою методу механічного добору. Участь респондентів в опитуванні була анонімною та добровільною, що підтверджується наданням ними інформаційної згоди на участь у дослідженні. Анкети роздавалися пацієнтам при зверненні до реєстратури ЗОЗ і поверталися після завершення прийому лікаря. Фактично нами було роздано 450 анкет пацієнтам, які звернулися до Дніпровського та Подільського КДЦ у листопаді 2021 року: з них 405 було повернуто респондентами та використано для подальшої розробки. Показник повернення анкет склав 90%.

Програма соціологічного дослідження передбачала порівняння результатів опитування пацієнтів комунальних стоматологічних ЗОЗ із результатами опитування пацієнтів приватних стоматологічних ЗОЗ, тому були опитані 396 пацієнтів, які відвідали вісім приватних стоматологічних ЗОЗ. Опитування пацієнтів у приватних стоматологічних ЗОЗ проводилося за тією ж програмою, що й опитування пацієнтів комунальних ЗОЗ.

Було також визначено необхідну кількість одиниць спостереження заради забезпечення репрезентативності вибірки для анкетування лікарів – співробітників комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ м. Києва. Під час проведення дослідження з лікарями використовувався метод випадкової вибірки (простий випадковий добір). Така вибірка передбачає однорідність генеральної сукупності, однакову можливість доступності всіх елементів, наявність повного списку всіх елементів.

У м. Києві на момент дослідження (2021 рік) загальна кількість лікарів, які працювали у комунальних стоматологічних ЗОЗ та обслуговували доросле населення, становила 1746 фізичних осіб, у приватних – 1259 [191]. Відповідно,

обсяг генеральної сукупності (N) складав 1746 одиниць спостереження для комунальних ЗОЗ і 1259 приватних.

Необхідний обсяг вибірки

Для визначення вибірки n скористаємося формулою:

$$n = \frac{t^2 P(1 - P)N}{N\Delta^2 + t^2 P(1 - p)}$$

Для лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ:

$$n = \frac{2^2 \cdot (1 - 0,5) \cdot 0,5 \cdot 1252}{0,1^2 \cdot 1252 + 2^2 \cdot (1 - 0,5) \cdot 0,5} = 92,6$$

Тобто вибірка має скласти не менш ніж 93 лікарі-стоматологи приватних ЗОЗ; нами узято **109**.

Для лікарів-стоматологів комунальних ЗОЗ ця цифра має становити 95; нами узято **256**:

$$n = \frac{2^2 \cdot (1 - 0,5) \cdot 0,5 \cdot 1746}{0,1^2 \cdot 1746 + 2^2 \cdot (1 - 0,5) \cdot 0,5} = 94,6$$

Таким чином, чисельність одиниць спостереження у всіх вибірках для проведення соціологічних досліджень була достатньою для забезпечення кількісної репрезентативності.

Демографічний і соціальний склад респондентів з усіх вибірок відповідав складу населення та лікарів у відповідних генеральних сукупностях, що засвідчує якісну репрезентативність сформованих вибірових сукупностей.

Оцінку статистичної достовірності відмінностей результатів соціологічного опитування пацієнтів у стоматологічних закладах комунальної та приватної власності здійснено за критерієм Хі-квадрат Пірсона (Chi-square test – χ^2). Статистична обробка матеріалів дослідження виконана із застосуванням Microsoft Excel 2010 та Statistica 8.0.

2.4. Основи концептуальних напрямів удосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП.

Аналіз наукової літератури показав, що єдине розуміння організації та управління якістю медичної допомоги відсутнє, тож концептуальні напрямки вдосконалення управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ ми уявляємо як сукупність управлінських органів та об'єктів управління, заходів, методів і засобів, спрямованих на встановлення, забезпечення та підтримання високого рівня якості медичних послуг.

Концептуальні напрямки вдосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ визначають основні погляди на вдосконалення всієї системи ЗОЗ загалом та її підсистем – фінансування, організації, кадрових питань тощо.

Обґрунтування концептуальних напрямків удосконалення управління якістю у медичних закладах комунальної власності базується на чітко визначеній і сформульованій меті дослідження.

Сучасне управління спирається на три методологічні підходи – процесний, системний та ситуаційний. Історично спочатку виник процесний підхід; першим його використав А. Файоль.

Процесний підхід розглядає функції управління як взаємопов'язані. Технологія процесного підходу передбачає реалізацію наступних етапів процесу управління:

- 1) цілепокладання – напрацювання мети, її кількісний і якісний опис;
- 2) визначення ситуації як стану керованої системи відносно мети;
- 3) розпізнавання проблеми. Проблема – це головна суперечність у невідповідності ситуації та меті, розв'язання якої визначить зміну ситуації у напрямку прийнятої мети;
- 4) прийняття рішення. Одну й ту ж проблему можна розв'язати різними шляхами і засобами, використовуючи різні підходи та орієнтири. Шляхи, засоби, принципи у кожному випадку необхідно обирати.

Системний підхід базується на загальній теорії систем, основоположником якої є Людвіг фон Берталанфі.

За допомогою системного підходу забезпечується:

- виявлення складу системи – поділ системи на підсистеми та елементи, що складають її;
- виявлення структури системи – зв'язків між системами та елементами з визначенням характеру та властивостей цих зв'язків.

Системний підхід є одним із потужних засобів аналізу складних систем, однією з яких є система управління якістю стоматологічної допомоги.

Система створення якості медичної послуги – це безліч елементів, які перебувають у взаєминах і зв'язках один з одним, утворюючи певну цілісність, єдність. Усі складники системи від початку мають необхідні певні властивості, здатні повноцінно впливати на обсяг, точність і надійність функціонування всієї системи. Тому від набору, як у кількісному, так і в якісному відношенні компонентів, їхньої внутрішньої природи, залежить доля цілого, тобто якість організації медичної послуги та результативність функціонування системи медичного обслуговування.

Ситуаційний підхід безпосередньо пов'язаний із системним та процесним підходами і розширює їхнє застосування на практиці.

За допомогою ситуаційного підходу проводилася орієнтація управління всередині ЗОЗ на сукупність різних за своєю природою впливів, які характеризують певну ситуацію. При цьому організація та методи управління будуються відповідно до ситуації, у якій перебуває ЗОЗ.

Застосування системного підходу передбачає два важливі етапи:

- а) аналіз становища, в якому перебуває організація;
- б) вибір найбільш доречної моделі управління.

На стадії аналізу ситуації аналізуються різні змінні – чинники зовнішнього і внутрішнього середовища: стан ринку, технології, що використовуються, розмір фірми, стиль керування, цілі організації, а також зв'язки між цими чинниками.

Ситуаційний підхід дозволяє, разом із системним підходом, який надає цілісне уявлення про об'єкт управління та його функціонування у зовнішньому середовищі, здійснювати ефективне планування керування конкретною управлінською ситуацією.

Під ситуацією ми розуміємо поєднання умов і обставин, що створюють певну якість послуги.

На практиці у більшості випадків про якість медичної допомоги судять за показниками у звітній медичній документації, результатами перевірок та скаргами пацієнтів. Однак природа створення якісної медичної послуги є такою, що на своєму шляху до пацієнта вона проходить економічні, виробничі, технологічні та соціальні ланки. Організують якість медичної послуги і керують нею різні учасники логістичного процесу.

Розробка концептуальних напрямків удосконалення управління якістю дозволить розкрити основи функціонування системи. Фактично модель управління є копією реального об'єкта (системи управління), що має його реальні характеристики і є здатною імітувати або відтворювати його дії та функціонування.

Концептуальні напрямки вдосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ мають охоплювати всі розділи виробничого медичного циклу і враховувати всі чинники, які впливають на ті чи інші параметри. Мається на увазі комплексний підхід, який містить управління якістю фінансування ЗОЗ, технологічного устаткування, кадрового складу та надання стоматологічної допомоги на всіх етапах – обстеження, уточнення діагнозу, лікування та реабілітації.

Концептуальні напрямки вдосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ також мають функції: стратегічного, тактичного та оперативного управління; прийняття рішень; аналізу та обліку; інформаційно-контрольні; управління за науково-технічними, виробничими, економічними та соціальними чинниками й умовами. Тому є цілком очевидним, що на кожному рівні служби мусить бути певний комплекс показників, а також

дотримана тяглість показників суміжних рівнів. Усі підрозділи ЗОЗ – і фінансовий, і матеріально-технічний, і лікувальний – мають водночас брати участь в управлінні якістю.

Основні показники праці окремих служб мають у сумі характеризувати працю з управління якістю у ЗОЗ. Лише у цьому випадку можна оцінити внесок кожного працівника у сумарну оцінку якості праці колективів окремих підрозділів і ЗОЗ загалом.

При оцінюванні управління якістю в ЗОЗ мають оцінюватися стан і використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів та фінансування ЗОЗ, проводиться: експертиза процесу надання медичної допомоги конкретним пацієнтам; вивчення задоволеності пацієнтів і їхньої взаємодії з ЗОЗ; розрахунок і аналіз показників, що характеризують якість і ефективність медичної допомоги; виявлення та обґрунтування дефектів, лікарських помилок та інших чинників, що вплинули негативно і призвели до зниження якості та ефективності медичної допомоги.

Важливою складовою управління якістю медичної допомоги є робота з кадровим складом ЗОЗ – фаховість, мотивація персоналу до надання якісної стоматологічної допомоги, гідна оплата праці медичного персоналу.

Оскільки, згідно з рекомендацією ВООЗ, серед критеріїв якості медичної допомоги одним з основних є задоволеність пацієнта отриманими медичними послугами, існує необхідність використання постійних соціологічних опитувань пацієнтів – споживачів медичних послуг.

Застосування в управлінні автоматизованої медичної інформаційної системи дозволить обробити і отримати набагато швидше якомога більше показників якості праці лікарів та наданих ними медичних послуг. За такими матеріалами набагато ефективніше розробляти заходи з усунення та недопущення недоліків, розширити об'єктивність планування заходів з підвищення якості медичної допомоги.

Таким чином, під управлінням якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ слід розуміти постійний процес впливу на всіх рівнях ЗОЗ на чинники та

умови, який забезпечує створення медичних послуг оптимальної якості та повноцінне їхнє використання.

Управління повинне забезпечити узгодженість дій на всіх рівнях ЗОЗ з урахуванням форми власності ЗОЗ, фінансування, організації служб, праці медичного персоналу, використання професійних стандартів та системи оцінок.

Таким чином, суть концептуальних напрямків удосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ полягає у тому, що в них вкладене наше бачення створення нової системи, здатної ефективно управляти якістю, та умов, за яких якість стане наріжним каменем виробничого процесу створення якісної послуги.

Реалізація концептуальних напрямків удосконалення системи управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ має бути забезпечена розробкою методології як сукупності методів, що реалізує оптимізацію управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних ЗОЗ.

В умовах сучасної економічної кризи необхідний пошук нових моделей фінансування ЗОЗ з метою підвищення якості медичних послуг, впровадження інноваційних методів лікування та покращення стану здоров'я населення.

Стоматологічні ЗОЗ не можуть забезпечити якість стоматологічної допомоги без достатнього фінансування. Тому для забезпечення якості функціонування ЗОЗ та стоматологічної допомоги потрібен перехід до нових форм управління та фінансування.

Стратегія діяльності ЗОЗ в умовах ринкової економіки націлює управлінські рішення на вдосконалення структури ЗОЗ, достатнє фінансування, ефективне використання ресурсів, оптимізацію робочих процесів, надання стоматологічної допомоги відповідно до стандартів, задоволення запитів пацієнтів.

Наразі у жодній країні світу не вдалося створити ідеальну систему охорони здоров'я коштом державного бюджету. Тому перспективною для інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я лишається збалансована

взаємодія двох форм управління – державної та приватної. За 2010–2020 рр. використання ДПП у галузі охорони здоров'я стало доволі поширеним явищем. Ця форма співпраці приватного та державного капіталу з кожним роком набуває популярності.

У міжнародній практиці доведено, що модернізація і розвиток охорони здоров'я неможливі без використання сучасного інвестиційного механізму ДПП. У розвинених країнах світу ДПП є основним інструментом залучення інвестиційного капіталу, що значно покращує інфраструктуру лікувальних установ. Ця концепція визнає основною організаційно-правовою формою ДПП у галузі приватної охорони здоров'я з державною участю [3,12,79,89].

В якості форм залучення приватних інвесторів до державної системи охорони здоров'я розглядаються: надання державних ЗОЗ в оренду без зміни функціонального призначення, створення спільних підприємств та передача державних ЗОЗ у концесію. Держава може реалізовувати будь-які форми ДПП залежно від профілю, регіону та інвестиційної привабливості проєкту [65].

Перспективною моделлю державно-приватного партнерства в охороні здоров'я є здійснення приватним партнером реструктуризації державної (комунальної) медичної установи, а також отримання права експлуатувати та обслуговувати інфраструктуру ЗОЗ протягом терміну, що дозволяє компенсувати фінансові інвестиції. Для держави ця модель є вигідною за відсутності достатніх ресурсів для самостійної реконструкції медичного об'єкта.

Аспекти, що формують напрямки реорганізації:

1. зміна організаційно-правової форми комунальних стоматологічних ЗОЗ, інтеграція соціального та приватного секторів на принципах державно-приватного партнерства за підтримки на державному, територіальному та місцевому рівнях;

2. створення стоматологічного ЗОЗ на принципах ДПП на підставі системного підходу як процесу економічних, організаційно-технічних, юридичних та інших заходів;

3. основою стоматологічної практики у ЗОЗ на принципах ДПП має бути ринковий господарчий механізм, елементи ринкових відносин, функціонування на базі взаємодії трьох основних параметрів: попиту, пропозиції та ціни послуг;

4. процес функціонування ЗОЗ має здійснюватися на базі конкуренції, економічних можливостей населення, раціональних підходів до штатних нормативів, оплати праці медичного персоналу, фінансових тарифів на медичні послуги.

Основні завдання стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП:

- пошук можливостей заробляти гроші та їхнє раціональне використання задля забезпечення задоволеності пацієнтів послугами;

- планування економічної ефективності – прибутки, отримані від надання послуг, мають покривати витрати на їхнє надання, утримання персоналу та розвиток виробництва;

- організація маркетингу як системи принципів, методів і заходів, що базуються на комплексному вивченні попиту споживача та цілеспрямованому формуванні якісних медичних послуг;

- організація цільових прогнозів, що визначають вимоги до обсягу медичних послуг, умов їхньої організації та надання, матеріально-технічної бази та господарського середовища;

- моніторинг якості надання послуг та праці співробітників.

2.5. Організаційно-методологічні підходи до удосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП

Методологія визначається як система принципів і способів організації та побудови теоретичної і практичної діяльності, а також вчення про цю систему [202].

Методологія передбачає комплекс етапів побудови системи, здатної забезпечити оптимізацію управління якістю стоматологічної допомоги з орієнтацією на т. зв. «тріаду Донапетяна», що дозволить оцінювати індикатори критеріїв якості структури, процесу та результатів [226,230].

Методичні засади удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ на засадах ДПП

| Основні методичні принципи, закладені у методичну розробку | |
|---|--|
| Принцип | Зміст принципу |
| Системності | Забезпечення сукупності процесного, ситуаційного та системного підходів у моделюванні. |
| Науковості | Розробка моделі з урахуванням досягнень науки у галузі соціальної медицини та законів розвитку виробництва у ринкових умовах. |
| Функції | Формування структури, процесу та результативності функцій. |
| Економічності | Ефективна економічна організація, що забезпечує зменшення частки витрат на одиниць продукції та підвищення ефективності виробничих процесів. |
| Прогресивності | Відповідність організації та управління передовим зарубіжним аналогам. |
| Перспективності | Урахування перспективи розвитку управління на стадії її формування. |
| Комплексності | Урахування всіх чинників, що впливають на систему (стан об'єкта управління, зв'язки з вищими інстанціями, договірні зв'язки тощо). |
| Оптимальності | Багатоваріантна обробка пропозицій щодо формування управління та вибору найбільш раціонального варіанту для конкретних умов. |
| Різноманітності | Різноманіття елементів управління, що дозволяє відобразити багатофункціональний характер дослідних завдань. |
| Автономності | Забезпечення раціональної автономності структурних підрозділів та їхніх керівників. |
| Узгодженості | Узгодження управління з основними цілями виробництва загалом |
| Багатоаспектності | Оптимізація управління персоналом за різними каналами: правовими, адміністративно-господарськими, економічними тощо. |
| Розмежування | Розмежування інтересів держави та ЗОЗ. |
| Взаємовигідності | Напрацювання механізму взаємовигідного муніципально-приватного партнерства. |
| Концентрації | Концентрація зусиль персоналу на задоволеності пацієнтів. |
| Спеціалізації | Розділення праці (виокремлюється праця керівників, спеціалістів та службовців). |
| Стандартизації | Передбачається єдина методична основа стандартизації послуг та нормування праці спеціалістів. |
| Неперервності | Забезпечує моніторинг в оптимізації управління. |

Комплекс етапів побудови системи, здатної забезпечити вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП

I етап. Структурна організація ЗОЗ:

- створення господарськи та юридично самостійного ЗОЗ на засадах ДПП, здатного забезпечити оптимізацію управління якістю медичної допомоги;
- створення нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації (локальні клінічні протоколи, методичні рекомендації, внутрішні технологічні стандарти, річні плани тощо);

- створення сучасного лікувально-діагностичного комплексу з сучасним лікувально-діагностичним обладнанням;
- підбір професійних кадрів;
- організація інформаційно-обчислювальної бази, використання медичних інформаційних систем.

II етап. Організація процесу діяльності:

- визначення особливостей діяльності ЗОЗ на засадах ДПП та його фінансово-економічної стійкості;
- поставлення якості на чолі виробничого процесу медичної послуги не як кінцевого результату виробництва, а на кожному етапі її створення;
- створення бізнес-планів;
- розробка клінічних стандартів;
- визначення періодичності та змісту внутрішнього аудиту як основного інструменту контролю результативності та ефективності функціонування ЗОЗ загалом;
- визначення економічної мотивації до праці, матеріального стимулювання, гідної оплати праці медичного персоналу;
- забезпечення включення персоналу до менеджменту якості з націленістю на загальний результат;
- постійне підвищення кваліфікації та вдосконалення персоналу;
- впровадження сучасних медичних технологій.

III етап. Організація результату діяльності ЗОЗ:

- забезпечення відповідності послуг стандартам, попитові, вимогам ринку, потребам пацієнтів;
- забезпечення вивчення попиту на медичні послуги;
- проведення моніторингу задоволеності пацієнтів (анкетування);
- проведення моніторингу здоров'я населення.

Розроблені організаційно-методологічні підходи до оптимізації управління якістю медичної допомоги у комунальному стоматологічному ЗОЗ на основі механізму ДПП дозволили розробити комплексну функціонально-організаційну систему управління якістю медичної допомоги у комунальному стоматологічному ЗОЗ.

Для управління якістю медичної допомоги у новій системі стоматологічних ЗОЗ на основі механізму ДПП пропонується системний механізм внутрішнього аудиту.

Аудит визначається як систематичний, незалежний і документований процес отримання та об'єктивного оцінювання інформації з метою встановлення ступеня відповідності узгодженим критеріям якості (сукупність політик, процедур або вимог) [172].

Важливість процесів внутрішнього аудиту зумовлена необхідністю підтримання у ЗОЗ системи управління якістю в режимі неперервного покращення [261]. Відтак аудит повинен мати регулярний характер.

Система аудиту медичної організації містить два базові елементи – службу внутрішнього аудиту та документовані процедури його проведення. Мета служби внутрішнього аудиту – організація контролю якості процесу надання медичної послуги, а також якості кінцевого продукту у вигляді задоволеного пацієнта.

Внутрішній аудит є інструментом контролю результативності, ефективності та безпеки функціонування структури ЗОЗ, процесу та результативності як окремих співробітників та підрозділів, так і ЗОЗ загалом.

У дослідженні ми пропонуємо використовувати системний підхід, розглядаючи аудит структури і процесу та його результат.

Аудит структури. У п. 2.4 ДСТУ ISO 9000 вказується: «Для того, щоб результативніше функціонувати, організація має визначати і здійснювати менеджмент численних взаємопов'язаних та взаємодіючих процесів» [101]. Часто вихід одного процесу є безпосереднім входом наступного. Так, процес створення структури господарськи і юридично самостійного ЗОЗ на основі

ДПП завершується входом в інший процес – створення сучасного лікувально-діагностичного комплексу з сучасним обладнанням та відповідної оптимізації управління якістю медичної допомоги. Менеджмент процесів, що застосовуються у дослідженні, і особливо взаємодія цих процесів можуть розглядатися як процесний підхід.

Аудит процесу – це аналітичні заходи, спрямовані на всебічний аналіз поточної ситуації виробничого та допоміжного процесів і проблемних місць, виявлення проблем при плануванні, реалізації бізнес-планів, клінічних стандартів та моніторингу їхнього здійснення.

Результат аудиту (audit finding) – результат оцінювання зібраних аудиторських даних, укладених за прийнятими критеріями аудиту.

Організаційно-методологічний підхід до формування менеджменту якості у стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП є сукупністю організаційно-методичних заходів, методів і засобів, спрямованих на створення економічно ефективної моделі стоматологічних ЗОЗ та ефективного процесу управління – тобто створення нового суб'єкта, здатного впливати на якість послуг об'єкта.

Організація ЗОЗ на принципах ДПП та надання якісних послуг потребують розробки концептуальних напрямків оптимізації системи управління якістю функціонування ЗОЗ.

Метою концептуальних напрямків є створення системи управління у ЗОЗ, як обґрунтовує раціональні підходи до оптимізації системи управління якістю у ЗОЗ в організаційному, виробничому та управлінському плані.

Ми виокремлюємо два організаційно-методичні напрямки, що формують систему менеджменту якості у стоматологічних ЗОЗ:

1) організаційно-економічний напрямок, який забезпечує процес організації ЗОЗ на принципах ДПП;

2) виробничий організаційно-методичний напрямок, який містить заходи, методи та засоби, що забезпечують процес виробництва якісних медичних послуг у ЗОЗ.

Організаційно-економічний напрямок обґрунтовує впровадження економічних принципів і методів управління, інноваційного механізму фінансування, добір професійних кадрів, орієнтованих на пацієнта.

Виробничий організаційно-методичний напрямок має на меті оптимізацію процесу виробництва якісних медичних послуг у ЗОЗ. Він потребує розробки організаційно-методичного забезпечення, що формує ефективний процес управління якістю у ЗОЗ на принципах ДПП, і має надавати систему цільових індикаторів управління та методику їхнього оцінювання.

Система індикаторів та їхній моніторинг відкривають нові обрії у проведенні управлінської політики та надають можливість порівняти хиби у праці на різних рівнях управління, намітити плани щодо їхнього усунення, розробити алгоритм покращення послуг, що надаються.

Для проведення моніторингу та оцінки якості управління у динаміці у ЗОЗ має бути створена експертна рада з управління якістю.

Загальне управління якістю функціонування ЗОЗ має формуватися на базі цільових блоків управління (про це детальніше у розділі 5.2).

Для оптимального функціонування системи загального менеджменту якості у стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП має бути проведена регламентація – процес розробки нормативних документів щодо діяльності ЗОЗ і встановлення правил, які визначають порядок функціонування системи менеджменту якості.

Регламентація функціонування системи управління якістю у ЗОЗ має наступні цілі:

- уточнення порядку та процедури діяльності ЗОЗ;
- уточнення складу підрозділів і апарату управління, розподіл завдань, обов'язків, прав та відповідальності між конкретними виконавцями;
- визначення кваліфікаційного складу працівників, розрахунок чисельності працівників кожного підрозділу;
- розробка штатного розкладу;
- визначення порядку взаємодії підрозділів та конкретних посад тощо.

Обов'язковим треба вважати впровадження у ЗОЗ АСУ та сучасних інформаційно-аналітичних технологій.

Необхідна розробка механізмів і умов практичної реалізації організаційно-методологічних підходів до формування системи менеджменту якості у ЗОЗ. Вони мають здійснюватися на основі:

- законодавчих актів, що регламентують діяльність зі збору та узагальнення інформації про стан менеджменту якості у ЗОЗ;
- планування заходів зі створення системи менеджменту якості у ЗОЗ;
- розробки механізмів стимулювання діяльності з забезпечення менеджменту якості;
- проведення експертиз та оцінювання впливу на стан менеджменту якості економічних та організаційних інновацій у системі ЗОЗ;
- моніторингу результатів діяльності служб ЗОЗ, узагальнення результатів, прийняття рішень щодо оптимізації менеджменту якості.

Реалізація організаційно-методологічних підходів до формування системи менеджменту якості у ЗОЗ як сукупності організаційно-методичних заходів, методів і засобів, спрямованих на створення економічно ефективної моделі стоматологічних ЗОЗ та ефективного процесу управління, дозволить досягнути позитивних результатів у:

- покращенні менеджменту якості у системі ЗОЗ;
- забезпеченні умов для реалізації прав громадян на отримання медичної допомоги належного обсягу та якості;
- оптимізації витрачання бюджетних і позабюджетних коштів, призначених на оплату медичних послуг;
- зменшенні рівня соціальної напруженості.

Висновки до розділу 2

1. Програма дослідження та його завдання передбачали здійснення:

- системно-історичного аналізу світових і вітчизняних наукових джерел щодо сучасного стану та проблем організації управління якістю медичної допомоги;

- комплексного аналізу мережі та ролі кадрового ресурсу в забезпеченні якості медичної допомоги у стоматологічних організаціях м. Києва;

- аналізу потреби населення України у стоматологічній допомозі та оцінювання її доступності;

- аналізу діяльності стоматологічних закладів комунальної власності та якості стоматологічної допомоги у них;

- вивчення стану організації та якості стоматологічної допомоги за матеріалами соціологічних досліджень пацієнтів та лікарів-стоматологів державних / муніципальних установ та закладів приватної форми власності, а також експертної оцінки;

- наукового обґрунтування концептуальних напрямків удосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ на засадах ДПП;

- наукового обґрунтування та розробки комплексного організаційно-методологічного підходу до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП, проведення його експертної оцінки та прогнозової ефективності.

2. Об'єктом дослідження була організація забезпечення якості медичної допомоги у системі стоматологічних медичних організацій державної / муніципальної та приватної форм власності в Україні, а також система забезпечення якості медичної допомоги за кордоном.

3. Основними джерелами інформації у виконаному дослідженні були матеріали державної та галузевої статистичної звітності (звітні форми ф. № 17, ф. № 20, ф. № 47), спеціально розроблені анкети для соціологічного

дослідження населення та лікарів, карти експертної оцінки, нормативні документи, які регламентують надання населенню стоматологічної допомоги.

4. Виконання програми дослідження забезпечувалося використанням відповідного методичного інструментарію: системного підходу та системного аналізу на всіх етапах дослідження, соціологічного та медико-статистичного методів, експертних оцінок, методу моделювання.

5. Таким чином, розроблена програма дослідження та обраний методичний інструментарій були спрямовані на вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою наукового обґрунтування та розробки комплексного організаційно-методологічного підходу до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП.

При написанні цього розділу були використані наступні джерела інформації: 191, 192,193,173, 47, 53, 127, 210, 223, 117, 226, 230, 172, 79,89,3,12, 101.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ МЕРЕЖІ, КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ДІЯЛЬНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ КОМУНАЛЬНОЇ / ДЕРЖАВНОЇ ВЛАСНОСТІ, ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Аналіз мережі закладів комунальної / державної власності, які надають стоматологічну допомогу населенню

В Україні функціонує розвинена мережа закладів комунальної / державної власності, які надають стоматологічну допомогу населенню. Станом на 1 січня 2021 року мережа налічувала 1151 заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), з них 168 самостійних стоматологічних поліклінік та 983 лікувально-профілактичні заклади, у структурі яких були наявні стоматологічні відділення або кабінети (табл. 3.1). Впродовж 2010–2020 рр. чисельність самостійних стоматологічних поліклінік вагомо зменшилася за рахунок їхньої реорганізації у відділення центральних районних або міських лікарень. Суттєве скорочення кількості закладів, які мають у своєму складі стоматологічні відділення (кабінети), відбулося переважно за рахунок сільських лікарняних амбулаторій, які увійшли як структурні підрозділи до складу Центрів первинної медико-санітарної допомоги та інших закладів, а раніше враховувалися як самостійні заклади. Порівняно з 2010 роком мережа самостійних поліклінік скоротилася на 39,8% (279 у 2010 р.), а кабінетів – майже у 4 рази (4644 у 2010 р.).

Слід відзначити, що аналогічні зміни відбулися у мережі комунальних (державних) закладів, які надають стоматологічну допомогу, у всіх регіонах України. Впродовж періоду спостереження найбільш вагомо чисельність самостійних поліклінік скоротилася у м. Києві (на 76,5%, з 17 до 4), у Хмельницькій (на 66,7%, з 6 до 2) та Одеській (на 66,7%, з 17 до 7) областях (дані тимчасово окупованих територій України при аналізі не враховані). Найменшого скорочення зазнала мережа самостійних стоматологічних поліклінік у Львівській та Харківській областях.

Мережа комунальних (державних) ЗОЗ, які надають стоматологічну допомогу населенню, у 2010–2020 рр.

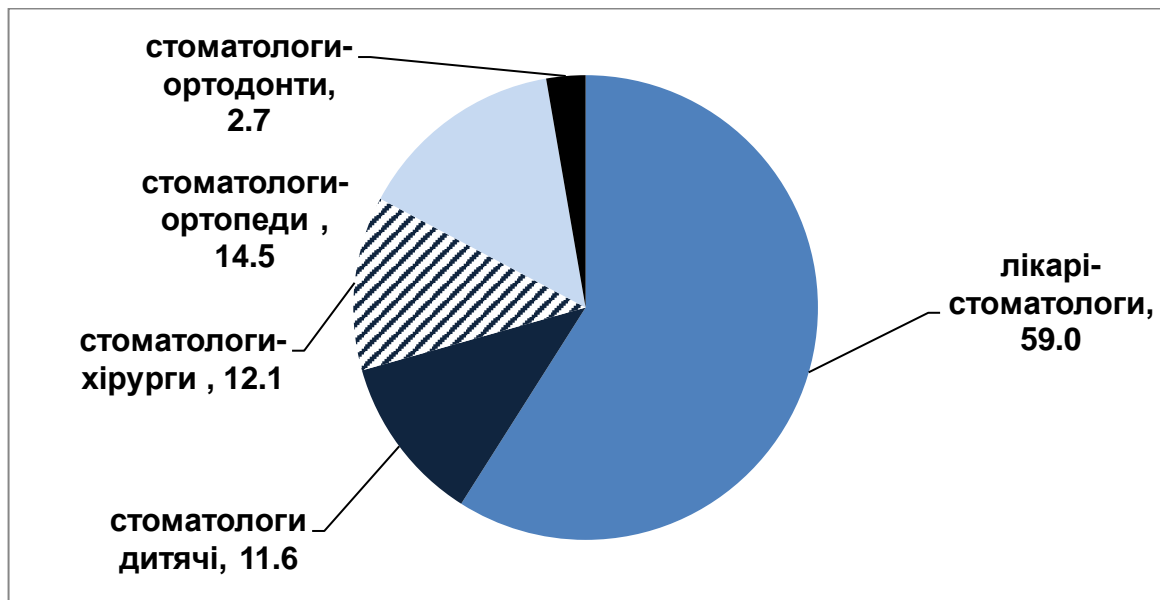
| № п/п | Адміністративні території | Кількість самостійних стоматологічних поліклінік | | | | ЗОЗ, які мають стоматологічні відділення (кабінети) | | | |
|------------|---------------------------|--|------------|-------------|--------------|---|------------|--------------|--------------|
| | | 2010 | 2020 | АПр | Тпр (%) | 2010 | 2020 | АПр | Тпр (%) |
| 1. | Вінницька | 9 | 8 | -1 | -11,1 | 214 | 35 | -179 | -83,6 |
| 2. | Волинська | 6 | 5 | -1 | -16,7 | 128 | 28 | -100 | -78,1 |
| 3. | Дніпропетровська | 23 | 16 | -7 | -30,4 | 202 | 62 | -140 | -69,3 |
| 4. | Донецька | 41 | 13 | -28 | -68,3 | 249 | 28 | -221 | -88,8 |
| 5. | Житомирська | 14 | 10 | -4 | -28,6 | 169 | 38 | -131 | -77,5 |
| 6. | Закарпатська | 4 | 2 | -2 | -50,0 | 239 | 28 | -211 | -88,3 |
| 7. | Запорізька | 10 | 9 | -1 | -10,0 | 98 | 36 | -62 | -63,3 |
| 8. | Івано-Франківська | 7 | 4 | -3 | -42,9 | 187 | 48 | -139 | -74,3 |
| 9. | Київська | 7 | 9 | 2 | 28,6 | 260 | 45 | -215 | -82,7 |
| 10. | Кіровоградська | 6 | 4 | -2 | -33,3 | 113 | 31 | -82 | -72,6 |
| 11. | Луганська | 20 | 2 | -18 | -90,0 | 127 | 16 | -111 | -87,4 |
| 12. | Львівська | 16 | 15 | -1 | -6,3 | 303 | 83 | -220 | -72,6 |
| 13. | Миколаївська | 3 | 2 | -1 | -33,3 | 108 | 28 | -80 | -74,1 |
| 14. | Одеська | 17 | 7 | -10 | -58,8 | 232 | 64 | -168 | -72,4 |
| 15. | Полтавська | 8 | 8 | 0 | 0,0 | 272 | 34 | -238 | -87,5 |
| 16. | Рівненська | 13 | 10 | -3 | -23,1 | 142 | 31 | -111 | -78,2 |
| 17. | Сумська | 6 | 5 | -1 | -16,7 | 123 | 36 | -87 | -70,7 |
| 18. | Тернопільська | 8 | 4 | -4 | -50,0 | 172 | 41 | -131 | -76,2 |
| 19. | Харківська | 11 | 12 | 1 | 9,1 | 225 | 71 | -154 | -68,4 |
| 20. | Херсонська | 3 | 3 | 0 | 0,0 | 104 | 23 | -81 | -77,9 |
| 21. | Хмельницька | 6 | 2 | -4 | -66,7 | 185 | 35 | -150 | -81,1 |
| 22. | Черкаська | 6 | 5 | -1 | -16,7 | 182 | 39 | -143 | -78,6 |
| 23. | Чернівецька | 3 | 4 | 1 | 33,3 | 157 | 30 | -127 | -80,9 |
| 24. | Чернігівська | 5 | 5 | 0 | 0,0 | 135 | 33 | -102 | -75,6 |
| 25. | м. Київ | 17 | 4 | -13 | -76,5 | 89 | 40 | -49 | -55,1 |
| 26. | Україна | 279 | 168 | -111 | -39,8 | 4644 | 983 | -3661 | -78,8 |

Чисельність ЗОЗ, які мають у своєму складі стоматологічні відділення або кабінети, найбільш суттєво скоротилася у Закарпатській (на 88,3%) та Полтавській (на 87,5%) областях, найменше – у м. Києві (на 55,1%). Але навіть у м. Києві кількість стоматологічних відділень (кабінетів) зменшилася більш ніж наполовину.

Слід відзначити, що впродовж періоду спостереження мережа приватних стоматологічних структур постійно розширювалася, і станом на 01.01.2021 р. стоматологічну допомогу населенню України надавали 617 самостійних стоматологічних поліклінік та 4467 стоматологічних кабінетів приватної форми власності.

3.2. Кадрові ресурси як складова забезпечення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню України

Аналіз кадрових ресурсів, здійснений за матеріалами форм державної статистичної звітності, засвідчив, що станом на 01.01.2021 р. в Україні у ЗОЗ комунальної (державної) власності працював 12601 лікар-стоматолог (фізична особа). Серед усієї стоматологічної групи лікарів 59% складали лікарі-стоматологи, 11,6% – лікарі-стоматологи дитячі, 12,1% – стоматологи-хірурги, 14,5% – стоматологи-ортопеди та 2,7% – стоматологи-ортоданти (мал. 3.1).



Мал. 3. 1. Структура стоматологічних кадрів у ЗОЗ комунальної (державної) власності, Україна, 2020 р. (у %)

Важливою ресурсною складовою забезпечення доступності стоматологічної допомоги є наявність достатньої кількості фахівців у розрахунку на 10 000 осіб населення.

Забезпеченість населення лікарями-стоматологами, які працювали у ЗОЗ комунальної (державної) власності, в Україні становила у 2020 р. 3,04 лікарів-стоматологів на 10000 осіб населення.

Динамічний аналіз виявив суттєве скорочення (на 8712 осіб або на 40,9%) у 2020 р., порівняно з 2010 р., чисельності лікарів-стоматологів, які працювали у ЗОЗ комунальної (державної) власності (табл. 3.2). Ця тенденція мала місце як серед усієї стоматологічної групи фахівців, так і за всіма стоматологічними спеціальностями. За десять років забезпеченість населення лікарями-стоматологами у розрахунку на 10 тис. осіб населення скоротилася на 37,7%, дитячими лікарями-стоматологами – на 20,5%, стоматологами-хірургами – на 11,9%, стоматологами-ортопедами – на 35,3%, стоматологами-ортодонтами – на 33,3%.

Таблиця 3.2.

Динаміка чисельності лікарів-стоматологів у ЗОЗ комунальної (державної) власності та забезпеченості ними населення України

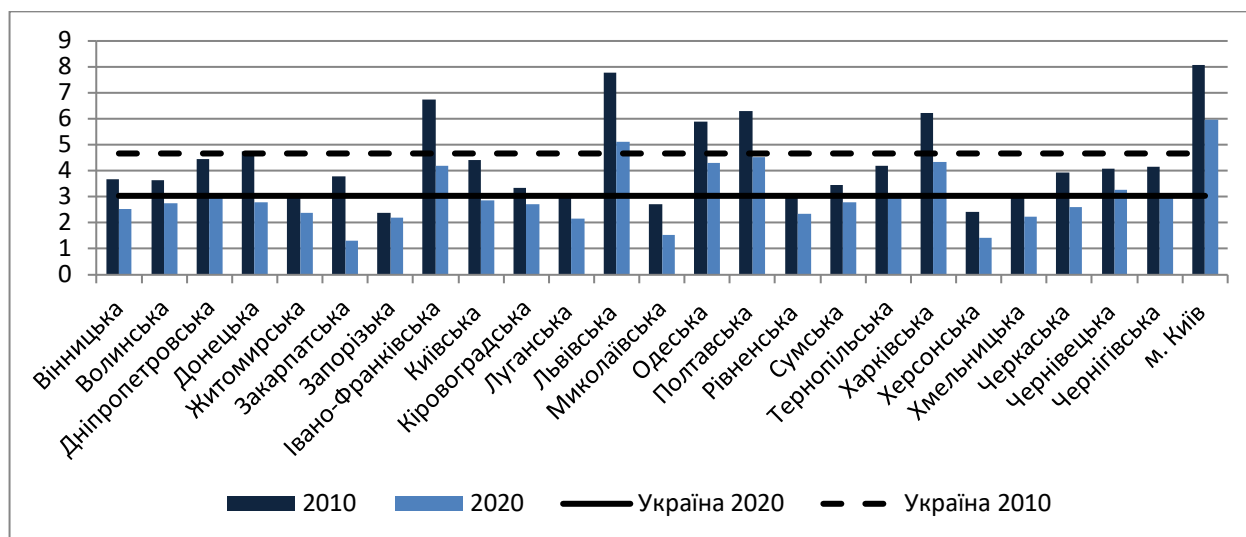
| Спеціальність / рік | 2010 р. | | 2015 р. | | 2020 р. | | ТПр* (у %) | ТПр** (у %) |
|-------------------------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------------|----------------|
| | Абс | на 10000 | абс | на 10000 | абс | на 10000 | | |
| лікарі-стоматологи | 15729 | 3,45 | 14758 | 3,47 | 8 901 | 2,15 | -43,4 | -37,7 |
| у т. ч. стоматологи дитячі | 2028 | 0,44 | 1780 | 0,42 | 1 467 | 0,35 | -27,7 | -20,5 |
| стоматологи-хірурги | 1924 | 0,42 | 1667 | 0,39 | 1 527 | 0,37 | -20,6 | -11,9 |
| стоматологи- ортопеди | 3120 | 0,68 | 2520 | 0,59 | 1 830 | 0,44 | -41,3 | -35,3 |
| стоматологи- ортоданти | 540 | 0,12 | 459 | 0,11 | 343 | 0,08 | -36,5 | -33,3 |
| стоматологи (уся група) | 21313 | 4,67 | 19404 | 4,56 | 12 601 | 3,04 | -40,9 | -34,9 |

*- темп приросту / скорочення абсолютної кількості лікарів-стоматологів у 2020 р., порівняно з 2010 р.

** - темп приросту / скорочення показника забезпеченості населення України лікарями-стоматологами у 2020 р., порівняно з 2010 р.

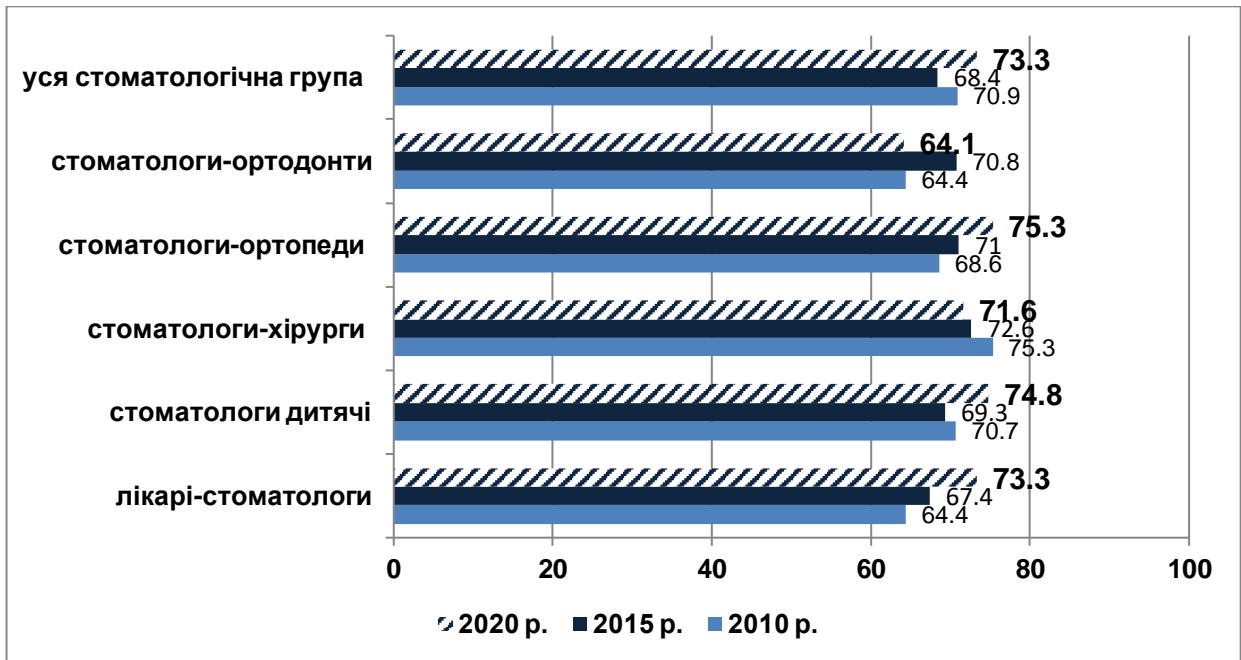
Аналіз територіальних особливостей забезпеченості населення України лікарями-стоматологами засвідчив високу варіацію цього показника у регіонах України (коефіцієнт регіональної варіації склав 37,9%). У 2020 р. забезпеченість населення лікарями-стоматологами у розрахунку на 10000 осіб

населення коливалася від мінімального рівня 1,3 у Закарпатській області до 5,98 у м. Києві (мал. 3.2). Динамічні зміни цього показника були односпрямованими – зниження забезпеченості населення лікарями-стоматологами мало місце у всіх областях України, але найбільш вагомим воно було у Закарпатській області (на 65,8%).



Мал. 3.2. Територіальні особливості забезпеченості населення України лікарями-стоматологами, які працюють у ЗОЗ комунальної (державної) власності, 2010, 2020 рр. (рівні на 10 000 осіб населення)

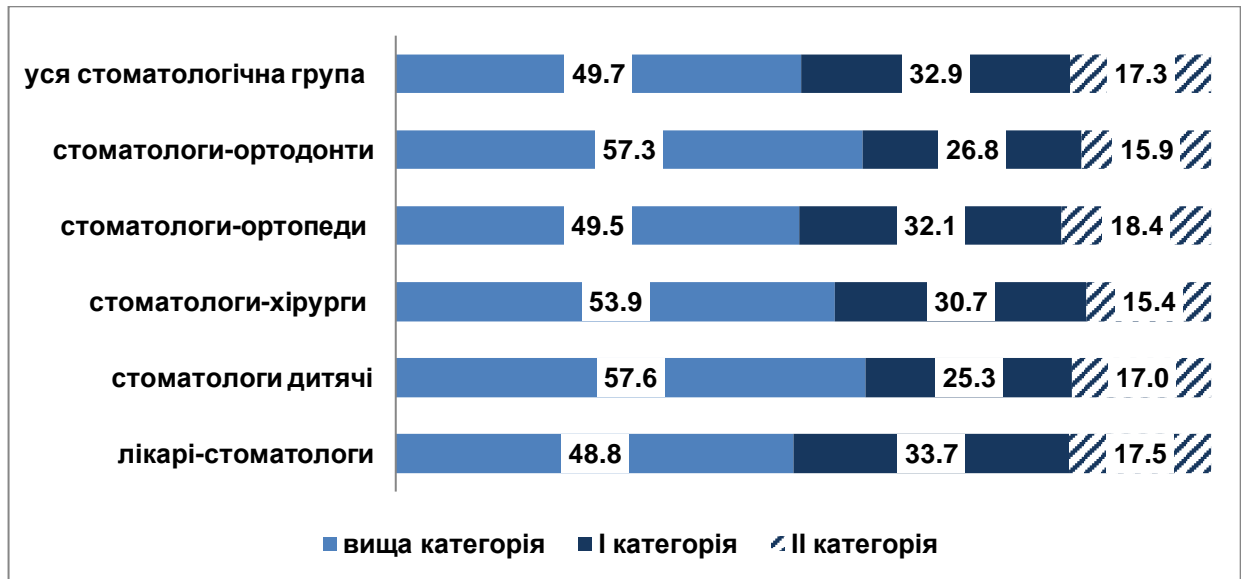
Важливим чинником, який впливає на якість стоматологічної допомоги, є кваліфікація лікарів-стоматологів. Встановлено, що станом на 01.01.2021 р. кваліфікаційні категорії мали близько $\frac{3}{4}$ лікарів-стоматологів (73,3%). Частка атестованих осіб серед лікарів-стоматологів перевищує аналогічний показник серед лікарів усіх спеціальностей (67,2%). Аналіз стану атестації стоматологічної групи лікарів у розрізі окремих спеціальностей засвідчив, що найбільшою є частка атестованих серед стоматологів-ортопедів (75,3%), а найнижчою – серед стоматологів-ортодонтів (64,1%) (мал. 3.3).



Мал. 3.3. Відсоток атестованих лікарів-стоматологів у ЗОЗ комунальної (державної) власності, Україна, 2010, 2015, 2020 рр. (у %)

За 10 років зросла частка атестованих фахівців серед лікарів-стоматологів, у т. ч. дитячих, серед стоматологів-ортопедів, і зменшилася – серед стоматологів-хірургів і стоматологів-ортодонтів.

Аналіз розподілу атестованих лікарів-стоматологів за кваліфікаційними категоріями виявив стабільні у часі й однотипні для всіх стоматологічних спеціальностей особливості: приблизно половина лікарів-стоматологів мала вищу категорію, кожний 3–4-й стоматолог – першу, 5–6-й – другу кваліфікаційну категорію. Найвищою була частка фахівців із вищою кваліфікаційною категорією серед дитячих лікарів-стоматологів (57,6%) і стоматологів-ортодонтів (57,3%) (мал. 3.4).



Мал. 3.4. Розподіл лікарів-стоматологів у ЗОЗ комунальної (державної) власності за кваліфікаційними категоріями, Україна, 2020 р.

Впродовж останніх десятиліть відбулися суттєві зміни у мережі стоматологічних закладів, які вплинули на розподіл лікарів-стоматологів між державним і приватним секторами стоматологічної допомоги.

Аналіз розподілу штатних посад лікарів-стоматологів між різними типами стоматологічних закладів в Україні засвідчив, що на початку періоду спостереження у 2010 році переважна більшість посад (15911,75 або 70,3%) була зосереджена у ЗОЗ комунальної (державної) власності, а у 2020 р. вже більше половини (9239,0 або 54,2%) посад лікарів-стоматологів припадало на стоматологічні заклади приватної власності. За 10 років кількість посад у ЗОЗ комунальної (державної) власності скоротилася на 50,9%, а у приватних закладах – зросла на 37,4% (табл. 3.3).

Таблиця 3.3. Порівняльна характеристика штатів лікарів-стоматологів у закладах різної форми власності в Україні

| Вид закладів / рік | 2010 р. | 2015 р. | 2020 р. | АПр 2020/2010 | ТПр (у%) 2020/2010 |
|--|----------|---------|----------|---------------|--------------------|
| Лікарі-стоматологи | | | | | |
| Кількість штатних посад (абс.) | | | | | |
| комунальні | 15911,75 | 13239,5 | 7 819,50 | -8092,25 | -50,86 |
| приватні | 6724,75 | 6917,75 | 9 239,00 | 2514,25 | 37,39 |
| Кількість зайнятих посад (абс.) | | | | | |
| комунальні | 14841,25 | 12577,5 | 6 802,50 | -8038,75 | -54,16 |
| приватні | 6462,25 | 6691,33 | 8 892,00 | 2429,75 | 37,60 |
| Кількість фізичних осіб (абс.) | | | | | |
| комунальні | 16105 | 14660 | 8 031 | -8074,00 | -50,13 |
| приватні | 6349 | 6311 | 8 662 | 2313,00 | 36,43 |
| Укомплектованість штатних посад (у %) | | | | | |
| комунальні | 93,27 | 95,00 | 86,99 | -6,28 | -6,73 |
| приватні | 96,10 | 96,73 | 96,24 | 0,15 | 0,15 |
| Коефіцієнт сумісництва | | | | | |
| комунальні | 0,92 | 0,86 | 0,85 | -0,07 | -8,08 |
| приватні | 1,02 | 1,06 | 1,03 | 0,01 | 0,86 |

Динамічний аналіз чисельності фізичних осіб лікарів-стоматологів, працевлаштованих у закладах різної форми власності, показав, що за 10 років кількість лікарів-стоматологів зменшилася у ЗОЗ комунальної (державної) власності на 8074 осіб (на 50,1%), а у приватних – зросла на 2313 осіб (на 36,4%).

Укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів у ЗОЗ комунальної (державної) власності знизилася впродовж періоду спостереження з 93,3% до 86,9%, а у приватних – залишалася стабільною на рівні 96,0%.

Незважаючи на скорочення мережі та кількості лікарів-стоматологів у ЗОЗ комунальної (державної) власності, комунальний сектор стоматологічної служби залишається лідером щодо обсягу наданої стоматологічної допомоги населенню країни (у 2020 р. лікарі-стоматологи цих закладів обслужили переважну більшість (63,1%) від усіх стоматологічних відвідувань). У той же час слід відзначити тенденцію до скорочення середньої кількості відвідувань у

розрахунку на одного дорослого мешканця з 0,9 у 2010 р. до 0,3 у 2020 р. і з 1,7 до 0,5 на одну дитину відповідно, що свідчить про зниження доступності стоматологічної допомоги для населення України.

Компаративний аналіз середнього навантаження лікарів-стоматологів у залежності від типу закладів виявив суттєві відмінності. Встановлено, що впродовж усього періоду спостереження у ЗОЗ комунальної (державної) власності на одного лікаря-стоматолога припадало у 2,2–2,9 рази більше відвідувань, ніж у приватних закладах (табл. 3.4). Зниження середньої кількості відвідувань на одну зайняту посаду лікаря-стоматолога у всіх видах стоматологічних закладів у 2020 р. можна пояснити епідемією COVID-19.

Таблиця 3.4

Середня кількість відвідувань на одну зайняту посаду лікаря-стоматолога в Україні у різних типах стоматологічних закладів

| Тип закладу / рік | 2010 р. | 2015 р. | 2019 р. | 2020 р. |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|
| Комунальні заклади | 2497,7 | 2441,9 | 2 359,7 | 1 658,3 |
| Приватні заклади | 925,6 | 824,9 | 888,5 | 749,6 |

Різниця у часі, відведеному на прийом одного пацієнта лікарем-стоматологом у приватних та комунальних / державних закладах, є вагомим чинником, який диференціює навантаження лікарів та якість наданої ними стоматологічної допомоги.

Аналіз посад зубних техніків засвідчив, що станом на 2020 р. у бюджетних кабінетах та відділеннях комунальних ЗОЗ було передбачено 500,0 штатних посад, а у госпрозрахункових – 1507,75 (табл. 3.5). Порівняно з 2010 р. кількість штатних посад скоротилася у бюджетних та госпрозрахункових стоматологічних кабінетах на 37,9% і 58,7% відповідно.

Порівняльна характеристика штатів зубних техніків у закладах різної форми власності в Україні

| Вид закладів/ рік | 2010 р. | 2015 р. | 2020 р. | АПр 2020/2010 | ТПр (у %) 2020/2010 |
|---------------------------------|---------|---------|----------|------------------|------------------------|
| Зубні техніки | | | | | |
| Кількість штатних посад (абс.) | | | | | |
| Комун. (бюджет) | 805,25 | 695,50 | 500,00 | -305,25 | -37,9 |
| Комун. (госпр.) | 4625,25 | 3365,5 | 1 912,50 | -2712,75 | -58,7 |
| Приватні | 788,25 | 477,75 | 459,00 | -329,25 | -41,8 |
| Кількість зайнятих посад (абс.) | | | | | |
| Комун. (бюджет) | 773,00 | 650,75 | 411,75 | -361,25 | -46,7 |
| Комун. (госпр.) | 3992,60 | 2807,50 | 1 507,75 | -2484,85 | -62,2 |
| Приватні | 739,50 | 467,50 | 443,25 | -296,25 | -40,1 |
| Кількість фізичних осіб (абс.) | | | | | |
| Комун. (бюджет) | 863 | 741 | 475 | -388 | -45,0 |
| Комун. (госпр.) | 5480 | 3792 | 2020 | -3460 | -63,1 |
| Приватні | 788 | 504 | 453 | -335 | -42,5 |
| Укомплектованість посад (у %) | | | | | |
| Комун. (бюджет) | 96,0 | 93,6 | 82,4 | -13,6 | -14,2 |
| Комун. (госпр.) | 86,3 | 83,4 | 78,8 | -7,5 | -8,7 |
| Приватні | 93,8 | 97,9 | 96,6 | 2,8 | 2,9 |
| Коефіцієнт сумісництва | | | | | |
| Комун. (бюджет) | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,0 | 0,0 |
| Комун. (госпр.) | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Приватні | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,1 | 11,1 |

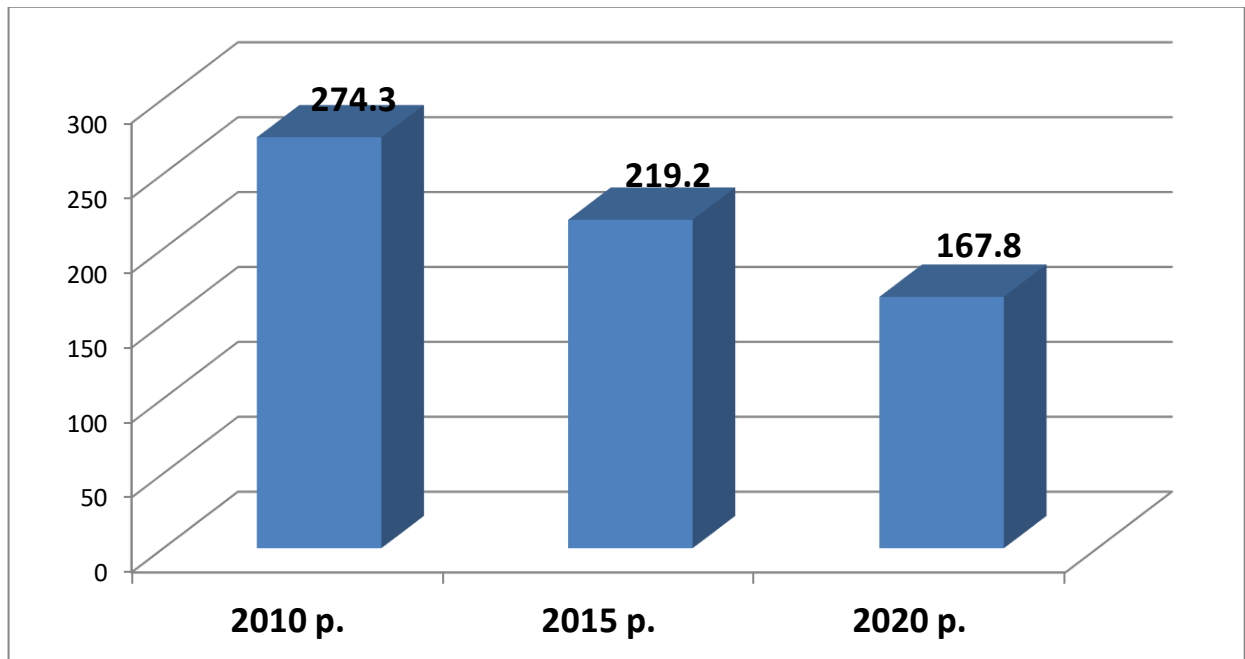
Динамічний аналіз чисельності фізичних осіб зубних техніків показав, що за 10 років кількість зубних техніків, працевлаштованих у бюджетних підрозділах, зменшилася на 45% (з 863 у 2010 р. до 475 у 2020 р.), а у госпрозрахункових – на 63,1% (з 5480 у 2010 р. до 2020 у 2020 р.)

Укомплектованість зубними техніками бюджетних стоматологічних відділень (кабінетів) за період спостереження скоротилася з 96% до 82,4%, а у госпрозрахункових підрозділах – з 86,3% до 78,8%.

Кількість штатних посад у приватних стоматологічних закладах також скоротилася впродовж 2010–2020 рр., але укомплектованість штатних посад зайнятими залишилася на доволі високому рівні – 96,6%.

Скорочення штатних посад зубних техніків у закладах усіх форм власності обумовлене запровадженням нових технологій виготовлення зубних протезів.

Про суттєве зниження навантаження зубних техніків у ЗОЗ комунальної власності свідчать презентовані на мал. 3.5 дані, які демонструють, що кількість зубних протезів, виготовлених на одну зайняту посаду зубного техника за рік, знизилася з 274,3 у 2010 р. до 167,8 у 2020 р. (на 38,8%).



Мал. 3.5 Кількість зубних протезів, виготовлених на одну зайняту посаду зубного техника на рік у ЗОЗ комунальної власності в Україні

Таким чином, здійснений аналіз кадрових ресурсів ЗОЗ комунальної (державної) власності засвідчив стабільну тенденцію до скорочення чисельності штатних посад лікарів-стоматологів і зубних техніків та їхньої укомплектованості у комунальному секторі стоматологічної допомоги, скорочення чисельності лікарів-стоматологів та зубних техніків (фізичних осіб), зниження показника забезпеченості населення лікарями-стоматологами

усіх спеціальностей, а також вагому регіональну варіацію показника забезпеченості населення лікарями-стоматологами в Україні.

Причинами суттєвого скорочення кадрового потенціалу стоматологічної служби системи МОЗ України є реструктуризація мережі комунальних закладів, вплив лікарів-стоматологів до приватного сектора стоматології, трудова міграція лікарів за кордон. У майбутньому проблема може загостритися через скорочення обсягів підготовки лікарів-стоматологів.

Вирішення проблеми забезпечення населення України доступною та якісною стоматологічною допомогою вимагає розробки ефективної кадрової політики у сфері охорони стоматологічного здоров'я, збереження кадрового потенціалу комунального сектора стоматології, забезпечення достойної оплати праці медичних працівників, їхньої соціальної захищеності та дотримання прав, створення належних умов праці, запровадження адекватної системи мотивації фахівців до надання якісної стоматологічної допомоги.

3.3. Аналіз потреби населення України у стоматологічній допомозі та оцінка її доступності.

Населення України має дуже високу потребу у стоматологічній допомозі, обумовлену значною інтенсивністю ураження як дорослих, так і дітей стоматологічними захворюваннями [120,121]. Зокрема, поширеність карієсу зубів тимчасового прикусу у 6-річних дітей становить 87,9% (у країнах Євросоюзу – 20%) за інтенсивності ураження КПВЗ – 4,6; поширеність карієсу зубів постійного прикусу у 12-річних дітей – 72,3% за інтенсивності ураження КПВЗ – 2,75 (в країнах Євросоюзу – 1,5) [192].

Збереження стоматологічного здоров'я становить не тільки медичну, а й актуальну соціальну проблему України, яка потребує нагального вирішення.

Провідне значення у збереженні стоматологічного здоров'я населення належить профілактичній роботі, а саме: проведенню обов'язкових профілактичних оглядів, здійсненню планової санації населення, запровадження системи гігієнічного навчання та виховання населення у питаннях стоматологічного здоров'я.

Слід відзначити, що попри велику потребу у стоматологічній допомозі (стоматологічного лікування потребують 60% дорослого і 50% дитячого населення), впродовж 2010–2020 рр. вагомо скоротився обсяг профілактичної роботи, яка проводиться у ЗОЗ комунальної власності.

У 2020 році лікарями-стоматологами у комунальних закладах охорони здоров'я України було оглянуто 2242747 дорослих осіб (що становило лише 6,6% від загальної чисельності населення віком старше 18 років) та 1297750 дітей (17,2% від чисельності дитячого населення) (Мал. 3.6). Порівняно з 2010 р., питома вага осіб, оглянутих за рік лікарями-стоматологами у ЗОЗ комунальної (державної) власності, знизилася на 15,3% серед дорослих і на 54,4% серед дітей.



Мал. 3.6. Динаміка питомої ваги планово оглянутих серед дорослого та дитячого населення України (у % до відповідної кількості населення)

Аналіз зазначених показників у регіональному аспекті (табл. 3.6) засвідчив, що у 2020 р. частка дорослих жителів, оглянутих лікарем-стоматологом, коливалася від мінімального значення – 3,1% – у Запорізькій області до максимального – 13,9% – у Чернігівській області. Серед дітей діапазон коливання цього показника був ще ширшим: від 7,4% у Рівненській області до 34,1% у м. Києві.

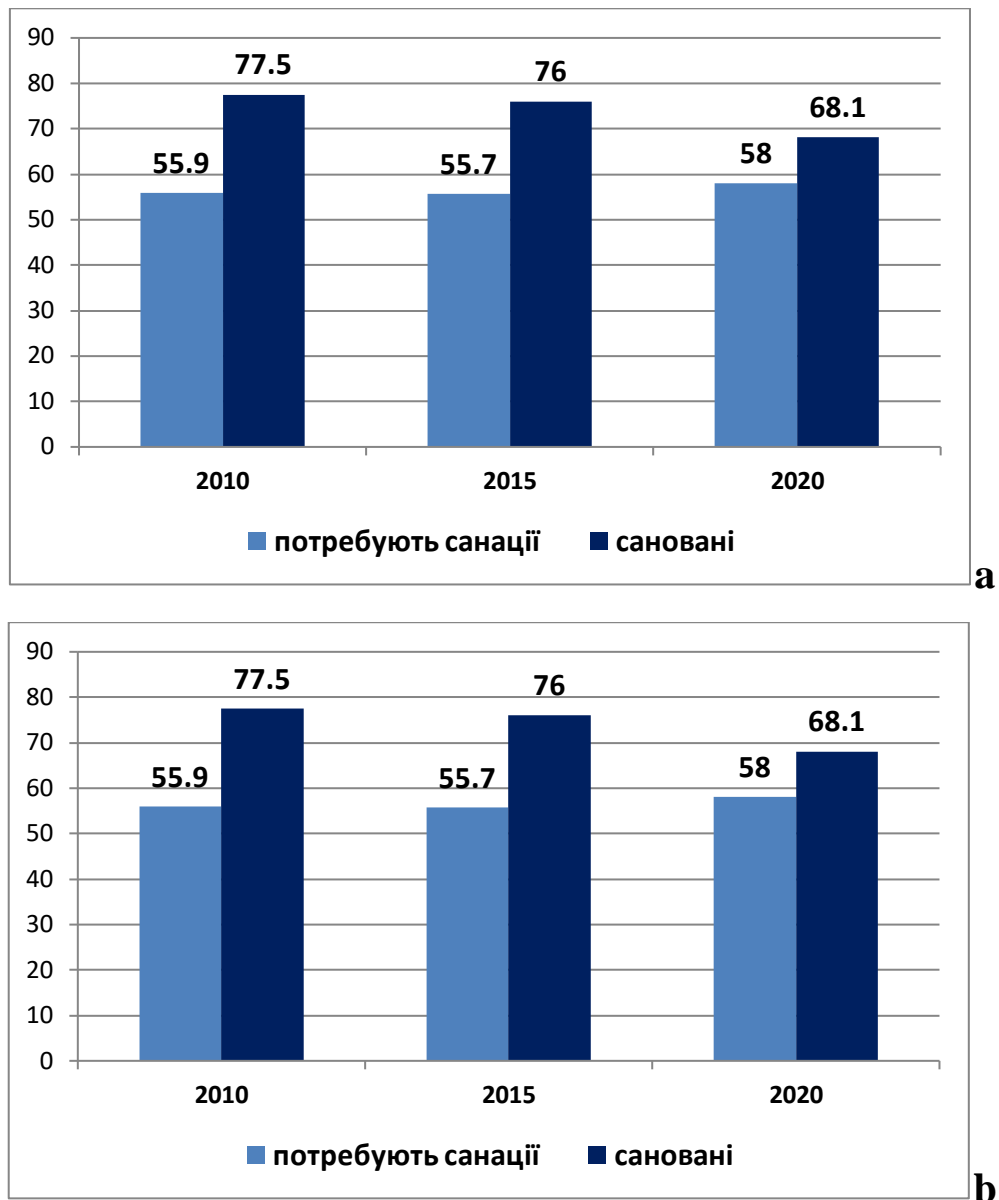
Проте у всіх регіонах України виявлена односпрямована динаміка питомої ваги планово оглянутих лікарем-стоматологом: вона зменшилася як серед дорослого, так і особливо різко серед дитячого населення. Найбільш вагомо скоротилася частка оглянутих стоматологом серед дорослого населення у Львівській (на 24,3%) та Харківській (на 24,1%) областях і у м. Києві (на 22,2%). Слід відзначити, що у переважній більшості областей питома вага оглянутих стоматологом серед дитячого населення скоротилася наполовину. Найбільш несприятливі динамічні зміни цього показника відбулися у м. Києві (зниження на 77,2%) та у Закарпатській області (зниження на 76,6%).

Питома вага планово оглянутих стоматологом серед дорослого та дитячого населення в областях України (у % до відповідної кількості населення)

| № з/п | Територія | Доросле населення | | | Дитяче населення | | |
|-------|-------------------|-------------------|------------|--------------|------------------|-------------|--------------|
| | | 2010 | 2020 | АПр | 2010 | 2020 | АПр |
| 1. | Вінницька | 22,5 | 5,9 | -16,6 | 74,5 | 13,7 | -60,8 |
| 2. | Волинська | 15,0 | 3,6 | -11,4 | 59,7 | 8,7 | -51 |
| 3. | Дніпропетровська | 26,4 | 8,0 | -18,4 | 75,1 | 15,4 | -59,7 |
| 4. | Донецька | 22,3 | 6,4 | -15,9 | 62,9 | 15,2 | -47,7 |
| 5. | Житомирська | 10,2 | 5,7 | -4,5 | 79,8 | 19,1 | -60,7 |
| 6. | Закарпатська | 24,0 | 4,2 | -19,8 | 89,7 | 13,1 | -76,6 |
| 7. | Запорізька | 6,4 | 3,1 | -3,3 | 30,2 | 9,1 | -21,1 |
| 8. | Івано-Франківська | 20,5 | 3,3 | -17,2 | 70,7 | 9,3 | -61,4 |
| 9. | Київська | 13,7 | 4,5 | -9,2 | 65,2 | 16,4 | -48,8 |
| 10. | Кіровоградська | 18,9 | 8,6 | -10,3 | 83,7 | 28,3 | -55,4 |
| 11. | Луганська | 7,9 | 5,6 | -2,3 | 47,6 | 16,2 | -31,4 |
| 12. | Львівська | 33,4 | 9,1 | -24,3 | 71,6 | 20,8 | -50,8 |
| 13. | Миколаївська | 13,5 | 2,6 | -10,9 | 69,4 | 10,7 | -58,7 |
| 14. | Одеська | 22,1 | 5,9 | -16,2 | 71,1 | 22,5 | -48,6 |
| 15. | Полтавська | 27,6 | 8,2 | -19,4 | 80,1 | 19,1 | -61 |
| 16. | Рівненська | 17,4 | 5,1 | -12,3 | 51,5 | 7,4 | -44,1 |
| 17. | Сумська | 25,2 | 5,5 | -19,7 | 88,1 | 23,5 | -64,6 |
| 18. | Тернопільська | 12,0 | 4,9 | -7,1 | 55,9 | 9,1 | -46,8 |
| 19. | Харківська | 36,0 | 11,9 | -24,1 | 83,2 | 24,1 | -59,1 |
| 20. | Херсонська | 17,8 | 5,3 | -12,5 | 62,9 | 16,4 | -46,5 |
| 21. | Хмельницька | 29,0 | 9,7 | -19,3 | 81,4 | 23,6 | -57,8 |
| 22. | Черкаська | 22,2 | 7,7 | -14,5 | 81,7 | 21,9 | -59,8 |
| 23. | Чернівецька | 20,6 | 5,6 | -15 | 68,7 | 19,8 | -48,9 |
| 24. | Чернігівська | 23,5 | 13,9 | -9,6 | 73,0 | 22,5 | -50,5 |
| 25. | м. Київ | 35,2 | 13,0 | -22,2 | 111,3 | 34,1 | -77,2 |
| 26. | Україна | 21,9 | 6,6 | -15,3 | 71,6 | 17,2 | -54,4 |

Серед оглянутих у плановому порядку впродовж усього періоду спостереження стабільно високою була частка осіб, які потребували санації. Серед дорослого населення вона складала трохи більше половини – 55–58%, серед дитячого – 48–52% (мал. 3.7).

Питома вага санованих із числа тих, хто потребував санації, мала тенденцію до зниження впродовж 2010–2020 рр. Серед дорослого населення вона зменшилася з 77,5% до 68,1% (на 9,4%), а серед дитячого населення з 82,1% до 65% (на 17,1%).



Мал. 3.7. Динаміка частки осіб, які потребували санації, та санованих серед дорослого (а) та дитячого (б) населення України (у %)

Аналіз регіональних особливостей потреб населення у санації засвідчив суттєву територіальну варіацію цього показника (табл. 3.7). Так, максимальний показник серед дорослого населення у 2020 р. у м. Києві (84,5%) перевищував мінімальний показник у Херсонській області (22,8%) у чотири рази. Питома вага дітей, які потребували санації, у Закарпатській області (78,8%) була втричі вища, ніж у Херсонській області (25,5%). Такий колосальний розрив у територіальних показниках може бути обумовлений різними підходами до організації профілактичних оглядів та ретельністю їхнього проведення.

**Питома вага осіб, які потребували санації, серед оглянутих у порядку
планової санації (у % до відповідної кількості оглянутих)**

| №з/п | Територія | Доросле населення | | | Дитяче населення | | |
|------|-------------------|-------------------|-------------|------------|------------------|-------------|------------|
| | | 2010 | 2020 | АПр | 2010 | 2020 | АПр |
| 1. | Вінницька | 53,0 | 46,0 | -7 | 46,0 | 50,1 | 4,1 |
| 2. | Волинська | 54,8 | 62,7 | 7,9 | 55,9 | 54,4 | -1,5 |
| 3. | Дніпропетровська | 43,7 | 46,4 | 2,7 | 46,0 | 45,1 | -0,9 |
| 4. | Донецька | 61,1 | 62,9 | 1,8 | 49,0 | 56,1 | 7,1 |
| 5. | Житомирська | 53,6 | 52,9 | -0,7 | 51,1 | 48,5 | -2,6 |
| 6. | Закарпатська | 71,7 | 80,7 | 9 | 66,6 | 78,8 | 12,2 |
| 7. | Запорізька | 53,3 | 57,5 | 4,2 | 50,7 | 48,3 | -2,4 |
| 8. | Івано-Франківська | 63,1 | 58,5 | -4,6 | 58,0 | 59,5 | 1,5 |
| 9. | Київська | 46,9 | 62,5 | 15,6 | 37,6 | 55,1 | 17,5 |
| 10. | Кіровоградська | 44,6 | 44,5 | -0,1 | 38,9 | 40,6 | 1,7 |
| 11. | Луганська | 50,3 | 57,7 | 7,4 | 47,4 | 60,0 | 12,6 |
| 12. | Львівська | 71,5 | 70,5 | -1 | 66,5 | 66,5 | 0 |
| 13. | Миколаївська | 51,1 | 39,7 | -11,4 | 39,6 | 45,4 | 5,8 |
| 14. | Одеська | 46,6 | 49,7 | 3,1 | 40,0 | 35,2 | -4,8 |
| 15. | Полтавська | 48,0 | 51,7 | 3,7 | 36,5 | 38,1 | 1,6 |
| 16. | Рівненська | 56,8 | 53,7 | -3,1 | 52,9 | 56,1 | 3,2 |
| 17. | Сумська | 42,3 | 44,5 | 2,2 | 33,1 | 46,0 | 12,9 |
| 18. | Тернопільська | 65,6 | 62,7 | -2,9 | 56,6 | 67,5 | 10,9 |
| 19. | Харківська | 39,6 | 39,5 | -0,1 | 34,0 | 38,0 | 4 |
| 20. | Херсонська | 29,7 | 22,8 | -6,9 | 37,4 | 25,1 | -12,3 |
| 21. | Хмельницька | 57,9 | 59,4 | 1,5 | 60,2 | 53,5 | -6,7 |
| 22. | Черкаська | 53,2 | 51,9 | -1,3 | 52,1 | 46,3 | -5,8 |
| 23. | Чернівецька | 48,0 | 57,0 | 9 | 53,8 | 55,9 | 2,1 |
| 24. | Чернігівська | 63,0 | 72,5 | 9,5 | 48,0 | 59,6 | 11,6 |
| 25. | м. Київ | 83,7 | 84,5 | 0,8 | 56,1 | 66,3 | 10,2 |
| 26. | Україна | 55,9 | 58,0 | 2,1 | 49,3 | 52,0 | 2,7 |

Питома вага санованих серед осіб, які потребували санації, була менш варіабельною порівняно з попереднім показником. У 2020 р. її значення коливалися серед дорослого населення від 54% у Київській області до 84% у Дніпропетровській області. Лідером із санації дитячого населення також була Дніпропетровська область (88,6%), а найменша питома вага санованих дітей виявлена у Сумській області (47,8%) (табл. 3.8).

Тенденція до зменшення частки санованих як серед дорослого, так і серед дитячого населення була притаманна всім регіонам України.

Питома вага санованих серед осіб, які потребували санації (у %)

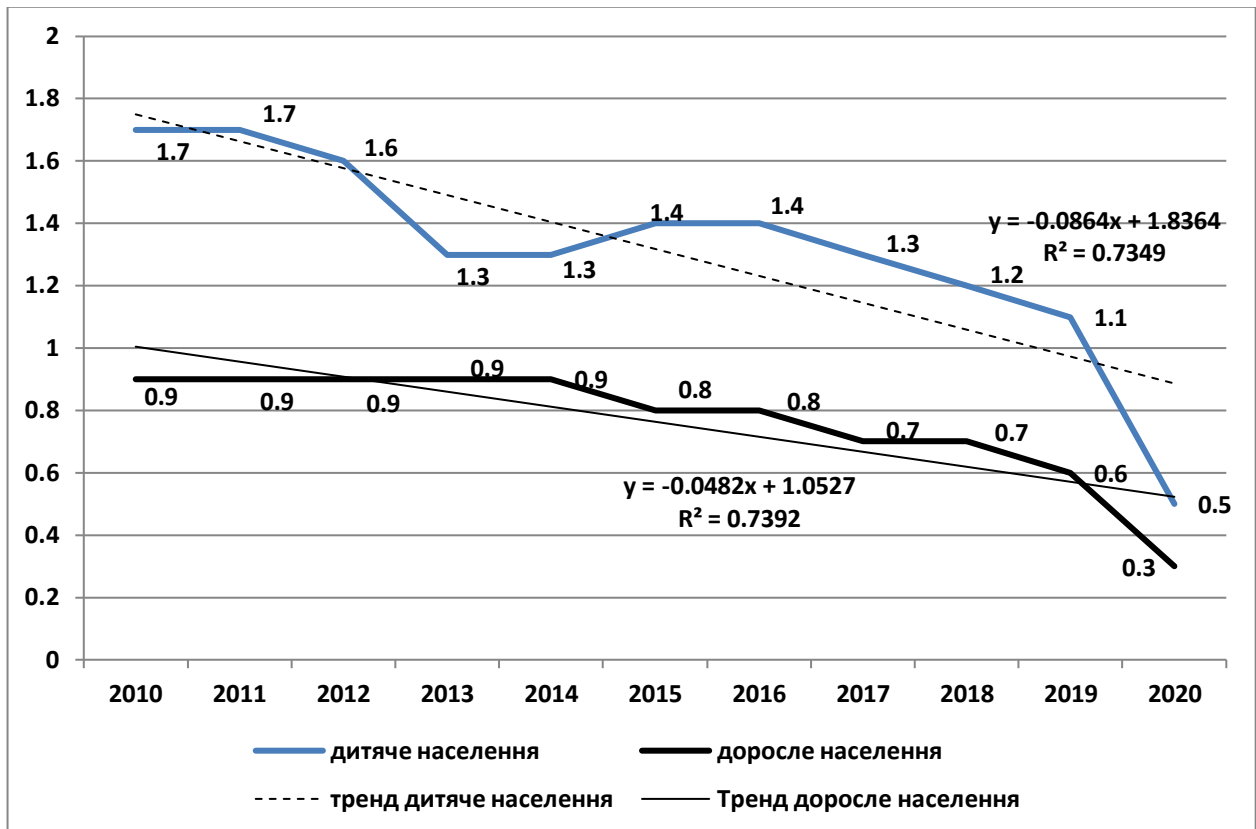
| №з/п | Територія | Доросле населення | | | Дитяче населення | | |
|------|-------------------|-------------------|-------------|-------------|------------------|-----------|--------------|
| | | 2010 | 2020 | АПр | 2010 | 2020 | АПр |
| 1. | Вінницька | 79 | 67,9 | -11,1 | 81,5 | 65 | -16,5 |
| 2. | Волинська | 72,1 | 60,7 | -11,4 | 67,2 | 59 | -8,2 |
| 3. | Дніпропетровська | 92,6 | 84 | -8,6 | 95,6 | 88,6 | -7 |
| 4. | Донецька | 73,6 | 56,2 | -17,4 | 89,8 | 65,7 | -24,1 |
| 5. | Житомирська | 75,8 | 67,4 | -8,4 | 81,5 | 66,3 | -15,2 |
| 6. | Закарпатська | 83,5 | 79,8 | -3,7 | 89,2 | 87,8 | -1,4 |
| 7. | Запорізька | 74,2 | 56,3 | -17,9 | 75,3 | 60,7 | -14,6 |
| 8. | Івано-Франківська | 72,9 | 64 | -8,9 | 79,1 | 69,1 | -10 |
| 9. | Київська | 62,9 | 54 | -8,9 | 65,6 | 61,5 | -4,1 |
| 10. | Кіровоградська | 78,4 | 75 | -3,4 | 89,6 | 83,3 | -6,3 |
| 11. | Луганська | 69,4 | 66,3 | -3,1 | 77,1 | 77,3 | 0,2 |
| 12. | Львівська | 73,5 | 76 | 2,5 | 78,6 | 69,4 | -9,2 |
| 13. | Миколаївська | 74,7 | 71,4 | -3,3 | 83,5 | 83,8 | 0,3 |
| 14. | Одеська | 83,3 | 74 | -9,3 | 86,1 | 81,9 | -4,2 |
| 15. | Полтавська | 77,6 | 66,5 | -11,1 | 85 | 76,9 | -8,1 |
| 16. | Рівненська | 80,6 | 75,6 | -5 | 87,5 | 84,2 | -3,3 |
| 17. | Сумська | 80,8 | 75 | -5,8 | 87 | 47,8 | -39,2 |
| 18. | Тернопільська | 70,9 | 64,3 | -6,6 | 78,6 | 73,1 | -5,5 |
| 19. | Харківська | 85,2 | 74,9 | -10,3 | 79,5 | 74,8 | -4,7 |
| 20. | Херсонська | 88,6 | 69,3 | -19,3 | 90,3 | 84,3 | -6 |
| 21. | Хмельницька | 75,2 | 63,3 | -11,9 | 78,5 | 67,1 | -11,4 |
| 22. | Черкаська | 74,7 | 71,6 | -3,1 | 88,6 | 86,9 | -1,7 |
| 23. | Чернівецька | 75,9 | 68,4 | -7,5 | 75,9 | 68,6 | -7,3 |
| 24. | Чернігівська | 78,7 | 76,5 | -2,2 | 86,8 | 80,8 | -6 |
| 25. | м. Київ | 73,5 | 56,3 | -17,2 | 69,9 | 67,4 | -2,5 |
| 26. | Україна | 77,5 | 68,1 | -9,4 | 82,1 | 65 | -17,1 |

Таким чином, можна зробити висновок, що в Україні, незважаючи на незадовільний стан стоматологічного здоров'я та високу потребу дитячого і дорослого населення у стоматологічній допомозі, має місце згортання обсягів профілактичної роботи у закладах комунальної (державної) власності.

Низький рівень стоматологічного здоров'я, насамперед серед дитячого населення, негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж усього життя. Крім того, наразі доведено наявність тісних патогенетичних взаємозв'язків між стоматологічними та хронічними неінфекційними хворобами. Саме тому, відповідно до сучасних програмних документів ВООЗ, забезпечення здоров'я порожнини рота є обов'язковою складовою комплексної

профілактики хронічних неінфекційних захворювань, які у європейському регіоні та в Україні зокрема є основною причиною передчасної смертності та інвалідності населення. Тому відновлення профілактичної роботи у ЗОЗ комунальної (державної) власності, які у першу чергу мають забезпечувати доступну та якісну стоматологічну допомогу для всіх верств населення, є нагальною медико-соціальною проблемою.

Одним із показників, які відображають забезпеченість населення стоматологічною допомогою та її доступність для населення, є середня кількість відвідувань лікаря-стоматолога у розрахунку на одного мешканця (мал. 3.8).



Мал. 3.8. Динаміка середньої кількості відвідувань лікарів-стоматологів у ЗОЗ комунальної (державної) власності у розрахунку на одного дорослого мешканця і одну дитину в Україні

Аналіз динаміки цього показника засвідчив виражену тенденцію до його зниження як серед дорослого (на 66,7%, з 0,9 у 2010 р. до 0,3 у 2020 р.), так і дитячого населення (на 70,6%, з 1,7 у 2010 р. до 0,5 у 2020 р.). Причиною

різкого скорочення кількості відвідування населенням лікарів-стоматологів у 2020 році стала епідемія COVID-19. Однак тенденція до зниження зазначеного показника сформувалася ще до епідемії, і вона опосередковано свідчить про зниження доступності стоматологічної допомоги та є обумовленою скороченням кількості стоматологічних кабінетів, дефіцитом бюджетних коштів для фінансування стоматологічної допомоги, а також зменшенням видатків на безоплатне протезування і підвищенням розцінок на ортопедичні та інші стоматологічні послуги.

Слід відзначити, що ця негативна тенденція охопила всі регіони України стосовно відвідувань як дорослим, так і дитячим населенням (табл. 3.9). У 2019 році (до епідемії COVID-19) найменша кількість відвідувань у розрахунку на одного дорослого мешканця була у Вінницькій (0,3), Миколаївській (0,4), Волинській (0,5), Закарпатській (0,5), Запорізькій (0,5) областях та у м. Києві (0,5), а найбільшою – у Харківській (1,0), Кіровоградській (0,9), Черкаській (0,9) та Чернігівській (0,9) областях.

Середня кількість відвідувань у розрахунку на одну дитину у 2019 р. коливалася від 0,7 у Запорізькій та Рівненській областях до 1,7 у Черкаській області.

Таблиця 3.9

Середня кількість відвідувань лікаря-стоматолога на 1 мешканця

| №з /п | Територія | Доросле населення | | | | Дитяче населення | | | |
|-------|-------------------|-------------------|------|------|--------------------------|------------------|------|------|--------------------------|
| | | 2010 | 2019 | 2020 | ТПр (%) 2020/ 2010 | 2010 | 2019 | 2020 | ТПр (%) 2020/ 2010 |
| 1. | Вінницька | 0,7 | 0,3 | 0,2 | -71,4 | 1,6 | 0,8 | 0,4 | -75,0 |
| 2. | Волинська | 1 | 0,5 | 0,3 | -70,0 | 1,6 | 0,8 | 0,5 | -68,8 |
| 3. | Дніпропетровська | 1 | 0,7 | 0,4 | -60,0 | 2,0 | 1,4 | 0,9 | -55,0 |
| 4. | Донецька | 0,9 | 0,6 | 0,4 | -55,6 | 1,9 | 0,9 | 0,6 | -68,4 |
| 5. | Житомирська | 0,9 | 0,7 | 0,4 | -55,6 | 1,6 | 1,3 | 0,6 | -62,5 |
| 6. | Закарпатська | 0,8 | 0,5 | 0,1 | -87,5 | 1,7 | 0,8 | 0,2 | -88,2 |
| 7. | Запорізька | 0,6 | 0,5 | 0,3 | -50,0 | 1,0 | 0,7 | 0,5 | -50,0 |
| 8. | Івано-Франківська | 1 | 0,6 | 0,2 | -80,0 | 1,5 | 0,9 | 0,3 | -80,0 |
| 9. | Київська | 0,9 | 0,6 | 0,3 | -66,7 | 1,3 | 0,9 | 0,5 | -61,5 |
| 10. | Кіровоградська | 1 | 0,9 | 0,5 | -50,0 | 1,6 | 1,4 | 0,7 | -56,3 |
| 11. | Луганська | 0,9 | 0,7 | 0,6 | -33,3 | 1,6 | 1,1 | 0,6 | -62,5 |
| 12. | Львівська | 1,1 | 0,6 | 0,4 | -63,6 | 1,7 | 0,9 | 0,6 | -64,7 |
| 13. | Миколаївська | 0,7 | 0,4 | 0,2 | -71,4 | 1,5 | 1,1 | 0,6 | -60,0 |

| | | | | | | | | | |
|-----|----------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|
| 14. | Одеська | 1 | 0,6 | 0,4 | -60,0 | 1,6 | 1,3 | 0,5 | -68,8 |
| 15. | Полтавська | 1,2 | 0,8 | 0,5 | -58,3 | 2,0 | 1,4 | 0,7 | -65,0 |
| 16. | Рівненська | 1 | 0,6 | 0,4 | -60,0 | 1,1 | 0,7 | 0,3 | -72,7 |
| 17. | Сумська | 0,9 | 0,7 | 0,4 | -55,6 | 1,8 | 1,5 | 0,8 | -55,6 |
| 18. | Тернопільська | 0,9 | 0,6 | 0,3 | -66,7 | 1,5 | 0,9 | 0,4 | -73,3 |
| 19. | Харківська | 1,3 | 1,0 | 0,5 | -61,5 | 2,2 | 1,5 | 0,8 | -63,6 |
| 20. | Херсонська | 0,7 | 0,7 | 0,3 | -57,1 | 2,1 | 1,6 | 0,6 | -71,4 |
| 21. | Хмельницька | 1 | 0,6 | 0,3 | -70,0 | 1,8 | 1,1 | 0,6 | -66,7 |
| 22. | Черкаська | 1 | 0,9 | 0,4 | -60,0 | 1,7 | 1,7 | 0,7 | -58,8 |
| 23. | Чернівецька | 0,8 | 0,6 | 0,2 | -75,0 | 1,4 | 1,1 | 0,5 | -64,3 |
| 24. | Чернігівська | 1,1 | 0,9 | 0,7 | -36,4 | 1,4 | 1,1 | 0,6 | -57,1 |
| 25. | м. Київ | 0,8 | 0,5 | 0,3 | -62,5 | 2,2 | 1,5 | 0,7 | -68,2 |
| 26. | Україна | 0,9 | 0,6 | 0,3 | -66,7 | 1,7 | 1,1 | 0,5 | -70,6 |

На зниження частоти звернення населення до стоматологічних закладів державної (комунальної) власності, а також на існування проблем у забезпеченні доступності стоматологічної допомоги для населення України вказують не тільки результати аналізу матеріалів офіційної статистичної звітності закладів охорони здоров'я, а й дані спеціально проведених вибіркового опитувань домогосподарств, які проводяться Держкомстатом України як тематичний модуль постійного обстеження умов життя домогосподарств.

Нами здійснено аналіз статистичних матеріалів, оприлюднених Держкомстатом України [191], щодо результатів вибіркового обстеження домогосподарств, проведених у 2020 р. (опитано 8145 домогосподарств, які у сукупності налічували 38105 осіб та репрезентували всі домогосподарства України). Результати проведеного нами аналізу засвідчили, що відсоток домогосподарств, у яких хто-небудь із членів родини протягом останніх 12 місяців за потреби не зміг одержати медичну допомогу, придбати ліки та медичне обладнання, склав 19,2%. 41,2% респондентів серед тих, хто не зміг одержати медичну допомогу, вказали на неможливість відвідати лікаря-стоматолога, а майже третина – на неможливість здійснити зубне протезування (29,6%).

Серед усіх опитаних членів домогосподарств частка осіб, які не змогли відвідати стоматолога у разі потреби, склала у 2020 році 7,9%, зробити протезування – 5,7% відповідно (табл. 3.10). Тобто, у 2020 р. 13,6%

респондентів або кожний 7-й мешканець України не зміг одержати стоматологічну допомогу, маючи потребу в ній.

Основною причиною недоступності стоматологічної допомоги, на думку 95,1% опитаних, є занадто висока її вартість.

Доступність стоматологічної допомоги значною мірою залежить від фінансових можливостей домогосподарств. У групах домогосподарств із низькими прибутками (менше 3834,14 грн – середньомісячного розміру фактичного прожиткового мінімуму за 9 місяців 2020 року, розрахованого Міністерством соціальної політики України) частка осіб, які не змогли відвідати стоматолога та зробити протезування, була вірогідно більшою, ніж серед усіх домогосподарств (9,7 % та 7,3% відповідно, $p < 0,05$).

Доступність стоматологічної допомоги також залежить від вікового складу домогосподарств. У групах домогосподарств із наявністю дітей (до 18 років) вірогідно вищою була частка членів домогосподарств, які у разі потреби не могли відвідати стоматолога (9,7% проти 7,7%, $p < 0,05$), а у домогосподарствах із членами старше 60 років – більша частка осіб, які не змогли одержати протезування (9,3% проти 5,4%, $p < 0,05$).

Таблиця 3.10

Доступність стоматологічної допомоги та частота звернення до стоматолога населення України за результатами вибіркового опитування*

| Назва показника | 2018 р. | 2019 р. | 2020 р. |
|---|---------|---------|---------|
| Питома вага членів домогосподарств, які у разі потреби не змогли відвідати стоматолога (у %) | | | |
| Серед усіх членів домогосподарств | 8.3 | 8.6 | 7.9 |
| У міській місцевості | 8.2 | 8.5 | 7.4 |
| У сільській місцевості | 8.4 | 8.7 | 9.0 |
| Питома вага членів домогосподарств, які у разі потреби не змогли зробити стоматологічне протезування (у %) | | | |
| Серед усіх членів домогосподарств | 6.1 | 5.7 | 5.7 |
| У міській місцевості | 6.3 | 5.8 | 5.3 |
| У сільській місцевості | 5.8 | 5.4 | 5.9 |
| Питома вага членів домогосподарств, які вказали, що впродовж останніх 12 місяців зверталися до стоматолога у державній медичній установі (у %) | | | |

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| Серед усіх членів домогосподарств | 14.9 | 12.9 | 11.0 |
| У міській місцевості | 15.1 | 12.2 | 11.9 |
| У сільській місцевості | 14.6 | 14.5 | 9.0 |
| Питома вага членів домогосподарств, які вказали, що впродовж останніх 12 місяців зверталися до приватного стоматолога (у %) | | | |
| Серед усіх членів домогосподарств | 9.7 | 9.8 | 9.8 |
| У міській місцевості | 10.5 | 10.3 | 10.3 |
| У сільській місцевості | 7.8 | 8.7 | 8.6 |
| Чисельність вибіркової сукупності (кількість членів опитаних домогосподарств) | | | |
| Разом | 38549 | 38391 | 38105 |

*У таблиці наведені результати авторських розрахунків за абсолютними статистичними даними, оприлюдненими Держкомстатом України у довідниках «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» за 2018–2020 роки.

Іншим чинником, який диференціює доступність стоматологічної допомоги, є проживання у міських поселеннях чи у сільській місцевості. Доступність послуг стоматолога є вірогідно нижчою для селян, що засвідчує вища частка сільських жителів, порівняно з міськими, які відповіли, що за наявності потреби не змогли відвідати стоматолога (9% проти 7,4% відповідно, $p < 0,05$).

Статистично вагомої різниці у доступності протезування в залежності від місця проживання респондентів не було виявлено (5,3% у селі та 5,9% у місті, $p > 0,05$)

Опосередковано про недостатню доступність стоматологічної допомоги та низьку санітарну культуру населення свідчить дуже мала частка респондентів, які вказали, що впродовж останніх 12 місяців зверталися до стоматолога у державній медичній установі (11%) або до приватних стоматологів (9,8%). Тобто, впродовж року до стоматолога звертається лише кожний четвертий мешканець України, а три чверті залишаються неоглянутими стоматологом жодного разу за рік.

Медична активність серед сільського населення є нижчою, ніж серед міського. До стоматолога у бюджетних закладах впродовж 12 місяців зверталися 9% опитаних селян та 11,9% – містян ($p < 0,05$), до приватного стоматолога – 8,6% та 10,3% респондентів відповідно ($p < 0,05$).

У динаміці як у міській, так і сільській місцевості відзначено тенденцію до зростання частоти звернень до приватних стоматологів і скорочення – до стоматологів у державних медичних установах.

Серед дорослого населення найрідше до стоматолога звертаються особи пенсійного віку – лише 9,3% чоловіків та 8,6% жінок старше 60 років впродовж 2020 року відвідали стоматолога у бюджетних установах та 5,6% і 6,5% відповідно – приватного стоматолога.

Низькою є частота звернення до стоматологів і серед дитячого населення. Так, діти віком до 3-х років, згідно з результатами опитування членів домогосподарств, впродовж 2020 року оглядалися стоматологом лише у 1,3% випадків. Найчастіше стоматологічну допомогу одержували юнаки допризовного віку (16–17 років), 20,8% з них – у бюджетних стоматологічних закладах, 13,5% – у приватного стоматолога. Але навіть серед них за 2020 рік стоматолога відвідав лише кожний третій юнак.

3.4. Аналіз діяльності стоматологічних закладів комунальної власності та якості стоматологічної допомоги у них

Аналіз діяльності стоматологічних закладів комунальної власності, здійснений за матеріалами їхньої статистичної звітності (ф. № 20), засвідчив, що за 2010–2020 рр. відбулося вагоме скорочення обсягів стоматологічної допомоги, наданої населенню України у цих закладах. Зменшилася кількість відвідувань стоматологічних закладів, суттєво скоротилися обсяги профілактичної роботи як серед дорослого, так і особливо серед дитячого населення (табл. 3.11).

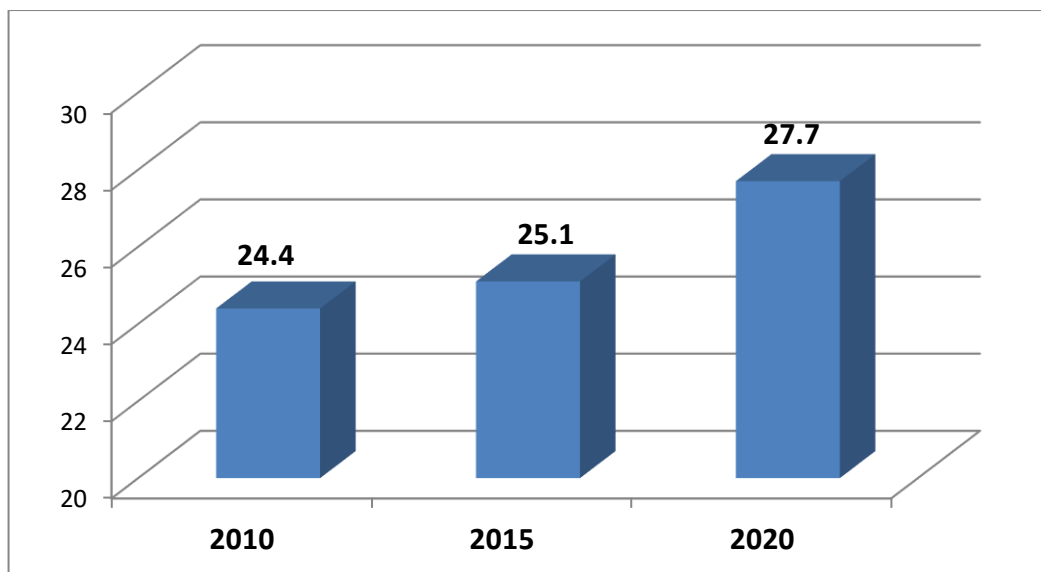
Таблиця 3.11

Динаміка обсягів стоматологічних послуг, наданих населенню України у державних (комунальних) стоматологічних закладах

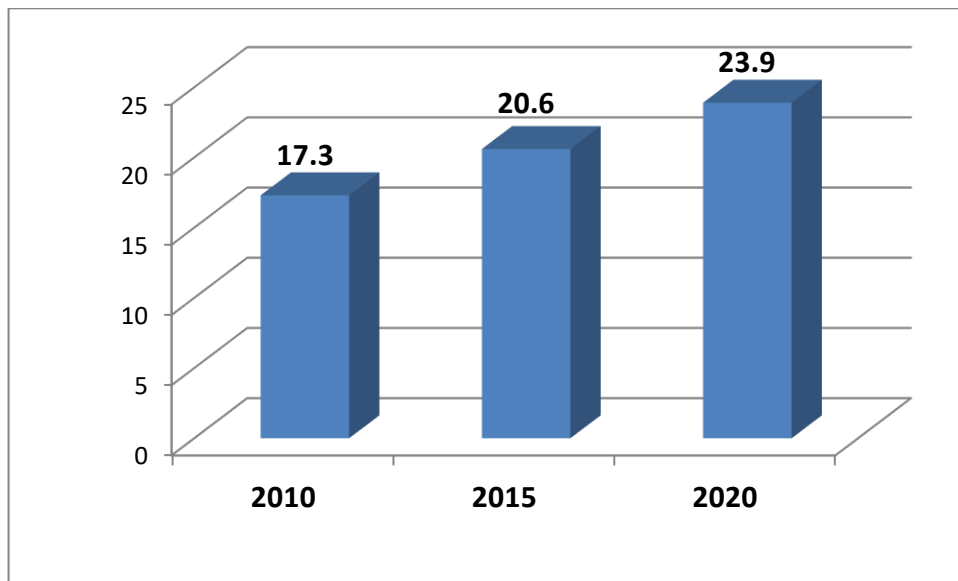
| Назва показника | 2010 | 2015 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Тпр 2019/ 2010 (у %) | Тпр 2020/ 2010 (у %) |
|---|------|------|------|------|------|------|-------------------------------|-------------------------------|
| Середня кількість відвідувань лікаря-стоматолога на 1 мешканця | 1,1 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,4 | -36,4 | -63,6 |
| Середня кількість відвідувань лікаря-стоматолога на 1 дорослого мешканця | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,3 | -33,3 | -66,7 |
| Середня кількість відвідувань лікаря-стоматолога на 1 дитину | 1,7 | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,1 | 0,5 | -35,3 | -70,6 |
| Питома вага планово оглянутих серед дорослого населення (у %) | 21,9 | 18,7 | 17,2 | 15,5 | 13,4 | 6,6 | -38,8 | -69,9 |
| Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення (у %) | 24,2 | 20,3 | 18,7 | 17,3 | 15,1 | 7,6 | -37,6 | -68,6 |
| Питома вага планово оглянутих серед дитячого населення (у %) | 71,6 | 59,2 | 56,4 | 51,7 | 43,1 | 17,2 | -39,8 | -76,0 |
| Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дитячого населення (у %) | 43,3 | 35,6 | 33,8 | 30,9 | 25,9 | 12,6 | -40,2 | -70,9 |

Дефекти в організації профілактичної стоматологічної допомоги зумовлюють незадовільний стан стоматологічного здоров'я населення України і те, що основною причиною звернення до лікаря-стоматолога залишається лікування карієсу. Питома вага звернень з метою лікування карієсу стабільно становить більше половини серед усіх звернень дорослого та дитячого населення до стоматолога (у 2020 р. – 52,1% і 51,5% відповідно).

Несвоєчасне одержання стоматологічної допомоги через зниження її доступності призводить до зростання частки випадків лікування карієсу на стадії ускладнень. Так, у 2020 році кожний четвертий (27,7%) випадок карієсу у дорослого населення та у дітей (23,9%) лікувався на стадії ускладнень. Порівняно з 2010 р. питома вага карієсу, пролікованого на стадії ускладнень, зростає як серед дорослого, так і особливо серед дитячого населення (мал. 3.9, мал. 3.10).



Мал. 3.9. Питома вага занедбаного карієсу серед дорослого населення України
(у %)



Мал. 3.10. Питома вага занедбаного карієсу серед дитячого населення України (у %)

Аналіз своєчасності лікування карієсу зубів у регіональному аспекті дозволив встановити, що у 2020 році серед дорослого населення питома вага карієсу, пролікованого на стадії ускладнень, була доволі високою на всіх територіях і коливалася від 20,5% у Сумській області до 38,1% у Волинській області. Впродовж періоду спостереження частка занедбаних випадків карієсу зросла майже у всіх регіонах (за виключенням Луганської, Рівненської, Чернівецької та Чернігівської областей); найбільш вагоме зростання виявлене у Закарпатській (на 11,7%), Вінницькій (на 7,7%) та Київській (на 7,7%) областях (табл. 3.12).

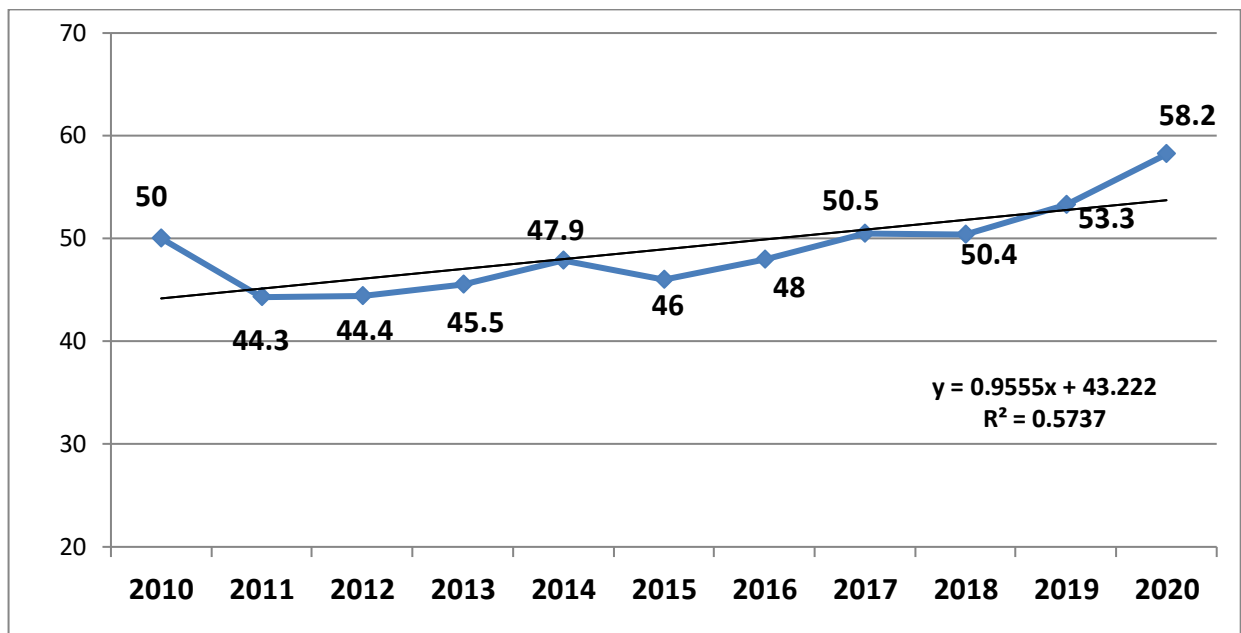
**Питома вага ускладненого карієсу серед дорослого та дитячого населення
в Україні, 2010, 2020 р. (у %)**

| № з/п | Територія | Доросле населення | | | Дитяче населення | | |
|-------|-------------------|-------------------|-------------|------|------------------|-------------|------|
| | | 2010 | 2020 | АПр | 2010 | 2020 | АПр |
| 1. | Вінницька | 25,4 | 33,1 | 7,7 | 16,0 | 25,9 | 9,9 |
| 2. | Волинська | 31,4 | 38,1 | 6,7 | 25,4 | 36,8 | 11,4 |
| 3. | Дніпропетровська | 20,5 | 21,9 | 1,4 | 14,9 | 22,3 | 7,4 |
| 4. | Донецька | 26,1 | 30,7 | 4,6 | 12,9 | 21,5 | 8,6 |
| 5. | Житомирська | 25,8 | 29,0 | 3,2 | 17,0 | 25,5 | 8,5 |
| 6. | Закарпатська | 22,1 | 33,8 | 11,7 | 17,2 | 33,3 | 16,1 |
| 7. | Запорізька | 25,5 | 28,3 | 2,8 | 18,1 | 24,9 | 6,8 |
| 8. | Івано-Франківська | 25,2 | 25,6 | 0,4 | 16,6 | 21,1 | 4,5 |
| 9. | Київська | 26,8 | 34,5 | 7,7 | 19,7 | 29,6 | 9,9 |
| 10. | Кіровоградська | 22,9 | 28,3 | 5,4 | 18,1 | 24,3 | 6,2 |
| 11. | Луганська | 23,6 | 20,6 | -3 | 21,4 | 25,4 | 4 |
| 12. | Львівська | 30,0 | 32,7 | 2,7 | 21,5 | 20,1 | -1,4 |
| 13. | Миколаївська | 26,9 | 31,0 | 4,1 | 21,6 | 33,2 | 11,6 |
| 14. | Одеська | 26,2 | 31,3 | 5,1 | 16,7 | 18,1 | 1,4 |
| 15. | Полтавська | 21,1 | 24,4 | 3,3 | 11,6 | 19,7 | 8,1 |
| 16. | Рівненська | 30,3 | 27,8 | -2,5 | 17,4 | 20,2 | 2,8 |
| 17. | Сумська | 14,9 | 20,5 | 5,6 | 10,3 | 22,4 | 12,1 |
| 18. | Тернопільська | 23,3 | 26,3 | 3 | 23,6 | 41,9 | 18,3 |
| 19. | Харківська | 21,9 | 26,0 | 4,1 | 17,7 | 24,5 | 6,8 |
| 20. | Херсонська | 17,5 | 24,1 | 6,6 | 8,1 | 30,8 | 22,7 |
| 21. | Хмельницька | 23,5 | 30,5 | 7 | 22,5 | 25,8 | 3,3 |
| 22. | Черкаська | 18,9 | 21,8 | 2,9 | 13,8 | 21,1 | 7,3 |
| 23. | Чернівецька | 30,6 | 29,0 | -1,6 | 27,3 | 31,5 | 4,2 |
| 24. | Чернігівська | 28,0 | 27,3 | -0,7 | 16,7 | 22,8 | 6,1 |
| 25. | м. Київ | 27,1 | 30,9 | 3,8 | 16,6 | 18,1 | 1,5 |
| 26. | Україна | 24,4 | 27,7 | 3,3 | 17,3 | 23,9 | 6,6 |

Високою була і питома вага карієсу, пролікованого на стадії ускладнень, серед дитячого населення. У 2020 році значення цього показника варіювало від мінімального значення у Києві (18,1%) до максимального у Тернопільській області (41,9%). За 2010–2020 рр. частка занедбаних випадків карієсу в дітей зросла у всіх регіонах (за винятком Львівської області). Найбільш негативна динаміка виявлена у Херсонській (ріст на 22,7%), Тернопільській (18,3%) та Закарпатській (16,1%) областях.

Про наявність недоліків в організації профілактичних стоматологічних оглядів, недостатню якість і доступність стоматологічної допомоги, низьку онконастороженість лікарів-стоматологів свідчить надзвичайно високий показник виявлення злоякісних новоутворень ротової порожнини у занедбаних стадіях (III–IV). У 2020 році більше половини (58,2%) злоякісних новоутворень ротової порожнини були виявлені у занедбаних стадіях.

Динамічний аналіз виявив виражену тенденцію до зростання цього показника дефекту праці стоматологічної служби впродовж 2010–2020 рр. (мал. 3.11).



Мал. 3.11. Динаміка питомої ваги випадків раку ротової порожнини, виявлених у занедбаних (III–IV) стадіях, Україна (у %)

Згідно з результатами аналізу цього показника у регіональному аспекті (табл. 3.13), у 2020 році у семи областях (Івано-Франківській, Київській, Луганській, Полтавській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській) три чверті вперше діагностованих випадків раку ротової порожнини були зареєстровані у занедбаних стадіях. У Закарпатській області показник занедбаності був найвищим в Україні і складав 81%. Найнижчим виявився показник занедбаності у Харківській області, але і в цьому регіоні майже кожний третій (29,7%) випадок раку ротової порожнини був діагностований у III–IV стадіях.

Питома вага занедбаних випадків раку ротової порожнини в Україні та її регіонах (у %)

| № з/п | Територія | 2010 | 2015 | 2020 | АПр (%) 2020/2010 |
|-------|-------------------|-----------|-----------|-------------|-------------------|
| 1. | Вінницька | 31,7 | 21,2 | 65,5 | 33,8 |
| 2. | Волинська | 48,9 | 36,8 | 53,8 | 4,9 |
| 3. | Дніпропетровська | 47,2 | 45,6 | 58,8 | 11,6 |
| 4. | Донецька | 47 | 50,7 | 37,9 | -9,1 |
| 5. | Житомирська | 41,4 | 43,5 | 63,9 | 22,5 |
| 6. | Закарпатська | 66,2 | 75 | 81 | 14,8 |
| 7. | Запорізька | 62,9 | 57,9 | 69 | 6,1 |
| 8. | Івано-Франківська | 57,1 | 65,1 | 73,2 | 16,1 |
| 9. | Київська | 51,5 | 58,5 | 73,8 | 22,3 |
| 10. | Кіровоградська | 60 | 50 | 52,2 | -7,8 |
| 11. | Луганська | 57,9 | 46,9 | 72,2 | 14,3 |
| 12. | Львівська | 51,8 | 47,1 | 66 | 14,2 |
| 13. | Миколаївська | 50,8 | 42 | 49,1 | -1,7 |
| 14. | Одеська | 44,8 | 43,9 | 57,4 | 12,6 |
| 15. | Полтавська | 54,1 | 60 | 75 | 20,9 |
| 16. | Рівненська | 66,7 | 68,9 | 63,8 | -2,9 |
| 17. | Сумська | 11,3 | 10 | 54,2 | 42,9 |
| 18. | Тернопільська | 58,1 | 51,4 | 51 | -7,1 |
| 19. | Харківська | 40,9 | 41,4 | 29,7 | -11,2 |
| 20. | Херсонська | 61,1 | 63,8 | 78,8 | 17,7 |
| 21. | Хмельницька | 26 | 26 | 39,4 | 13,4 |
| 22. | Черкаська | 60 | 61,1 | 73,8 | 13,8 |
| 23. | Чернівецька | 41,4 | 41,7 | 56 | 14,6 |
| 24. | Чернігівська | 63,5 | 54 | 72,2 | 8,7 |
| 25. | м. Київ | 57,1 | 25,6 | 38,3 | -18,8 |
| 26. | Україна | 50 | 46 | 58,2 | 8,2 |

У 2020 році, порівняно з 2010 роком, показник занедбаності раку ротової порожнини зріс в Україні на 8,2%. Найбільш несприятлива динаміка показника виявлена у Сумській (+42,9%), Вінницькій (+33,8%), Житомирській (+22,5%) та Київській (+22,3%) областях. Найбільш суттєве зменшення питомої ваги виявлення занедбаних випадків раку ротової порожнини за цей період відбулося у м. Києві (-18,8%), Харківській (-11,2%), Донецькій (-9,1%) та Кіровоградській (-7,8%) областях. Але навіть на тлі позитивних динамічних

змін на зазначених територіях у занедбаних стадіях у 2020 році діагностувалося не менше третини випадків раку ротової порожнини.

Аналіз діяльності стоматологічних закладів комунальної власності, здійснений за матеріалами їхньої статистичної звітності (ф. № 20), засвідчив, що за 2010–2020 рр. відбулося вагоме скорочення обсягів не тільки терапевтичної, а й усіх видів стоматологічної допомоги, наданої жителям України у закладах комунальної та державної власності.

Так, кількість хірургічних операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, виконаних в амбулаторно-поліклінічних закладах у розрахунку на 10000 осіб населення, скоротилася удвічі (з 80,3 у 2010 р. до 41,2 у 2020 р.), кількість осіб, які отримали зубні протези, зменшилася на 61,5% (з 1,3 на 100 осіб у 2010 р. до 0,5 у 2020 р.), а дітей, які завершили ортодонтичне лікування – на 56,7% (з 60,8 у 2010 р. до 26,3 на 10000 дітей у 2020 р.) (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Динаміка обсягів хірургічної, ортодонтичної та ортопедичної стоматологічної допомоги населенню України у комунальних стоматологічних закладах

| Назва показника | 2010 | 2015 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Тпр 2019/ 2010 (у %) | Тпр 2020/ 2010 (у %) |
|---|------|------|------|------|-------|------|---|---|
| Кількість операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, виконаних в амбулаторно-поліклінічних закладах (на 10000 осіб населення) | 80,3 | 63,3 | 62,2 | 59,1 | 56,42 | 41,2 | -29,7 | -48,7 |
| Кількість дітей, які завершили ортодонтичне лікування (на 10000 дітей) | 60,8 | 57,2 | 58,8 | 53,4 | 50,5 | 26,3 | -16,9 | -56,7 |
| Кількість осіб (дорослого населення), які отримали зубні протези, апарати (на 100 осіб) | 1,3 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,5 | -46,2 | -61,5 |

Скорочення обсягів хірургічної, ортопедичної та ортодонтичної допомоги населенню у 2020 році можна пояснити впливом епідемії COVID-19, але ця

тенденція проявилася раніше. Зокрема, у 2019 році обсяги хірургічної, ортопедичної та ортодонтичної допомоги знизилися, порівняно з 2010 роком, на 29,7%, 46,2% та 16,9% відповідно.

Одним із чинників, який сприяв формуванню вказаної тенденції, є вплив пацієнтів з державного до приватного сектора стоматології, у т. ч. через незадоволеність населення якістю стоматологічних послуг та сервісом у закладах комунальної власності (що засвідчують і результати наших досліджень, подані у розділі 4).

Результати виконаного нами аналізу розподілу окремих видів стоматологічних послуг між комунальними / державними та приватними стоматологічними закладами показали, що впродовж 2010–2020 рр. простежувалася стабільна тенденція до зростання значення приватної стоматології у забезпеченні населення України стоматологічною допомогою (табл. 3.15).

Встановлено, що у 2020 році на приватні заклади припадали 36,9% від усіх відвідувань стоматологів, зроблених дорослим населенням, 67,5% одержаних протезів, 48,6% пролікованих випадків карієсу, 43,5% випадків санації у порядку планової санації та за зверненнями, 26% амбулаторних операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, 58,6% курсів лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота. Найбільш вагомо зросла роль приватних стоматологічних закладів у наданні ортопедичної стоматологічної допомоги.

Таблиця 3.15

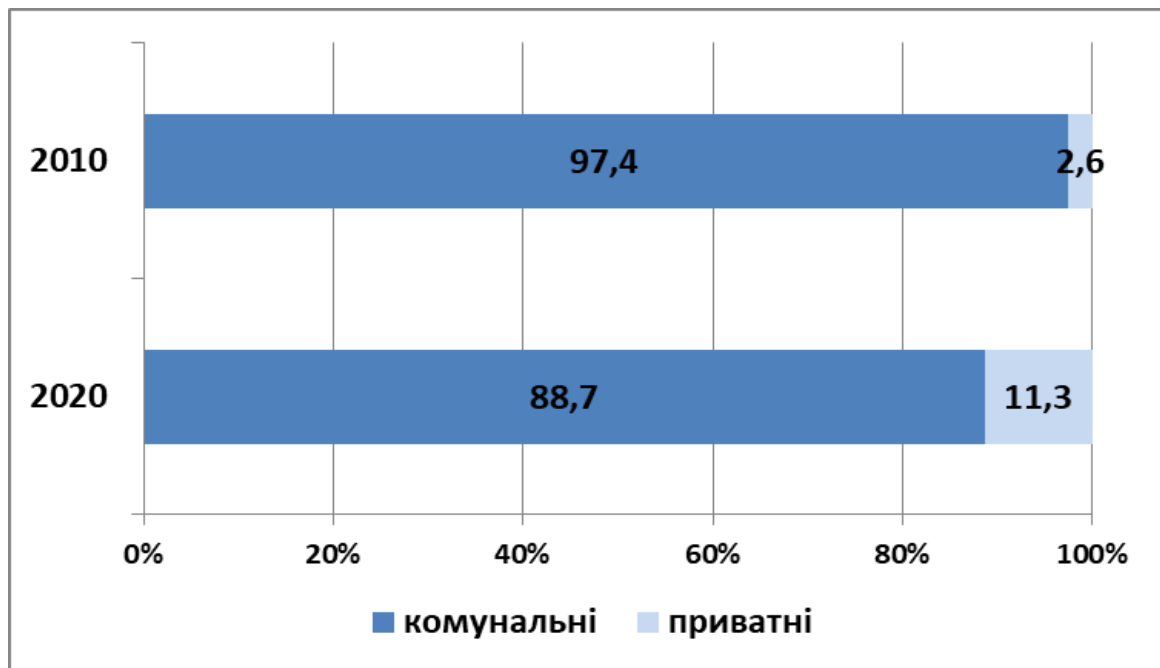
Розподіл наданих дорослому населенню України стоматологічних послуг між державними (комунальними) і приватними стоматологічними закладами (у %)

| Вид стоматологічних закладів | 2010 р. | 2015 р. | 2019 р. | 2020 р. |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Питома вага відвідувань стоматологічних закладів (у %) | | | | |
| Державні | 85,3 | 82,8 | 73,4 | 63,1 |
| Приватні | 14,7 | 17,2 | 26,6 | 36,9 |

| | | | | |
|---|--------|------|-------|-------|
| Разом | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Питома вага санованих у порядку планової санації та за зверненнями (у %) | | | | |
| Державні | 84,3 | 81,5 | 70,0 | 56,5 |
| Приватні | 15,7 | 18,5 | 30,0 | 43,5 |
| Разом | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Питома вага пролікованих випадків карієсу (у %) | | | | |
| Державні | 81,2 | 78,3 | 65,3 | 51,4 |
| Приватні | 18,8 | 21,7 | 34,7 | 48,6 |
| Разом | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Питома вага проведених курсів лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота (у %) | | | | |
| Державні | 81,7 | 77,4 | 58,24 | 41,41 |
| Приватні | 18,3 | 22,6 | 41,76 | 58,59 |
| Разом | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Питома вага операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині (у %) | | | | |
| Державні | 94,1 | 89,6 | 70,7 | 73,1 |
| Приватні | 5,9 | 10,4 | 28,4 | 26,0 |
| Разом | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Питома вага осіб, які отримали зубні протези (у %) | | | | |
| Державні | 64,3,0 | 52,6 | 40,4 | 32,5 |
| Приватні | 35,7 | 47,4 | 59,6 | 67,5 |
| Разом | 100 | 100 | 100 | 100 |

Роль приватних закладів у забезпеченні стоматологічної допомоги дитячому населенню є суттєво меншою, ніж дорослому, і комунальні ЗОЗ залишаються основними надавачами стоматологічних послуг дітям (мал. 3.12).

У той же час тенденція до збільшення частки відвідувань приватних стоматологічних закладів вже чітко простежується (з 2,6% у 2010 р. до 11,3% у 2020 р.).



Мал. 3.12. Розподіл відвідувань дитячим населенням лікарів-стоматологів між комунальними і приватними закладами, Україна, 2010, 2020 рр. (у %)

Таким чином, стоматологічні заклади комунальної та державної власності, незважаючи на скорочення їхньої мережі та посад лікарів-стоматологів у них, поки що продовжують відігравати провідну роль у наданні стоматологічної допомоги мешканцям України. Однак упродовж 2010–2020 рр. позначилася чітка тенденція до відпливу пацієнтів, у першу чергу віком 18 років і старше, до приватного сектора стоматологічної допомоги. Ця тенденція значною мірою зумовлена недостатнім фінансуванням комунальних стоматологічних закладів та незадоволеністю пацієнтів якістю стоматологічної допомоги у них.

Висновки до розділу 3

1. Встановлено, що впродовж 2010–2020 рр. в Україні тривав процес реструктуризації мережі стоматологічних закладів, який характеризувався суттєвим скороченням чисельності закладів комунальної / державної власності та стрімким зростанням чисельності приватних стоматологічних закладів і кабінетів. Цей процес зумовив відплив лікарів-стоматологів з комунального до приватного сектора стоматологічної допомоги. Впродовж періоду спостереження чисельність лікарів-стоматологів, зайнятих у комунальних / державних ЗОЗ України, зменшилася на 40,9% (з 21313 фізичних осіб у 2010 р. до 12601 у 2020 р.). При цьому забезпеченість населення лікарями-стоматологами скоротилася на 34,9% (з 4,67 на 10000 осіб населення у 2010 р. до 3,04 у 2020 р.). Укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів у комунальних / державних ЗОЗ знизилася впродовж періоду спостереження з 93,3% до 86,9%. За цей же час кількість лікарів-стоматологів у приватних закладах зросла у 1,4 рази (з 6349 до 8662 фізичних осіб), а вкомплектованість штатних посад стабільно складала 96%.

2. Показано, що лікарі-стоматологи, працевлаштовані у закладах комунальної / державної власності, мають достатньо високу кваліфікацію: 73,3% з них атестовані (67,2% серед лікарів усіх спеціальностей), серед атестованих половина (49,7%) має вищу, а третина (32,9%) – першу кваліфікаційну категорію. Лікарі-стоматологи комунального сектору стоматології мають у 2,2–2,9 рази вище середньорічне навантаження, ніж їхні колеги у приватних стоматологічних закладах.

3. Встановлено, що стоматологічні заклади комунальної / державної власності, незважаючи на скорочення їхньої мережі та посад лікарів-стоматологів у них, продовжують відігравати провідну роль у наданні стоматологічної допомоги населенню України. У 2020 році вони забезпечили 63,1% відвідувань дорослого і 88,7% – дитячого населення. Однак за 2010–2020 рр. позначилася тенденція до зменшення частки відвідувань цих закладів за

рахунок впливу пацієнтів, у першу чергу віком 18 років і старше, до приватного сектора стоматологічної допомоги, що значною мірою зумовлено недостатнім фінансуванням комунальних стоматологічних закладів та незадоволеністю пацієнтів якістю стоматологічної допомоги у них.

4. Виявлено негативну тенденцію до зменшення кількості відвідувань лікарів-стоматологів у розрахунку на одного мешканця у закладах комунальної / державної власності: серед дорослого населення – на 66,7% (з 0,9 у 2010 р. до 0,3 у 2020 р.), серед дитячого населення – на 70,6% (з 1,7 у 2010 р. до 0,5 у 2020 р.). За 10 років суттєво скоротилися обсяги всіх видів стоматологічної допомоги, наданої населенню України у закладах комунальної / державної власності: кількість виконаних амбулаторних стоматологічних оперативних втручань знизилася на 48,7% (з 80,3 у 2010 р. до 41,2 на 10000 осіб населення у 2020 р.), кількість осіб, які отримали зубні протези – на 61,5% (з 1,3 на 100 осіб у 2010 р. до 0,5 у 2020 р.), а дітей, які завершили ортодонтичне лікування – на 56,7% (з 60,8 на 10000 дітей до 26,3 відповідно).

5. Відзначено скорочення обсягів профілактичної допомоги, наданої мешканцям України у закладах комунальної / державної власності. Питома вага планово оглянутих стоматологом серед дорослого населення зменшилася на 15,3% (з 21,9% у 2010 р. до 6,6% у 2020 р.), а серед дітей – на 54,4% (з 71,6% до 17,2% відповідно), питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями скоротилася серед дорослого населення на 68,6% (з 24,2% у 2010 р. до 7,6% у 2020 р.), серед дітей – на 70% (з 43,3% до 12,6%, відповідно). Згортання профілактичної роботи у комунальних / державних ЗОЗ та несвоєчасне отримання стоматологічної допомоги через зниження її доступності призвело до зростання частки випадків лікування карієсу на стадії ускладнень (у 2020 році кожний четвертий (27,7%) випадок карієсу у дорослого населення та у дітей (23,9%) лікувався на стадії ускладнень) та виявлення більше половини (у 2020 році – 58,2%) випадків злякисних новоутворень ротової порожнини у занедбаних (III–IV) стадіях.

6. Виявлено проблеми у забезпеченні доступності стоматологічної допомоги для населення України. У 2020 році кожний 7-й мешканець України не зміг відвідати стоматолога та зробити протезування у разі потреби цих різновидів медичної допомоги. Основною причиною такої ситуації, на думку 95,1% опитаних, є висока вартість стоматологічних послуг.

7. З'ясовано, що вирішення проблеми забезпечення населення України доступною та якісною стоматологічною допомогою вимагає розробки ефективної кадрової політики у сфері охорони стоматологічного здоров'я, спрямованої на збереження кадрового потенціалу комунального сектора стоматології, напрацювання нових організаційних механізмів управління якістю стоматологічної допомоги, а також затвердження гарантованого рівня безоплатної стоматологічної допомоги для населення України, особливо для його соціально незахищених верств, зокрема, дітей та осіб пенсійного віку.

Публікації за розділом

1. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Кадрові ресурси як складова забезпечення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню України. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. Т. 26, № 1. С. 113–118.

2. Грохотов В.А. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine. // В.А. Грохотов, Н.М. Орлова, О.А. Канюра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12 cz.1 St. 2378-2382. (Scopus)

При написанні цього розділу були використані наступні джерела інформації: [191, 192].

РОЗДІЛ 4. СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ.

Проблеми якості та ефективності охорони здоров'я належать до найбільш актуальних, безпосередньо пов'язаних із кінцевими результатами діяльності системи та витратами її обмежених ресурсів. Зарубіжний досвід реалізації права на охорону здоров'я зосереджує увагу на основних факторах, які визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я в цілому: доступ до медичної допомоги, адміністративної результативності, фінансування охорони здоров'я [122,211,216,205,218,219].

Досягнення адекватного рівня якості медичної допомоги є одним із пріоритетних завдань щодо забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій державі. ВООЗ розглядає проблему якості медичної допомоги та чинників, що впливають на неї, з чотирьох позицій: максимального виконання професійних функцій, оптимального використання ресурсів, мінімального ризику для пацієнта та максимальної задоволеності пацієнта від взаємодії з медичною підсистемою [210].

В умовах переходу до ринкової економіки в Україні особливо важливого соціального значення набуває проблема забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою .

Це потребує формування системи управління якістю медичної допомоги як необхідного етапу організації сучасної, ефективною та якісною медицини [256].

У цій системі мають діяти ясні та реалістичні гарантії надання якісної медичної допомоги, легальні, зрозумілі та справедливі умови отримання медичної допомоги за платню, використовуватися різні механізми надання пільгової медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення [82,98,100].

Також важливим критерієм оцінки якості медичної допомоги є задоволеність пацієнтів [42,44]. Однією з головних умов успішного

функціонування системи є залученість персоналу у діяльність з удосконалення системи якості та розвитку економіки охорони здоров'я на принципах ДПП [80,61,27,67,78].

При цьому слід урахувати те, що зацікавлені сторони (пацієнти, лікарі) мають свої інтереси. Задоволеність медичною допомогою пацієнт оцінює зі своїх позицій, а медичний персонал – зі своїх; ці оцінки часто не збігаються, і причини таких розбіжностей різноманітні. Пацієнт у своїх оцінках частіше покладається на уявлення про очікувані результати лікування (не завжди реалістичні) та на суб'єктивні відчуття; лікар, навпаки, більше покладається на об'єктивні дані. Таким чином, оцінка якості медичної допомоги пацієнтами та ставлення лікаря до критеріїв якості мають безпосередній зв'язок із результатами надання медичної допомоги.

Соціологічна оцінка якості медичної допомоги у галузі управління охороною здоров'я становить своєрідний зворотний зв'язок, який дозволяє дізнатися, як населення ставиться до наданих медичних послуг і в чому полягають переваги та недоліки лікувального процесу на думку лікарів [110].

Соціологічна оцінка задоволеності населення медичною допомогою є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я та методом контролю ефективності діяльності закладів щодо збереження здоров'я населення.

В. Ф. Москаленко вважає, що з наукової точки зору соціологія визначається як наука про соціальні зміни, викликані активністю соціального суб'єкта, або ж як наука про соціальні відносини як механізми взаємозв'язку та взаємодії між різноманітними соціальними спільнотами, між особистістю та спільнотами, чи як наука про закономірності соціальних дій та масової поведінки [117].

4.1. Порівняльна характеристика стану організації та якості стоматологічної допомоги населенню м. Києва за матеріалами анкетування пацієнтів комунальних та приватних стоматологічних закладів

У 2021 році у м. Києві за спеціально розробленою програмою було проведено соціологічне дослідження двох груп респондентів: перша група – пацієнти п'яти стоматологічних установ комунальної власності (401 респондент), друга група – пацієнти восьми стоматологічних установ приватної власності (389 респондентів). Методом соціологічного дослідження було анкетування.

Соціологічне дослідження мало прикладний характер і мало на меті порівняльний аналіз задоволеності пацієнтів організацією медичної допомоги у зазначених типах ЗОЗ та отримати інформацію для прийняття на її основі певних рекомендацій – управлінських рішень. Отримані матеріали планувалося використати на наступних етапах дослідження.

Соціологічне дослідження було проведене за спеціально розробленою програмою і здійснене шляхом анкетування пацієнтів. Обидві вибірки респондентів були якісно та кількісно репрезентативними. Анкети заповнювалися пацієнтами анонімно після отримання стоматологічної допомоги. Оцінку статистичної достовірності відмінностей результатів соціологічного опитування пацієнтів у стоматологічних закладах комунальної та приватної власності здійснено за критерієм Хі-квадрат Пірсона (Chi-square test – χ^2). Статистична обробка матеріалів дослідження виконана із застосуванням Microsoft Excel 2010 та Statistica 8.0.

Важливим елементом підготовки дослідження було визначення методів збору та обробки інформації, розробка програм спостереження (анкет; додаток № 1).

Аналіз матеріалів проведеного дослідження дозволив визначити статево-віковий склад пацієнтів комунальних та приватних стоматологічних закладів,

здійснити порівняльний аналіз їхнього розподілу за соціальним і матеріальним станом та рівнем освіти, а також вивчити їхню задоволеність отриманою у КДЦ медичною допомогою. Основні результати анкетування респондентів подані у таблиці 4.1.

Розподіл пацієнтів за статтю не залежав від форми власності стоматологічного закладу. Як у комунальних, так і у приватних закладах більше половини пацієнтів становили жінки ($54,4 \pm 2,5\%$ та $56,3 \pm 2,5\%$ відповідно, $p > 0,05$). Вірогідних відмінностей у віковому складі пацієнтів також не було виявлено ($p > 0,05$). Так, майже половина пацієнтів і в комунальних і приватних закладах була презентована віковою групою 31–59 років ($45,9 \pm 2,5\%$ та $48,6 \pm 2,5\%$ відповідно); кожний п'ятий пацієнт належав до вікової групи 18–30 років ($20,2 \pm 2,0\%$ та $20,1 \pm 2,0\%$ відповідно), пацієнти віком 60 років і старше склали третину від усіх пацієнтів ($33,9 \pm 2,6\%$ та $31,4 \pm 2,4\%$ відповідно).

У соціологічному дослідженні брали участь пацієнти з різним рівнем освіти. Від освітнього рівня респондентів значною мірою залежить санітарна культура, медична активність та задоволеність наданою медичною допомогою. У комунальних закладах пацієнти з вищою освітою становили $47,9 \pm 2,5\%$, з середньою спеціальною освітою – $40,6 \pm 2,5\%$. У приватних закладах суттєво більшою була частка пацієнтів з вищою освітою ($72,8 \pm 2,3\%$, $p < 0,001$).

Таблиця 4.1

Результати соціологічного опитування пацієнтів, які звернулися до комунальних і приватних стоматологічних закладів у м. Києві

| № з/п | Питання | Варіант відповіді | Результати опитування пацієнтів комунальних стомат. закладів | | Результати опитування пацієнтів приватних стомат. Закладів | |
|-------|--------------|-------------------------|--|----------------|--|----------------|
| | | | Абс. n=401 | P±m % | Абс. n=389 | P±m % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Ваша стать? | 1. 1 – чоловік | 183 | $45,6 \pm 2,5$ | 170 | $43,7 \pm 2,5$ |
| | | 1.2 – жінка | 218 | $54,4 \pm 2,5$ | 219 | $56,3 \pm 2,5$ |
| 2 | Ваш вік? | 2.1. – 18 – 30 років | 81 | $20,2 \pm 2,0$ | 78 | $20,1 \pm 2,0$ |
| | | 2.2 – 31 – 59 років | 184 | $45,9 \pm 2,5$ | 189 | $48,6 \pm 2,5$ |
| | | 2.3 – 60 років і старше | 136 | $33,9 \pm 2,6$ | 122 | $31,4 \pm 2,4$ |
| 3 | Ваша освіта? | 3.1. вища | 192 | $47,9 \pm 2,5$ | 283 | $72,8 \pm 2,3$ |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|-----|----------|-----|----------|
| | | 3.2. середня спеціальна | 163 | 40,6±2,5 | 101 | 26,0±2,2 |
| | | 3.3. середня | 46 | 11,5±1,6 | 5 | 1,3±0,6 |
| 4 | Ваша соціальна належність? | 4.1. працюючий | 264 | 65,8±2,4 | 319 | 82,1±2,1 |
| | | 4.2. непрацюючий | 44 | 11,0±1,6 | 51 | 13,1±1,7 |
| | | 4.5. інвалід | 20 | 5,0±1,1 | 7 | 1,8±1,3 |
| | | 4.6. пенсіонер | 73 | 18,2±1,9 | 12 | 3,1±0,9 |
| 5 | Як Ви оцінюєте свій матеріальний стан? | 5.1. гарний | 76 | 19,0±2,0 | 310 | 79,7±2,0 |
| | | 5.2. задовільний | 177 | 44,1±2,5 | 79 | 20,3±2,0 |
| | | 5.3. незадовільний | 148 | 36,9±2,4 | 0 | 0 |
| 6 | Яким чином Ви записалися на прийом до стоматолога? | 6.1. телефоном | 161 | 40,1±2,4 | 341 | 87,7±1,7 |
| | | 6.2. звернувся самостійно | 240 | 59,9±2,4 | 48 | 12,3±1,7 |
| 7 | Яка причина Вашого звернення до медичної організації? | 7.1 лікування | 264 | 65,8±2,4 | 176 | 45,2±2,5 |
| | | 7.2 обстеження | 73 | 18,2±1,9 | 79 | 20,3±2,0 |
| | | 7.3 профілактичний огляд | 17 | 4,2±1,0 | 122 | 31,4±2,4 |
| | | 7.4 диспансерне спостереження | 47 | 11,8±1,7 | 12 | 3,1±0,9 |
| 8 | Що для вас є найважливішим при виборі медичної організації? | 8.1. широкий спектр послуг | 29 | 7,2±1,3 | 101 | 26,0±2,2 |
| | | 8.2. у кроковій доступності до будинку | 30 | 7,5±1,2 | 23 | 5,9±1,2 |
| | | 8.3. популярність клініки серед друзів та знайомих | 56 | 14,0±1,7 | 219 | 56,3±2,5 |
| | | 8.4. вартість послуг | 286 | 71,3±2,3 | 46 | 11,8±1,7 |
| 9 | Чи надавалася Вам можливість вибору лікаря за Вашим бажанням? | 9.1. так | 268 | 66,8±2,4 | 387 | 99,5±0,4 |
| | | 9.2. ні | 107 | 26,7±2,2 | 2 | 0,5±0,4 |
| 10 | Яким коштом фінансується Ваше відвідування стоматолога? | 10.1. страхового поліса | 17 | 4,2±1,0 | 2 | 0,5±0,4 |
| | | 10.2. особистих коштів | 355 | 88,5±1,6 | 387 | 99,5±0,4 |
| | | 10.3. за рахунок пільг | 29 | 7,2±1,3 | 0 | 0 |
| 11 | Чи надавалася Вам можливість: | 11.1. узгодити з лікарем обсяг передбачуваного стоматологічного втручання; | 264 | 65,8±2,4 | 366 | 94,1±1,2 |
| | | 11.2. отримати інформацію від лікаря про можливі ускладнення після лікування; | 73 | 18,2±1,9 | 377 | 96,9±0,9 |
| | | 11.3. узгодити ціну передбачуваного стоматологічного втручання? | 177 | 44,1±2,5 | 387 | 99,5±0,4 |
| <i>Продовження таблиці 4.1</i> | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Скільки часу Ви чекали на прийом лікаря у черзі? | 12.1 до 20 хвилин | 149 | 37,2±2,4 | 23 | 5,9±1,2 |
| | | 12.2. від 20 до 60 хвилин | 181 | 45,1±2,5 | 0 | 0 |
| | | 12.3. більше години | 71 | 17,7±1,9 | 0 | 0 |
| | | 12.4 не очікував | 0 | 0 | 366 | 94,1±1,2 |
| 13 | Чи задоволені Ви умовами очікування | 13.1 повністю | 139 | 34,7±2,4 | 385 | 99,0±0,5 |
| | | 13.2. частково | 198 | 49,4±2,5 | 4 | 1,0±0,5 |

| | | | | | | |
|----|---|--|-----|----------|-----|----------|
| | прийому (наявність вільних місць для очікування, туалету, чистота та свіжість приміщення)? | 13.3. скоріше незадоволений | 56 | 14,0±1,7 | 0 | 0 |
| | | 13.4. цілком незадоволений | 8 | 2,0±1,7 | 0 | 0 |
| 14 | Чи провели Вам на прийомі повне обстеження порожнини рота та зубів? | 14.1. так | 12 | 3,0±0,9 | 378 | 97,2±0,8 |
| | | 14.2. частково | 56 | 14,0±1,7 | 11 | 2,8±0,8 |
| | | 14.3 ні | 333 | 83,0±1,9 | 0 | |
| 15 | Чи задоволені Ви якістю отриманої стоматологічної допомоги? | 15.1. повністю | 88 | 21,9±2,1 | 380 | 97,7±0,8 |
| | | 12.2. не зовсім | 297 | 74,1±2,2 | 9 | 2,3±0,8 |
| | | 12.3. ні | 16 | 4,0±1,0 | 0 | 0 |
| 16 | Чи влаштовує Вас рівень матеріально-технічного забезпечення стоматологічного кабінету? | 16.1. так | 64 | 16,0±1,8 | 381 | 97,9±0,7 |
| | | 16.2. частково | 286 | 71,3±2,3 | 8 | 2,1±0,7 |
| | | 16.3. ні | 51 | 12,7±1,7 | 0 | 0 |
| 17 | Чи пояснили Вам шляхи і методи профілактики Вашого захворювання? | 17.1. так | 222 | 55,4±2,5 | 385 | 99,0±0,5 |
| | | 17.2. ні | 179 | 44,6±2,5 | 4 | 1,0±0,5 |
| 18 | Чи було Вам призначене лікування вдома після прийому лікаря? | 18.1. так | 259 | 64,6±2,4 | 385 | 99,9±0,5 |
| | | 18.2. ні | 142 | 35,4±2,4 | 384 | 1,1±0,5 |
| 19 | Чи зрозумілі Вам надані лікарем рекомендації? | 19.1. так | 387 | 96,5±0,9 | 5 | 98,7±0,6 |
| | | 19.2. ні | 14 | 3,5±0,9 | 3 | 1,3±0,6 |
| 20 | Чи можна назвати стоматологічний заклад, до якого Ви звернулися, доступним? | 20.1. так | 311 | 77,6±2,1 | 304 | 78,1±2,1 |
| | | 20.2. частково | 77 | 19,2±2,0 | 85 | 21,9±2,1 |
| | | 20.3. ні | 13 | 3,2±0,9 | 0 | 0 |
| 21 | Як Ви оціните рівень довіри до лікарського персоналу (ввічливість, гуманність, професіоналізм)? | 21.1. високий | 268 | 66,8±2,4 | 379 | 97,4±0,8 |
| | | 21.2. задовільний | 107 | 26,7±2,2 | 10 | 2,6±0,8 |
| | | 21.3. низький | 26 | 6,5±1,2 | 0 | 0 |
| 22 | Чи задоволені Ви відвідуванням цієї стоматологічної установи загалом? | Так | 281 | 70,1±2,3 | 385 | 99,0±0,5 |
| | | Ні | 100 | 24,9±2,2 | 4 | 1,0±0,5 |
| | | Поки не знаю | 20 | 5,0±1,1 | 0 | 0 |
| 23 | Чому Ви звернулися до комунального стоматологічного закладу? | 23.1. у кроковій доступності до будинку | 82 | 20,4±2,0 | - | - |
| | | 23.2. звичка | 10 | 2,5±0,8 | - | - |
| | | 23.3. дешевші послуги | 309 | 77,1±2,1 | - | - |
| 24 | Чому Ви звернулися до приватного стоматологічного закладу? | 24.1. вища кваліфікація лікарів-стоматологів | - | - | 380 | 97,7±0,8 |
| | | 24.2. наявність сучасного медичного обладнання. | - | - | 382 | 98,2±0,7 |
| | | 24.1. можна отримати якісні стоматологічні послуги | - | - | 381 | 97,9±0,7 |
| | | 21.3. поважне ставлення персоналу та сервіс | - | - | 378 | 97,2±0,8 |

Переважає більшість пацієнтів як у комунальних (65,8±2,4%), так і у приватних закладах (77,1±2,1%) була презентована зайнятим (працюючим)

населенням. У комунальних закладах майже чверть від загальної кількості анкетованих становили пенсіонери та особи з інвалідністю ($18,2 \pm 1,9\%$, $5,0 \pm 1,1\%$ в), тоді як у приватних закладах частка таких пацієнтів була вірогідно ($p < 0,01$) меншою ($1,8 \pm 1,3\%$ та $3,1 \pm 0,9\%$ відповідно). За своїм матеріальним станом пацієнти досліджуваних об'єктів суттєво відрізнялися ($p < 0,001$). Так, свій матеріальний стан оцінили як гарний $19,0 \pm 2,0\%$ респондентів у комунальних закладах та $79,7 \pm 2,0\%$ у приватних. Незадовільним свій матеріальний стан назвала третина ($36,9 \pm 2,4\%$) пацієнтів комунальних закладів, тоді як у приватних закладах такої оцінки не було одержано.

Суттєві відмінності виявлені і в організації стоматологічної допомоги у закладах різної форми власності.

Зокрема, записалися на прийом до лікаря-стоматолога телефоном $40,1 \pm 2,4\%$ респондентів у комунальних закладах, тоді як у приватних – $87,7 \pm 1,7\%$ ($p < 0,001$).

У дослідженні встановлено, що основною причиною звернення респондентів до лікаря-стоматолога була потреба у лікуванні ($65,8 \pm 2,4\%$ у комунальних та $45,2 \pm 2,5\%$ у приватних закладах). З метою профілактичного огляду звернулися лише $4,2 \pm 1,0\%$ пацієнтів у комунальних та $31,4 \pm 2,4\%$ у приватних закладах ($p < 0,001$). Ці результати свідчать про те, що відбулося суттєве скорочення обсягів профілактичної допомоги у комунальних закладах.

Основними чинниками, які детермінували вибір стоматологічного закладу, пацієнти комунальних установ назвали популярність закладу серед друзів та знайомих ($14,0 \pm 1,7\%$), а також вартість послуг ($71,3 \pm 2,3\%$). Респонденти приватних закладів вказали популярність клініки ($56,3 \pm 2,5\%$) та широкий спектр стоматологічних послуг ($26,0 \pm 2,2\%$). Ці результати засвідчують, що до комунальних закладів звертаються менш забезпечені матеріально пацієнти, для яких першочерговим чинником вибору стоматологічного закладу є ціна на стоматологічні послуги.

Згідно з результатами опитування, обрати лікаря-стоматолога за власним бажанням могли $66,8 \pm 2,4$ % пацієнтів комунальних закладів та $99,5 \pm 0,4$ % – приватних ($p < 0,001$).

У переважній більшості випадків пацієнти оплачували стоматологічну допомогу особистим коштом як у комунальних ($88,5 \pm 1,6$ %), так і у приватних ($99,5 \pm 0,4$ %) ($p < 0,01$) закладах.

Мали можливість узгодити з лікарем-стоматологом обсяг передбачуваного стоматологічного втручання $65,8 \pm 2,4$ % пацієнтів комунальних та $94,1 \pm 1,2$ % приватних закладів ($p < 0,001$). Отримати інформацію від лікаря-стоматолога про можливі ускладнення після лікування могли $18,2 \pm 1,9$ % пацієнтів комунальних закладів та $96,9 \pm 0,9$ % – приватних ($p < 0,001$). Узгодити ціну передбачуваного стоматологічного втручання могли $44,1 \pm 2,5$ % пацієнтів комунальних закладів та $99,5 \pm 0,4$ % – приватних ($p < 0,001$). Наведені дані свідчать про те, що у приватних закладах стоматологічна допомога є більш акцентованою на потребах, безпеці та задоволеності пацієнта.

Вагоме значення у формуванні задоволеності населення отриманою медичною допомогою відіграє організація прийому лікарів-стоматологів.

Якщо $45,1 \pm 2,5$ % пацієнтів у комунальних закладах чекали у черзі на прийом лікаря-стоматолога від 20 до 60 хвилин, а $17,7 \pm 1,9$ % – понад годину, то у приватних закладах $94,1 \pm 1,2$ % пацієнтів приймалися відповідно до запису у встановлений час, що виключало чергу.

Умовами очікування прийому (наявність вільних місць для очікування, туалету, чистота приміщення) були задоволені $99,0 \pm 0,5$ % пацієнтів приватних закладів та лише третина ($34,7 \pm 2,4$ %) комунальних ($p < 0,001$).

Необхідність створення зручних приміщень для очікування пацієнтами прийому лікаря-стоматолога у приватних закладах була врахована організаторами під час планування закладу.

Повнота стоматологічного обстеження була оцінена респондентами двох типів стоматологічних закладів по-різному. Згідно з відповідями респондентів, у комунальних закладах повне обстеження порожнини рота та зубів було

проведено тільки $3,0 \pm 0,9\%$ пацієнтів, частково $14,0 \pm 1,7\%$. $83,0 \pm 1,9\%$ пацієнтів комунальних закладів повне обстеження порожнини рота та зубів не проводилося. У приватних закладах $97,2 \pm 0,8\%$ пацієнтів було проведено повне обстеження порожнини рота та зубів ($p < 0,001$).

Якістю отриманого стоматологічного лікування були повністю задоволені $21,9 \pm 2,1\%$ пацієнтів комунальних та $97,7 \pm 0,8\%$ приватних закладів ($p < 0,001$).

Згідно з одержаними результатами анкетування, якість стоматологічного обстеження та лікування у комунальних закладах не можна визнати задовільною.

Рівень матеріально-технічного забезпечення стоматологічного кабінету задовольнив $16,0 \pm 1,8\%$ пацієнтів комунальних закладів та $97,9 \pm 0,7\%$ приватних ($p < 0,001$).

На запитання «Чи пояснили Вам шляхи і методи профілактики Вашого захворювання?» позитивну відповідь надали $55,4 \pm 2,5\%$ пацієнтів комунальних закладів та $99,0 \pm 0,5\%$ приватних ($p < 0,001$).

Після стоматологічного прийому було призначене лікування та надані пояснення і рекомендації щодо його проведення $64,6 \pm 2,4\%$ пацієнтам комунальних закладів та $99,9 \pm 0,5\%$ приватних ($p < 0,001$).

$77,6 \pm 2,1\%$ пацієнтів комунальних закладів та $78,1 \pm 2,1\%$ приватних вважають заклад, до якого звернулися, доступним. Схожість відсотків зрозуміла, враховуючи, що для однієї групи пацієнтів доступність вимірюється ціною послуги, а для іншої – широким спектром послуг.

Ставлення медичного персоналу (ввічливість, гуманність) високо оцінили $66,8 \pm 2,4\%$ пацієнтів комунальних закладів та $97,4 \pm 0,8\%$ приватних ($p < 0,001$).

Загалом залишилися задоволеними відвідуванням стоматологічного закладу $70,1 \pm 2,3\%$ пацієнтів комунальних та $99,0 \pm 0,5\%$ приватних закладів ($p < 0,001$).

Основною причиною ($77,1 \pm 2,1\%$) звернення саме до комунального закладу респонденти назвали нижчі ціни на стоматологічні послуги.

Пацієнти приватного закладу причинами свого звернення до певного типу закладу назвали високу кваліфікацію лікарів-стоматологів ($97,7\pm 0,8\%$), наявність сучасного обладнання ($98,2\pm 0,7\%$), можливість отримати якісні стоматологічні послуги ($97,9\pm 0,7\%$), уважне ставлення медичного персоналу та гарний сервіс ($97,2\pm 0,8\%$).

Результати проведеного соціологічного дослідження пацієнтів можна порівняти з результатами досліджень інших авторів. На існування проблем у забезпеченні якості та доступності амбулаторної допомоги вказують багато дослідників [8, 53, 104, 210].

Водночас порівняльне соціологічне дослідження результатів опитування пацієнтів комунальних та приватних стоматологічних організацій проводиться вперше.

Результати проведеного соціологічного дослідження засвідчили суттєво вищий рівень задоволеності пацієнтів приватних закладів якістю отриманої стоматологічної допомоги, порівняно з пацієнтами комунальних закладів. У приватних клініках стоматологічна допомога є більш акцентованою на потребах, безпеці та задоволеності пацієнта. Пацієнти приватних закладів причинами свого звернення до них назвали високу кваліфікацію лікарів-стоматологів, наявність сучасного обладнання, можливість одержати якісні стоматологічні послуги, уважне ставлення медичного персоналу та гарний сервіс.

Споживачів послуг комунального сектора стоматології не задовольняють організація стоматологічного прийому, рівень матеріально-технічного устаткування закладів, низька сервісна складова надання допомоги, повнота стоматологічного обстеження, низький рівень залучення пацієнтів до визначення обсягів, методів та, відповідно, вартості стоматологічної допомоги. Основною причиною звернення пацієнтів до комунального закладу є нижчі, порівняно з приватними клініками, ціни на стоматологічні послуги.

Основними шляхами підвищення задоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою має стати зростання її якості, орієнтованість на

пацієнта на основі персоніфікованого підходу, оптимізація цінової політики, надання пільг для соціально незахищених груп населення.

4.2. Характеристика стану організації та якості стоматологічної допомоги населенню м. Києва за матеріалами анкетування лікарів-стоматологів комунальних та приватних стоматологічних закладів у порівнянні.

Стоматологічна амбулаторно-поліклінічна допомога є одним із найбільш масових видів медичного обслуговування населення. Близько 80% населення починають і завершують лікування зубів у комунальних стоматологічних ЗОЗ. Саме від організації стоматологічної допомоги у цих ЗОЗ залежить стан здоров'я населення та ефективність діяльності системи комунальних стоматологічних ЗОЗ загалом.

Провідним інструментом аналізу проблем організації медичної допомоги та її якості є соціологічний метод оцінки, який дозволяє отримати показники для загального висновку про достовірність даних та різницю між групами у межах вибірки.

Системну класифікацію методів аналізу якості в охороні здоров'я було вперше запропоновано А. Донапетяном; за своїм епонімічним компонентом вона відома як «тріада Донапетяна». Ця методика дозволяє оцінювати індикатори критеріїв якості структури, процесу та результатів [238].

Система управління якістю медичної послуги на практиці є складною, з огляду на необхідність контролю всіх процесів і стадій виробництва послуги – від фінансування закладу, етапу придбання обладнання та матеріалів, навчання професійних кадрів до надання готової послуги.

Водночас, згідно зі статистичними даними МОЗ України, більша частина населення (>80%) отримує стоматологічну допомогу у ЗОЗ державної / комунальної форми власності [192].

Слід зазначити, що стоматологічна захворюваність в Україні зростає щороку. За даними президента ГО «Асоціація стоматологів України» І. П. Мазур, протягом 2016 року зафіксовано понад 43 млн візитів-звернень на предмет стоматологічної допомоги; при цьому кожна друга особа потребувала санації ротової порожнини. Така картина спостерігалася як серед дітей, так і серед дорослих. 83% від зазначеної кількості населення відвідували державні ЗОЗ, орієнтуючись на вартість стоматологічних послуг [97].

Протягом 2008–2020 рр. простежувалася стабільна тенденція до зростання стоматологічної захворюваності та погіршення забезпечення населення України стоматологічною допомогою [191, 192].

Низький рівень стоматологічного здоров'я населення України зумовлює актуальність проблеми підвищення доступності та якості стоматологічної допомоги. Державна / комунальна та гарантована бюджетом стоматологічна допомога має бути доступною і якісною.

Анкетування лікарів-стоматологів комунальних та приватних стоматологічних закладів у порівнянні мало на меті проведення соціологічного дослідження серед лікарів-стоматологів комунальних і приватних установ м. Києва з питань якості стоматологічної допомоги, проаналізувати отримані оцінки, виявити фактори, що впливають на якість стоматологічної допомоги.

Для досягнення поставленої мети у роботі проведено медико-соціологічне дослідження на базі трьох комунальних стоматологічних ЗОЗ та трьох приватних стоматологічних установ м. Києва. Анкетуванням охоплено вибіркочу сукупність – 259 лікарів-стоматологів комунальних закладів 3 районів м. Києва, та 109 лікарів-стоматологів приватних стоматологічних установ з тих самих районів м. Києва.

Обидві вибірки були якісно та кількісно репрезентативними. Анкети заповнювалися пацієнтами анонімно. Опитування респондентів обох груп проводилося за спеціально розробленою анкетною, яка містила 24 питання та 72 запитань. Статистична обробка матеріалів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного

зведення, аналізу абсолютних та відносних рядів розподілу, оцінку статистичної достовірності відмінності результатів соціологічного опитування лікарів-стоматологів комунальних закладів м. Києва та стоматологів приватних стоматологічних закладів (за критерієм Пірсона χ^2).

Порівняльний аналіз статево-вікового складу серед лікарів першої групи (комунальних закладів) та другої групи (приватних закладів) (табл. 4.2) показав, що серед респондентів першої групи $67,6 \pm 2,9\%$ становили жінки та $32,4 \pm 2,9\%$ – чоловіки, серед респондентів другої групи – $66,1 \pm 4,5\%$ та $33,9 \pm 4,5\%$ відповідно. Статистично значущих відмінностей у складі лікарів першої та другої груп за статтю не спостерігалось ($p > 0,05$),

За віковим складом респонденти були презентовані: віком до 29 років – $14,7 \pm 2,2\%$ у першій групі, $17,4 \pm 3,6\%$ – у другій; від 30 до 49 років – $46,7 \pm 3,1\%$ у першій групі, $55,0 \pm 4,8\%$ – у другій; 50–59 років – $35,9 \pm 3,0\%$ у першій групі, $27,5 \pm 4,3\%$ – у другій. Тобто у приватних закладах була вірогідно більшою частка лікарів у віці молодше 50 років ($p < 0,05$).

Стаж роботи до 5 років мали $15,1 \pm 2,2\%$ респондентів першої групи та $5,5 \pm 2,2\%$ другої. Стаж роботи 5–15 років мали $38,2 \pm 3,0\%$ першої групи та $72,5 \pm 4,3\%$ другої. Стаж понад 15 років – $46,7 \pm 3,1\%$ та $22,0 \pm 4,0\%$ відповідно.

Стаж у певному закладі на конкретній посаді до 5 років мали $12,0 \pm 2,0\%$ першої групи та $32,1 \pm 4,5\%$ другої. Від 5 до 10 років – $25,5 \pm 2,7\%$ та $49,5 \pm 4,8\%$ відповідно. Понад 10 років – $62,5 \pm 3,0\%$ та $18,3 \pm 3,7\%$ відповідно.

Більш молодий віковий склад лікарів-стоматологів у приватних закладах пояснює меншу частку серед них, порівняно з лікарями-стоматологами комунальних закладів, фахівців зі стажем роботи понад 15 років та понад 10 років на останній посаді ($p < 0,05$).

Вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю мали $57,1 \pm 3,1\%$ лікарів першої групи та $78,9 \pm 3,9\%$ другої ($p < 0,01$). Першу кваліфікаційну категорію мали $28,2 \pm 2,8\%$ лікарів першої групи та $21,1 \pm 3,9\%$ другої.

Таким чином, можна констатувати, що респондентами були доволі підготовлені лікарі-стоматологи.

Результати анкетування лікарів, які працюють у комунальних та приватних стоматологічних закладах м. Києва

| № з/п | Запитання | Варіанти відповіді | Результати опитування лікарів | | | |
|-------|---|---|-------------------------------|----------|--------------------|----------|
| | | | Комунальних закладів | | Приватних закладів | |
| | | | Абс. n=259 | % | Абс. n=109 | P±m% |
| 1 | Ваша стать? | 1.1. чоловіча | 84 | 32,4±2,9 | 37 | 33,9±4,5 |
| | | 1.2. жіноча | 175 | 67,6±2,9 | 72 | 66,1±4,5 |
| 2 | Ваш вік? | 2.1. до 29 років | 38 | 14,7±2,2 | 19 | 17,4±3,6 |
| | | 2.2. від 30 до 49 років | 121 | 46,7±3,1 | 60 | 55,0±4,8 |
| | | 2.3. від 50-59 років | 93 | 35,9±3,0 | 30 | 27,5±4,3 |
| | | 2.4. 60 і більше років | 7 | 2,7±1,0 | 0 | 0 |
| 3 | Ваш загальний лікарський стаж роботи? | 3.1. до 5 років | 39 | 15,1±2,2 | 6 | 5,5±2,2 |
| | | 3.2. 5-15 років | 99 | 38,2±3,0 | 79 | 72,5±4,3 |
| | | 3.3. понад 15 років | 121 | 46,7±3,1 | 24 | 22,0±4,0 |
| 4 | Ваш стаж у цьому закладі, на цьому робочому місці? | 4.1. до 5 років | 31 | 12,0±2,0 | 35 | 32,1±4,5 |
| | | 4.2. від 5 до 10 років | 66 | 25,5±2,7 | 54 | 49,5±4,8 |
| | | 4.3. понад 10 років | 162 | 62,5±3,0 | 20 | 18,3±3,7 |
| 5 | Ваша кваліфікаційна категорія за спеціальністю? | 5.1. вища | 148 | 57,1±3,1 | 86 | 78,9±3,9 |
| | | 5.2. перша | 73 | 28,2±2,8 | 23 | 21,1±3,9 |
| | | 5.3. друга | 38 | 14,7±2,2 | 0 | 0 |
| 6 | Який із зазначених підходів до підвищення якості стоматологічної допомоги використовує система управління Вашого закладу? | 6.1. вивчення задоволеності пацієнтів одержаною стоматологічною допомогою | 102 | 39,4±3,0 | 97 | 89,0±3,0 |
| | | 6.2. наявність рекомендацій для лікарів з метою підвищення якості стоматологічної допомоги та запобігання дефектам у роботі | 36 | 13,9±2,1 | 83 | 76,1±4,1 |
| | | 6.3. виявлення експертами факторів, які мали негативний вплив на якість стоматологічної допомоги | 47 | 18,1±2,4 | 59 | 54,1±4,8 |
| 7 | Як Ви оцінюєте систему оплати праці, що діє у Вашому закладі? | 7.1. позитивно | 72 | 27,8±2,8 | 107 | 98,2±1,3 |
| | | 7.2. негативно | 160 | 61,8±3,0 | - | 0,0 |
| | | 7.3. важко відповісти | 27 | 10,4±1,9 | 2 | 1,8±1,3 |
| 8 | Як Ви оцінюєте умови праці (управлінський регламент та адміністративні впливи)? | 8.1. позитивно | 89 | 34,4±3,0 | 96 | 88,1±3,1 |
| | | 8.2. негативно | 159 | 61,4±3,0 | 0 | 0,0 |
| | | 8.3. важко відповісти | 11 | 4,2±1,3 | 13 | 11,9±3,1 |
| 9 | Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі, спрямовані на: | 9.1. забезпечення юридичної і фінансової самостійності та стабільності закладу; | 201 | 77,6±2,6 | 9 | 6,9±2,6 |
| | | 9.2. оновлення медичного обладнання, матеріалів, інструментів; | 227 | 87,6±2,0 | 44 | 22,1±4,7 |
| | | 9.3. забезпечення задоволеності пацієнтів; | 184 | 71,0±2,8 | 89 | 13,7±3,7 |
| | | 9.4. підвищення якості медичної допомоги? | 149 | 57,5±3,1 | 78 | 18,7±4,3 |

| Продовження табл. 4.2 | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|------|----------|-----------------------------|------|----------|
| № з/п | Запитання | Результати опитування лікарів-стоматологів | | | | | |
| | | Комунальних закладів n=259 | | | Приватних закладів n=109 | | |
| | | ВВ* | Абс. | P±m% | ВВ* | Абс. | P±m% |
| 10 | Для забезпечення прийняттого рівня якості надання стоматологічної допомоги: | | | | | | |
| | 10.1. Чи має Ваш заклад достатню кількість трудових та фінансових ресурсів? | так | 144 | 55,6±3,1 | так | 97 | 89,0±3,0 |
| | | ні | 63 | 24,3±2,7 | ні | 0 | 0,0 |
| | | не знаю | 52 | 20,1±2,5 | не знаю | 12 | 11,0±3,0 |
| | 10.2. Чи має Ваш кабінет медичне обладнання та матеріали, що відповідають сучасному науково-технічному рівню? | так | 58 | 22,4±2,6 | так | 104 | 95,4±2,0 |
| | | ні | 201 | 77,6±2,6 | ні | 5 | 4,6±2,0 |
| | | не знаю | 0 | 0,0 | не знаю | 0 | 0,0 |
| | 10.3. Чи знайомі Ви зі стандартами якості послуг? | так | 88 | 34,0±2,9 | так | 102 | 93,6±2,3 |
| | | ні | 161 | 62,2±3,0 | ні | 5 | 4,6±2,0 |
| | | не знаю | 10 | 3,9±1,2 | не знаю | 0 | 1,8±1,3 |
| 11 | Для забезпечення якості стоматологічної допомоги: | | | | | | |
| | 11.1. Чи користуєтеся Ви стандартами якості? | так | 80 | 30,9±2,9 | так | 98 | 89,9±2,9 |
| | | ні | 178 | 68,7±2,9 | ні | 11 | 10,1±2,9 |
| | | не знаю | 1 | 0,4±0,4 | не знаю | 0 | 0,0 |
| | 11.2. Чи проходили Ви навчання з питань забезпечення якості та безпеки пацієнтів? | так | 50 | 19,3±2,5 | так | 87 | 79,8±3,8 |
| | | ні | 209 | 80,7±2,5 | ні | 22 | 20,2±3,8 |
| | | не знаю | 0 | 0,0 | не знаю | 0 | 0 |
| | 11.3. Чи здійснюється у Вашому закладі внутрішній контроль якості? | так | 144 | 55,6±3,1 | так | 87 | 92,7±2,5 |
| | | ні | 72 | 27,8±2,8 | ні | 22 | 1,8±1,3 |
| | | не знаю | 43 | 16,6±2,3 | не знаю | 0 | 5,5±2,2 |
| 12 | Якими нормативами якості повинні керуватися лікарі при наданні стоматологічної допомоги? | | | | | | |
| | 12.1. галузевими нормативами (клінічні протоколи, формуляри лікарських засобів). | так | 130 | 50,2±3,1 | так | 107 | 98,2±1,3 |
| | | ні | 75 | 29,0±2,8 | ні | 2 | 1,8±1,3 |
| | | не знаю | 54 | 20,8±2,5 | не знаю | 0 | 0 |
| | 12.2. локальними протоколами (внутрішні стандарти). | так | 81 | 31,3±2,9 | так | 108 | 99,1±0,9 |
| | | ні | 161 | 62,2±3,0 | ні | 0 | 0,0 |
| | | не знаю | 17 | 6,6±1,5 | не знаю | 1 | 0,9±0,9 |
| | 12.3. власним досвідом і знаннями. | так | 63 | 24,3±2,7 | так | 27 | 24,8±4,1 |
| | | ні | 196 | 75,7±2,7 | ні | 0 | 0 |
| | | не знаю | 0 | 0 | не знаю | 0 | 0 |

*ВВ – варіант відповіді

Відповіді лікарів-стоматологів на питання щодо організації роботи з підвищення якості медичної допомоги у комунальних та приватних стоматологічних суттєво відрізнялися.

Так, на запитання про проведення у закладах вивчення задоволеності пацієнтів одержаною стоматологічною допомогою позитивно відповіли 39,4±3,0% респондентів першої групи та 89,0±3,0% другої (p<0,001). На запитання наявності рекомендацій для лікарів про підвищення якості

стоматологічної допомоги та запобігання дефектам у роботі позитивно відповіли $13,9 \pm 2,1\%$ респондентів першої групи та $76,1 \pm 4,1\%$ другої ($p < 0,001$). На запитання про наявність практики виявлення експертами факторів, які мали негативний вплив на якість стоматологічної допомоги, позитивно відповіли $18,1 \pm 2,4\%$ респондентів першої групи та $54,1 \pm 4,8\%$ другої ($p < 0,001$).

Опитування показало, що у досліджуваних комунальних стоматологічних закладах робота, яка має бути спрямована на підвищення якості медичної допомоги, проводиться слабо.

Звертає на себе увагу та обставина, що лише $61,8 \pm 3,0\%$ опитаних лікарів-стоматологів комунальних стоматологічних закладів позитивно відповіли на питання про наявність умов для якісної роботи, достатньої кількості трудових та фінансових ресурсів, тоді як серед опитаних лікарів-стоматологів приватних стоматологічних закладів позитивно відповіли $89,0 \pm 3,0\%$ ($p < 0,01$).

Про наявність у ЗОЗ медичного обладнання та матеріалів, що відповідають сучасному науково-технічному рівню, позитивно відповіли лише $22,4 \pm 2,6\%$ респондентів комунальних закладів та $95,4 \pm 2,0\%$ приватних ($p < 0,001$).

Наявність трудових та фінансових ресурсів, сучасного медичного обладнання та матеріалів сьогодні є однією з найважливіших умов забезпечення якості медичних послуг та розвитку системи стоматологічної охорони здоров'я. Загострення проблем у цій сфері не лише гальмує позитивний розвиток стоматології, а й призводить до серйозних проблем із задоволеністю пацієнтів.

На особливу увагу заслуговують відповіді на питання про стандарти якості стоматологічної медичної допомоги. Тільки $30,9 \pm 2,9\%$ опитаних лікарів-стоматологів комунальних закладів застосовують стандарти якості на практиці, у приватних закладах – $89,9 \pm 2,9\%$ ($p < 0,001$).

Проходили навчання з питань забезпечення якості послуг та безпеки пацієнтів $19,3 \pm 2,5\%$ лікарів-стоматологів комунальних закладів та $79,8 \pm 3,8\%$ приватних ($p < 0,001$). Що внутрішній контроль якості у ЗОЗ проводиться,

вважають 55,6±3,1% респондентів комунальних закладів та 92,7±2,5% приватних (p<0,001).

Встановлено, що 29,0±2,8% стоматологів комунальних ЗОЗ користуються галузевими нормативами, 24,3±2,7% – локальними протоколами (внутрішні стандарти), 62,2±3,0% – власним досвідом та знаннями; відповідно лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ – 98,2±1,3%, 99,1±0,9% та 24,8±4,1% (p<0,001).

Слід зазначити, що в усьому світі якість медичної допомоги поступово трансформувалася на управління, тобто організацію процесу надання медичної допомоги та її ресурсного забезпечення (матеріально-технічного, кадрового, фінансового тощо), реалізацію сучасних стандартів, клінічних протоколів, які є невід’ємними умовами якості стоматологічних послуг.

Позитивно оцінили систему оплати праці 27,8±2,8% опитаних лікарів-стоматологів комунальних ЗОЗ, відповідно 98,2±1,3% лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ (p<0,001). Негативну оцінку умовам праці дала більша частина (61,4±3,0%) респондентів комунальних ЗОЗ. Це ж питання у лікарів приватних закладів не викликало жодних проблем.

Наявні у комунальних ЗОЗ система оплати праці та умови праці не мотивують до підвищення якості стоматологічних послуг.

На думку 77,6±2,6% лікарів-стоматологів комунальних ЗОЗ, назріла потреба забезпечення юридичної і фінансової самостійності та стабільності ЗОЗ. На думку 87,6±2,0%, необхідне оновлення медичного обладнання, матеріалів, інструментів, 71,0±2,8% – забезпечення задоволеності пацієнтів, 57,5±3,1% – підвищення якості медичної допомоги.

Якісні послуги повинні бути доступні на всіх рівнях медичної допомоги, особливо на першому, до якого, без сумніву, належить стоматологічна допомога.

У дослідженні отримано узагальнену думку лікарів-стоматологів комунальних та приватних ЗОЗ щодо факторів, які впливають на якість стоматологічної допомоги. Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що у комунальних стоматологічних закладах є проблеми з

управлінням якістю стоматологічних послуг (структури, процесу та результатів), тоді як у приватних ЗОЗ ці проблеми вирішені. На думку респондентів, багато в чому це залежить від економічної сфери – фінансування ЗОЗ, оплати праці персоналу, наявності сучасного обладнання та матеріалів. Перелічені факти вимагають пошуку варіантів урегулювання проблеми.

4.3. Експертна оцінка структурно-організаційних складових діяльності комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ.

Інформація, зібрана під час соціологічних опитувань лікарів та пацієнтів, дозволила отримати суб'єктивну оцінку якості стоматологічної допомоги, надану пацієнтами та лікарями-стоматологами комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ.

Для оцінювання структурно-організаційних складових діяльності комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ нами також застосовано метод експертної оцінки, який у наукових дослідженнях є одним із провідних інструментів вивчення проблем організації медичної допомоги та забезпечує об'єктивність, комплексність, компетентність і надійність прийнятих управлінських рішень.

Метод експертної оцінки – це один із видів експертного опитування та отримання узагальненої професійної думки експертів стосовно стану організації та аналізу проблем закладу охорони здоров'я, з подальшою оцінкою поставлених дослідником питань і обробкою одержаних даних [160].

Експертна оцінка організаційних складових, що визначають якість медичної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ, є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони стоматологічного здоров'я і однією зі складових управління якістю медичної допомоги, розробки нових організаційних форм і методів роботи.

У дослідженні здійснено експертну оцінку структурно-організаційних складових діяльності комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ (таб. 4.3), та розроблених факторів оптимізації управління якістю стоматологічної

допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ (таб. 4.4).

До експертної групи були включені 15 висококваліфікованих фахівців. Збільшення кількості експертів не забезпечує суттєвого приросту повноти і якості нової інформації. У складі експертної групи 12 осіб виступали організаторами охорони здоров'я, керівниками комунальних і приватних закладів охорони здоров'я; 3 особи – наукові співробітники з досвідом праці у практичній охороні здоров'я. Серед експертів було 10 чоловіків і 5 жінок. Віковий склад експертів був від 40 до 59 років, стаж роботи – від 15 до 25 років. Усі експерти мали вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», 3 експерти – науковий ступінь кандидата медичних наук.

Зазначена експертна група у 2022 році у м. Києві здійснила оцінку стану організації амбулаторно-поліклінічної допомоги у комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ, а також оцінила фактори, потрібні для вдосконалення діяльності комунальних стоматологічних ЗОЗ.

Базами дослідження для організації та здійснення експертної оцінки стали два комунальні та два приватні стоматологічні ЗОЗ у м. Києві.

Статистична обробка матеріалів дослідження передбачала використання методів варіаційного аналізу (із визначенням середньоарифметичних значень, середньоквадратичних відхилень і середніх похибок середніх величин) та оцінку статистичної достовірності відмінностей результатів експертної оцінки стану організації діяльності комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ (за критерієм Ст'юдента, t).

Аналіз матеріалів експертного дослідження дозволив одержати додаткову характеристику стану організації медичної допомоги у комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ за невідображеними в офіційній статистиці параметрами, а також розкрити низку проблем у їхній роботі.

Узагальнені експертні оцінки структурно-організаційних складових діяльності комунальних стоматологічних ЗОЗ (табл. 4.3) були наступними: господарська і юридична самостійність закладу – $2,3 \pm 0,15$ бала; витрати ЗОЗ

фінансових ресурсів для досягнення якості послуг $2,0 \pm 0,15$ бала; нормативно-законодавча база для забезпечення населення якісною медичною допомогою – $2,9 \pm 0,11$ бала; укомплектованість кадрів – $4,1 \pm 0,10$ бала; кваліфікація персоналу $4,5 \pm 0,16$ бала; якість та ефективність послуг, що надаються – $4,0 \pm 0,10$ бала; устаткування сучасним діагностичним обладнанням – $3,5 \pm 0,16$ бала; наявність внутрішніх стандартів якості послуг – $3,2 \pm 0,13$ бала; залученість персоналу до діяльності з удосконалення якості послуг – $3,4 \pm 0,15$ бала; задоволеність пацієнтів вартістю медичної допомоги – $3,4 \pm 0,15$ бала; рівень оплати праці медичних працівників – $3,0 \pm 0,14$ бала; економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання – $2,8 \pm 0,12$ бала. У приватних ЗОЗ оцінки коливалися від $4,7 \pm 0,15$ до $4,9 \pm 0,10$.

Таблиця 4.3

Результати експертної оцінки структурно-організаційних складових діяльності комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ (у балах за 5-бальною шкалою)

| № з/п | Параметри для оцінки | Середня оцінка у балах M ± m | | P |
|-------|--|---------------------------------|----------------|--------|
| | | Комунальні | Приватні | |
| 1. | Господарська та юридична самостійність закладу | $2,3 \pm 0,15$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 2. | Витрати фінансових ресурсів закладу для забезпечення якості послуг | $2,0 \pm 0,15$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 3. | Нормативно-законодавча база для забезпечення населення якісною стоматологічною допомогою | $2,9 \pm 0,11$ | $4,7 \pm 0,15$ | <0,001 |
| 4. | Укомплектованість кадрів | $4,1 \pm 0,10$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 5. | Кваліфікація персоналу | $4,5 \pm 0,16$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,05 |
| 6. | Якість та ефективність послуг, які надаються | $4,0 \pm 0,10$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 7. | Устаткування сучасним діагностичним обладнанням | $3,5 \pm 0,16$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 8. | Наявність внутрішніх стандартів якості послуг | $3,2 \pm 0,13$ | $4,8 \pm 0,13$ | <0,001 |
| 9. | Залученість персоналу до діяльності з удосконалення якості послуг | $3,4 \pm 0,15$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 10. | Задоволеність пацієнтів вартістю медичної допомоги | $3,4 \pm 0,15$ | $4,7 \pm 0,14$ | <0,001 |
| 11. | Рівень оплати праці медичних працівників | $3,0 \pm 0,14$ | $4,9 \pm 0,10$ | <0,001 |
| 12. | Економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання | $2,8 \pm 0,12$ | $4,8 \pm 0,13$ | <0,001 |

Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновки про те, що для досягнення оптимізації управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ необхідно змінювати саму систему організації ЗОЗ, її методи, структуру, процеси надання медичних послуг та оцінку результатів. У зв'язку з цим були розроблені та представлені для оцінки експертам чинники оптимізації управління якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ (таб. 4.4).

Для експертної оцінки факторів оптимізації управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ застосовувався метод безпосередньої оцінки. Фактори оптимізації управління якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ складені з урахуванням теоретичних положень, закладених у класичній роботі А. Донапетяна «The Seven Pillars of Quality» («Сім стовпів якості») [230], автор якої бачив в основі управління якістю органічний взаємозв'язок структури, процесу та результату, беручи до уваги те, що керувати результатом можна, лише вдосконалюючи основні технологічні (лікувально-діагностичні) процеси в установі.

Таблиця 4.4.

Експертна оцінка основних рушійних чинників оптимізації управління якістю функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ

| І | Чинники структури ЗОЗ (організаційна структура, матеріально-технічні ресурси, людські ресурси) | M± m |
|----|---|----------|
| 1. | Переведення виробничо-господарської діяльності комунальних стоматологічних ЗОЗ на механізм державно-приватного партнерства | 4,8±0,13 |
| 2. | Впровадження у діяльність ЗОЗ на засадах ДПП ринкових відносин | 4,7±0,15 |
| 3. | Забезпечення процесу управління якістю медичної допомоги у ЗОЗ із механізмами ДПП на основі економічно ефективних адміністративних, фінансових та правових методів управління якістю функціонування ЗОЗ | 4,9±0,10 |
| 4. | Забезпечення ЗОЗ сучасною медичною технікою та матеріалами. Використання сучасних медичних технологій та інноваційних методів лікування | 4,9±0,10 |
| 5. | Підбір для ЗОЗ висококваліфікованих спеціалістів. Атестація, сертифікація кадрів (оцінка знань спеціалістів, рівня організації та управління) | 4,9±0,10 |

| | | |
|------------|---|----------|
| 6. | Наявність у ЗОЗ програми підготовки кадрів, плану безперервного професійного розвитку медичного персоналу (конференції, з'їзди, майстеркласи, конкурси тощо) | 4,7±0,15 |
| II | Чинники процесу (конкретні дії для оптимізації процесу надання медичної допомоги) | |
| 7. | Організація системного механізму внутрішнього аудиту – процесу об'єктивної оцінки управління якістю медичної допомоги з розробкою критеріїв оцінки якості структури, процесу виробництва послуг та результатів діяльності ЗОЗ | 4,9±0,10 |
| 8. | Орієнтованість ЗОЗ на потреби пацієнтів | 4,9±0,10 |
| 9. | Розробка стандартів стоматологічної допомоги з усіх спеціальностей. Їхня відповідність державним стандартам, вимогам до їхніх функцій. Визначення критеріїв якості організації, виробництва та результатів стоматологічної допомоги | 4,8±0,13 |
| 10. | Розробка рекомендацій та впровадження сучасних медичних технологій з позицій доказової медицини | 4,8±0,13 |
| 11. | Забезпечення високої ефективності медичних технологій та інноваційних методів лікування | 4,7±0,15 |
| 12. | Проведення експертизи якості медичної допомоги на основі медичних стандартів (протоколів) | 4,7±0,15 |
| 13. | Формування корпоративної етики та професійної установки на якісне лікування та профілактику, на задоволеність пацієнтів | 4,7±0,15 |
| 14. | Розробка критеріїв взаємозв'язку оплати праці з якістю лікувально-профілактичної роботи. Забезпечення гідної оплати праці персоналу | 4,9±0,10 |
| III | Чинники результату | |
| 15. | Активна участь пацієнта в отриманні стоматологічної допомоги (договір, поінформована згода) | 4,8±0,13 |
| 16. | Розмежування надання медичної допомоги, що надається на платній та на безоплатній основі, конкретизації державних гарантій пільговим верствам населення (діти, інваліди, особи похилого віку) | 4,9±0,10 |
| 17. | Створення в ЗОЗ експертного органу з управління якістю. Моніторинг точок зору персоналу та інвесторів | 4,7±0,15 |
| 18. | Періодичне проведення серед пацієнтів моніторингу якості медичної допомоги для виявлення «вузьких місць» системи та перерозподілу, за необхідності, медичних ресурсів | 4,8±0,13 |
| 19. | Проведення щоквартального аналізу економічної ефективності витрат на досягнення оптимального рівня управління якістю функціонування ЗОЗ | 4,7±0,15 |
| 20. | Організація функціонування ЗОЗ відповідно до очікувань населення | 4,9±0,10 |

Виокремлені основні чинники структури, процесу та результату діяльності ЗОЗ, необхідні для досягнення оптимізації управління якістю стоматологічної допомоги, отримали високі оцінки експертів.

Висновки до розділу 4

У цьому розділі представлено суб'єктивну оцінку факторів, що впливають на якість стоматологічної допомоги, надану пацієнтами та лікарями-стоматологами комунальних і приватних стоматологічних закладів. Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити наступні висновки:

1. Результати соціологічного дослідження пацієнтів засвідчили суттєво вищий рівень задоволеності пацієнтів приватних закладів якістю отриманої стоматологічної допомоги, порівняно з комунальними закладами.

Споживачів послуг комунального сектора стоматології не задовольняють організація стоматологічного прийому, рівень матеріально-технічного устаткування закладів, низька сервісна складова надання допомоги, повнота стоматологічного обстеження, низький рівень залучення пацієнтів до визначення обсягів, методів та, відповідно, вартості стоматологічної допомоги.

Споживачі послуг приватних клінік відзначили, що стоматологічна допомога у цих ЗОЗ є більш акцентованою на потребах, безпеці та задоволеності пацієнта.

2. У дослідженні одержано узагальнену думку лікарів-стоматологів комунальних та приватних ЗОЗ щодо факторів, які впливають на якість стоматологічної допомоги. Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що комунальні ЗОЗ мають проблеми з управлінням якістю стоматологічних послуг (структури, процесу та результатів), тоді як у приватних ЗОЗ ці проблеми вирішені.

3. Експертні оцінки структурно-організаційних складових діяльності комунальних стоматологічних ЗОЗ показали, що: господарська і юридична самостійність закладу оцінена на $2,3 \pm 0,15$ бала; витрати ЗОЗ фінансових ресурсів для досягнення якості послуг – на $2,0 \pm 0,15$ бала; нормативно-законодавча база для забезпечення населення якісною медичною допомогою – на $2,9 \pm 0,11$ бала; устаткування сучасним діагностичним обладнанням – на $3,5 \pm 0,16$ бала; залученість персоналу до діяльності з удосконалення якості послуг – на $3,4 \pm 0,15$ бала; рівень оплати праці медичних працівників – на

3,0±0,14 бала; економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання – на 2,8±0,12 бала. У приватних ЗОЗ оцінки коливалися від 4,7±0,15 до 4,9±0,10.

4. У дослідженні здійснено експертну оцінку факторів для досягнення оптимізації управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ, яка чітко показала основні необхідні фактори.

Аналіз матеріалів експертного дослідження дозволив одержати додаткову характеристику для оптимізації управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних і приватних стоматологічних ЗОЗ.

Перспективи подальших досліджень передбачають вивчення ефективності фінансування системи комунальних закладів, формування стосунків між замовником і постачальниками послуг, від яких залежить якість та доступність стоматологічної допомоги.

При написанні цього розділу були використані наступні джерела інформації: [122,211,216,205,218,219,210, 256,82,98,100,42,44, 80,61,27,67, 78,110, 117,238, 192, 97, 191, 192,160,230]

Матеріали розділу висвітлені у наступних власних роботах:

1. Грохотов В.А. Проблеми якості стоматологічної допомоги. (за матеріалами соціологічного опитування лікарів-стоматологів) // Вісник Вінницького національного медичного університету.2022. Т.26 №. 3 С.462-466.
2. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Соціологічне дослідження якості стоматологічної допомоги в закладах різної форми власності. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 4. С. 49–52

РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДАХ.

Охорона здоров'я як різновид економічної діяльності має низку відмінних рис, які чинять значний вплив на управління у ЗОЗ. Глобальні зміни умов діяльності охорони здоров'я з огляду на виникнення кризових процесів та низку чинників, притаманних сучасній економічній ситуації, висувають жорсткіші вимоги до організаційно-управлінських відносин у ЗОЗ.

Реформування системи охорони здоров'я та управлінської діяльності, що проводяться в Україні, ставлять нові питання щодо вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ.

В управлінській літературі термін «менеджмент» розглядається як сукупність методів, форм і засобів управління виробництвом, що дозволяє використовувати його найбільш ефективно [51,194,201,266]. У той же час він розглядається також із різних позицій.

менеджмент визначається як діяльність

Дж. М. Джуран резюмує історичний досвід управління якістю та пропонує реальні напрями управління якістю на наступне століття [218].

Роксана Мариц, А. Шил-Зайлер у своєму огляді представляють 17 існуючих моделей управління якістю для стаціонарної допомоги та їх взаємовідносин один з одним. Показано безліч різних концепцій, методологій управління якістю [252].

Д-р Деминг ґрунтує менеджмент на теорії глибинних знань — одному з щодо пізніх його відкриттів. Демінг бачив в цієї теорії важіль, який міг би вивести Америку з глибокої кризи, викликаною неправильним стилем менеджменту [47,208].

Дикань Н.В., Борисенко ЛІ. в навчальному посібнику «Менеджмент» пропонують інтегровані підходи до управління. Розкривають сутність характеристик процесного, системного та ситуаційного підходів до управління [51].

Момот О.І Важливим елементом взаємопроникнення загального менеджменту і менеджменту якості став перехід поняття якості в економічну категорію. Менеджмент якості стає провідним для будьякої компанії. Підприємства, які не взяли за основу своєї діяльності методи менеджменту якості й екологічного менеджменту, не можуть розраховувати на успіх у бізнесі і суспільне визнання [116].

Аналіз проведений Мотайло О. В. (2020 р) [119] показав, що система охорони здоров'я та управління нею у Фінляндії, Німеччини, Італії, Великої Британії, Нідерландів, Франції, США відрізняється одна від одної, на що значно вплинула історія країн, яка в свою чергу впливає на розвиток самої системи, аналіз середовища, фінансування галузі та політичний компонент.

Феськовим В.В розглянуто основи маркетингу в стоматологічній діяльності, мету та завдання маркетингу в стоматології, методи вивчення й аналізу ринку, особливості ціноутворення в стоматологічній практиці.

Особливу увагу приділено питанню розробки бізнесплану малої фірми, законодавчій базі та порядку оформлення документів для приватного стоматологічного кабінету [201].

На думку Д. А. Новікова, менеджмент становить собою адміністративну діяльність, яка передбачає організацію та цілковите координування співробітників і їхніх завдань для досягнення цілей організації за рахунок використання її ресурсів [138].

Ми вважаємо, що система менеджменту якості функціонування ЗОЗ має об'єднувати всі аспекти діяльності організації:

- забезпечувати більшу узгодженість дій усередині ЗОЗ, посилюючи цим синергетичний ефект;
- мінімізувати функціональну роз'єднаність в організації, яка виникає при розробці автономних систем менеджменту;
- сприяти врахуванню балансу інтересів різних сторін організації більше, ніж за наявності однієї системи якості медичної допомоги;

- об'єднувати у загальній системі управління якістю функціонування ЗОЗ і управління якістю медичної допомоги, яке є структурним елементом системи управління та однією з його основних функцій;

- досягти більш високого ступеня залученості персоналу у підвищення якості функціонування ЗОЗ.

Метод безперервного підвищення якості всіх організаційних процесів, виробництва та сервісу отримав назву - загальне управління якістю Total Quality Management (TQM).

TQM - філософія загального управління якістю, що успішно стартувала багато років тому в Японії. Головна ідея TQM полягає в тому, що компанія повинна працювати не тільки над якістю продукції, а й над якістю в цілому (якістю функціонування процесів), включаючи роботу персоналу. Постійне паралельне вдосконалення цих трьох складових: якості продукції, якості організації процесів та рівня кваліфікації персоналу — дозволяє досягти більш швидкого та ефективного розвитку бізнесу [265].

5.1. Концептуальні напрямки переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДШ, що забезпечують якість стоматологічної допомоги та оптимізацію функціонування комунальних стоматологічних ЗОЗ.

Надання якісних послуг є обов'язковою умовою діяльності охорони здоров'я на світовому рівні.

Сучасна світова та європейська політика у забезпеченні населення якісною медичною допомогою викладена у програмних документах ВООЗ – «Цілі розвитку тисячоліття» (ВООЗ, 2000) та «Здоров'я 2020 – основи європейської політики та стратегія для XXI століття» (ВООЗ, 2012) [66].

Одним із завдань, поставлених країнами під час прийняття цілей стійкого розвитку (ЦСР) у 2015 році, було досягнення загального охоплення якісними послугами охорони здоров'я [74,75,162,272]. Це зобов'язання країни

підтвердили на нараді Генеральної Асамблеї ООН із ЗОПОЗ, що відбулася у 2019 році [150].

За висновками міжнародних експертів, якісні системи охорони здоров'я відіграють провідну роль в управлінні громадським здоров'ям та у наданні якісних медичних послуг (ВООЗ, 2012).

Європейське регіональне бюро ВООЗ (2002,2019) відзначає, що надання високоякісної медичної допомоги стає можливим за умови *фінансової життєздатності* систем охорони здоров'я, їхньої відповідності цільовому призначенню, орієнтації на потреби та інтереси населення та функціонування на науковій основі, і вважає за необхідне мати у кожній країні напрацювання національних політик із забезпечення якості у системах охорони здоров'я [161, 162,209].

У цьому дослідженні, обґрунтовуючи та розробляючи концептуальні напрямки вдосконалення методології управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ та системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ, ми керувалися необхідністю реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я – покращення стану здоров'я населення на основі забезпечення якості та доступності медичної допомоги шляхом створення організаційних, економічних та правових умов надання якісних медичних послуг.

Основним інструментом реформування управління у ЗОЗ є організація ефективної системи управління якістю функціонування ЗОЗ, зміцнення позицій на ринку та досягнення стійкої переваги перед конкурентами, що передбачає формування комплексного організаційно-методологічного підходу до вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП.

Методологія концептуальних напрямків спирається на системний підхід, аналіз стану управління якістю у світовій практиці та у медичних установах України, рекомендації ВООЗ та Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Методологічною основою розв'язання проблеми вдосконалення менеджменту в умовах ринкової економіки та відсутності коштів у державі на утримання ЗОЗ виступає перехід комунальних ЗОЗ на сучасну правову форму господарювання – державно-приватне партнерство (ДПП).

Парадигмою концептуальних напрямків переходу комунальних ЗОЗ на принципи ДПП з удосконаленням менеджменту якості їхнього функціонування є довгострокові відносини держави та приватного капіталу як спосіб створення економічно ефективної моделі стоматологічного ЗОЗ, процесу менеджменту якості його функціонування та якості медичної допомоги.

Механізми ДПП спроможні створити умови фінансової життєздатності ЗОЗ і сформуванню систему менеджменту якості функціонування ЗОЗ та його основної складової – якості медичної допомоги.

У ЗОЗ на принципах ДПП система управління якістю функціонування ЗОЗ виступатиме структурним елементом системи менеджменту якості – його основною цільовою функцією та критерієм діяльності системи, що містить специфічні організаційно-технічні заходи й алгоритми з забезпечення та покращення якості управління на всіх рівнях.

Концептуально система менеджменту якості функціонування ЗОЗ розглядається нами як комплекс різних видів діяльності, спрямованих на покращення якості медичної допомоги (ЯМД), її максимальну ефективність, доступність і безпеку для пацієнтів.

Принципи концептуальних напрямків удосконалення менеджменту ґрунтуються на:

- системному підході та цілісності елементів ЗОЗ як системи;
- спрямованості діяльності ЗОЗ на кінцевий результат і досягнення цілей забезпечення ЯМД;
- процесному підході, під яким розуміється орієнтація ЗОЗ на бізнес-процеси, що перетворюють ресурси на результати; від ефективності бізнес-процесів ЗОЗ залежить успіх діяльності ЗОЗ загалом;
- безпеці, доступності та ефективності медичної допомоги;

- єдності медичної науки та практики – прийнятті клінічних та управлінських рішень, заснованих на науковому підході та організаційному експерименті;

- контролі діяльності ЗОЗ у вирішенні питань якості;

- відповідності пропонованих заходів удосконалення управління ЯМД нормативним правовим актам України.

Основою формування вказаних напрямків слугують результати досліджень Європейської обсерваторії систем та політики охорони здоров'я, які показали, що *добре керовані системи охорони здоров'я* можуть чинити суттєвий вплив на здоров'я та соціальний добробут населення [66].

Основними функціями менеджменту є планування, організація, кадри, координація та контроль.

Метою концептуальних напрямків є наукове обґрунтування сучасного менеджменту якості функціонування ЗОЗ, його здатності забезпечити реалізацію прав громадян на доступну та якісну медичну допомогу, яка відповідає стандартам, та зменшення втрат суспільства через захворюваність, інвалідність та смертність.

Основними завданнями є вирішення проблем:

- якості та доступності медичних послуг;

- недофінансування ЗОЗ;

- низького рівня довіри громадян до системи охорони здоров'я;

- дефіциту висококваліфікованих медичних кадрів;

- низької управлінської кваліфікації керівників;

- низької оплати праці персоналу;

- збільшення кількості середнього медичного персоналу;

- забезпечення комфортності праці у колективі, розвитку системи мотивації до праці.

Якість стоматологічної допомоги визначається як багатофакторна проблема [84-86,170,177].

Для забезпечення якості медичної допомоги необхідне постійне підвищення ефективності та якості функціонування системи ЗОЗ загалом. При цьому стратегія та плани ЗОЗ мусять бути погоджені з документами щодо національної політики та стратегії у царині якості, розробленими ВООЗ у 2018 році [170].

В умовах, коли основну частину витрат на медико-санітарні послуги доводиться покривати власним коштом, представники малозабезпечених верств населення можуть отримати багато необхідних їм послуг, і навіть забезпечені громадяни можуть мати фінансові труднощі в разі важкої та тривалої хвороби. Відтак мобілізація коштів з обов'язкових джерел фінансування, у тому числі з прибутків урядів від податкових надходжень, та перехід на принципи ДПП може допомогти розподілити фінансові ризики, зумовлені рівнем захворюваності у тій чи іншій групі населення.

Провідну роль у забезпеченні якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП відіграє стійке і достатнє фінансування.

У ЗОЗ на різних рівнях медичної допомоги має бути налагоджена добре організована координована взаємодія різних служб і співробітників, якій притаманна висока культура кількісних оцінок.

В управлінні якістю у ЗОЗ необхідно використовувати сучасні знання та інновації з метою постійного вдосконалення якості діяльності.

Досвід міжнародних практик орієнтує на цілеспрямоване вдосконалення нормативно-правової бази, прийняття стандартів, національних інструкцій та протоколів клінічної практики, управління людськими ресурсами, стратегічне керівництво [185].

Заслуговує на увагу побудова процесів прийняття рішень на основі фактичних даних та оперативної інформації про діяльність системи.

При переході ЗОЗ на механізми ДПП значно зростає роль кадрів, особливо організаторів системного управління – від надання послуг до мобілізації ресурсів та фінансування. Виникає необхідність здійснення

керівництва шляхом співпраці з колективами та впровадження стимулювальної системи оплати праці [203].

Набувають значення систематизовані підходи до оцінки діяльності служб ЗОЗ через оцінювання їхньої результативності та використання ресурсів.

Таким чином, сучасним стратегічним напрямком вдосконалення управління якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП є використання сучасних підходів у менеджменті [99,165]. У зв'язку з цим до ЗОЗ мають висуватися чітко окреслені вимоги, які відповідають системі управління стандарту ISO 9000 [101] і містять терміни та визначення основних принципів менеджменту якості ЗОЗ, а також вимоги до його системи. При цьому мають бути дотримані критерії оцінювання стоматологічної допомоги населенню [102] та забезпечення результативності й ефективності у діяльності ЗОЗ з надання якісної медичної допомоги населенню.

Як було обґрунтовано вище, методологічною основою вирішення проблеми якості функціонування ЗОЗ є їхній перехід на сучасну правову форму організації на принципах ДПП.

Концептуальні напрямки вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ є основою формування і реалізації стратегічних та оперативних планів ЗОЗ у царині якості, а перехід ЗОЗ на сучасну правову форму на принципах ДПП виступає ядром забезпечення якості функціонування ЗОЗ та якості медичної допомоги.

Основні концептуальні напрямки у галузі менеджменту якості ЗОЗ презентовані у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Концептуальні напрямки переходу комунальних ЗОЗ на принципи ДПП з удосконаленням менеджменту їхнього функціонування

| 1. Організаційні напрямки |
|--|
| 1.1 Створення на базі комунальних ЗОЗ сучасної моделі на засадах ДПП. Мета: залучення приватних інвестицій, формування системи процесно орієнтованого управління, покращення якості функціонування ЗОЗ, якості медичної допомоги, задоволеності населення. |
| 1.2. Максимальна оптимізація організаційних механізмів ЗОЗ для умов ринкової економіки, зниження витрат на ведення бізнесу, забезпечення доступності та якості медичних послуг. |

1.3. Підтримка якості на всіх напрямках діяльності ЗОЗ.

1.4. Забезпечення зацікавленості у якості медичної допомоги всіх сторін – пацієнтів, співробітників, органів управління охороною здоров'я, органів місцевого самоврядування, громадських організацій, страхових компаній, установ – постачальників ресурсів.

2. Цільові напрямки

2.1. *Для пацієнтів:*

Колектив ЗОЗ у своїй роботі орієнтується на забезпечення задоволення поточних та майбутніх потреб пацієнтів, прогнозує їхні очікування, забезпечує надання якісної медичної допомоги та якісного медичного обслуговування.

2.2. *Для персоналу:*

Забезпечення високої кваліфікації персоналу. Кваліфікований персонал є запорукою забезпечення сучасного рівня якості медичної допомоги та досягнення високих результатів діяльності ЗОЗ. Для цього у ЗОЗ забезпечується неперервна післядипломна освіта фахівців, створюються умови для мотивації до праці та усвідомлення відповідальності за результати. Заохочується професійний розвиток персоналу, ініціативи працівників щодо забезпечення та покращення якості, а також участь спеціалістів в управлінні ЯМД.

2.3. *Для відносин ЗОЗ із партнерами та державою:*

Колектив ЗОЗ будує відносини з партнерами на основі взаємовигідної довготривалої відкритої співпраці, розуміння спільних цілей у сфері якості, довіри та побудови ефективних комунікацій. Проводить задекларовану на державному, галузевому та регіональному рівнях політику у сфері якості шляхом дотримання положень чинних законів України та нормативно-правових актів.

3. Напрямки реалізації управлінських рішень

3.1. Створення системи управління якістю на основі європейських підходів, вимог національної, гармонізованої з міжнародними стандартами системи менеджменту якості – ISO 9001. Постійне вдосконалення та розвиток системи управління ЯМД як запорука успішної реалізації менеджменту якості функціонування ЗОЗ.

3.2. Розвиток, періодичний перегляд та оновлення медичних технологій на основі сучасної ідеології доказової медицини, наявності ресурсів та їхнього ефективного використання. Постійне покращення якості медичної допомоги.

3.3. Керівництво ЗОЗ має забезпечити контроль реалізації всіх напрямків менеджменту якості функціонування ЗОЗ: з організації діяльності, забезпечення лікувально-діагностичного процесу, спрямованого на ефективне використання ресурсів та якісне надання медичних послуг, впровадження інновацій та створення умов для залучення широкого кола співробітників до управління ЯМД.

Основними відмінностями концептуальних напрямків удосконалення менеджменту якості функціонування ЗОЗ від чинної системи забезпечення ЯМД слід вважати:

- системний підхід до формування ЗОЗ на принципах ДПП як суб'єкта управління;
- доступність для ЗОЗ інвестицій приватного партнера та ефективність їхнього використання;
- формування системи процесно орієнтованого управління, заснованого на бізнес-процесі;

- створення виробничої структури ЗОЗ на основі широкого залучення співробітників до управління якістю процесу виробництва медичних послуг.

Концептуальні напрямки вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ мають бути підкріплені сучасним організаційно-методологічним забезпеченням у вигляді розроблених показників якості та методики їхнього оцінювання, що сприятиме ефективному процесові управління якістю, буде дієвим важелем точності виконання запланованих процесів управління та зумовить очікуваний результат діяльності.

5.2. Комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них.

В інтерпретації В. Д. Новікова методологія тлумачиться як вчення про організацію діяльності [134]. У нашому дослідженні ми дотримуємося вузького альтернативного («галузевого») трактування, визначаючи методологію як метод дослідження процесу організації діяльності у галузі якості медичної допомоги та функціонування стоматологічного закладу.

У класичному визначенні управління трактується як процес планування, організації, мотивації та контролю, необхідний для того, щоб сформулювати цілі організації та досягнути їх.

Менеджмент при цьому визначаємо як скоординовану діяльність з управління ЗОЗ, що містить розробку політики та цілей у галузі планування якості, управління якістю, забезпечення та поліпшення якості.

До основних принципів менеджменту можна зарахувати наступні підходи: 1) системний; 2) процесний; 3) ситуаційний.

У нашому дослідженні наявний певний взаємозв'язок між методикою, методом і методологією.

Методика у нашому дослідженні є складовою частиною методу. Наприклад: один індикатор управління якістю – це методика дослідження управління.

Метод – це сукупність різних методик – управлінських індикаторів, що використовується для аналізу управління якістю. Функція методу полягає у правильній та ефективній організації процесу дослідження.

Методологія – це узагальнення різноманітних методів і методик дослідження, способів організації та побудови системи менеджменту якості у ЗОЗ.

У нашому дослідженні застосовано концептуальний комплексний організаційно-методологічний підхід до формування системи менеджменту якості. У ньому закладені кілька функцій:

- 1) орієнтувальна – орієнтує напрямки формування системи менеджменту якості;
- 2) передбачальна – визначає перспективу задіяних напрямків;
- 3) класифікувальна – класифікує методи управління якістю медичної допомоги;
- 4) оцінювальна.

Комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління функціонуванням комунальних стоматологічних ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них у дослідженні розглядається як сукупність організаційно-методичних заходів, методів і засобів, спрямованих на створення економічно ефективної моделі функціонування стоматологічних ЗОЗ та ефективного процесу менеджменту якості медичної допомоги – тобто створення нового суб'єкта, здатного впливати на якість послуг об'єкта.

Успішне вдосконалення системи менеджменту якості залежить від якісного розв'язання тісно пов'язаних між собою двох груп завдань – організаційно-правових та організаційно-виробничих. У зв'язку з цим було розроблено комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення системи управління функціонуванням ЗОЗ на засадах ДПП та управління

якістю стоматологічної допомоги, презентований двома організаційними підходами – організаційно-правовим та організаційно-виробничим.

1. Організаційно-правовий підхід забезпечує процес правової організації ЗОЗ на засадах ДПП та системи якості його функціонування;

2. організаційно-виробничий підхід становить собою ланцюжок заходів, методів і засобів, які забезпечують процес організації виробництва медичних послуг та їхні технології.

Ці підходи орієнтують усі підрозділи ЗОЗ на інтеграцію та синхронізацію своїх зусиль з досягнення необхідного рівня управління якістю функціонування ЗОЗ та якістю медичної допомоги.

Організаційно-правовий підхід забезпечує процес організації ЗОЗ на принципах ДПП та його фінансову стійкість. Основним завданням цього підходу є покращення фінансово-економічного становища ЗОЗ завдяки його переходові на принципи ДПП.

Перехід ЗОЗ на принципи ДПП вимагає нових підходів до управління у методологічному та технічному аспектах, які дозволяють забезпечити конкурентні переваги у царині якості послуг, видатків бізнесу на їхнє виробництво та якості процесів.

Міжнародний та вітчизняний досвід, накопичений протягом минулих 20 років, свідчить, що одним з основних механізмів фінансування, оптимізації ресурсної бази та підвищення ефективності управління ЗОЗ є державно-приватне партнерство [31].

Праця ЗОЗ в умовах ринкової економіки вимагає впровадження економічних принципів і методів управління, інноваційного механізму фінансування, професійних кадрів, орієнтованих на пацієнта.

Базові підстави для успішної реалізації проєктів на умовах державно-приватного партнерства в Україні передбачені на законодавчому рівні:

- ЗУ «Про державно-приватне партнерство. Закон України із змінами і доповненнями» від 21.06.2012, 16.10.2012 [155];

- ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» від 24.11.2015 р. № 817–VIII [153];

- ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. № 2002–VIII [154].

ЗОЗ на принципах ДПП створюється засновниками як кооперація держави та приватного інвестора для досягнення певних цілей, спираючись на укладені домовленості сторін відповідно до законодавства України. Міська або обласна рада та їхні виконавчі органи засновують і організують комерційний державно-приватний стоматологічний ЗОЗ як самостійну юридичну особу на принципах ДПП.

ЗОЗ, заснований на принципах ДПП, у своїй діяльності буде доволі самостійним утворенням, позбудеться фінансування за кошторисом, який затверджується «згори», отримає новий фінансовий механізм та інвестиції приватного партнера.

Засновник може оплачувати послуги ЗОЗ, які надаються пільговим групам населення, на підставі укладених угод. Це забезпечить можливість оперативного маневру ресурсами, а відсутність обмежень на фонд оплати праці створить для колективу ЗОЗ комерційні стимули.

Майно та робочі площі, які засновник передає до ЗОЗ, перебуватимуть у державній або муніципальній власності та належатимуть ЗОЗ лише за правом господарчого ведення.

Незважаючи на те, що діяльність цього ЗОЗ на принципах ДПП буде підпорядкована отриманню прибутків, у його установчих документах фіксуватиметься основна мета – задоволення потреби населення у певних видах якісної медичної допомоги, що дозволить втримати унітарне підприємство у певних межах діяльності.

Державно-приватна практика неминуче пов'язана з необхідністю вирішувати складні проблеми, які мають відношення до фінансової

життєздатності, медичної доказовості, споживацьких очікувань, організаційного контролю та позитивної конкуренції. Вона є корисною як з економічної, так і з управлінської точки зору.

Позитивною стороною ДПП є здатність організувати безпечні умови праці для персоналу та високу якість лікувальних процедур для пацієнта.

Система ДПП перетворює вартість послуги на ефективний і послідовний механізм конкуренції на ринку послуг. У той же час вона потребує регулювання цінової політики та захисту дітей, малозабезпечених, осіб з інвалідністю та хронічними захворюваннями.

Система ДПП забезпечує ЗОЗ достатнім і стабільним фінансуванням, сучасним медичним обладнанням, технологіями, висококваліфікованими кадрами з гідною оплатою праці. Це сприятиме доступності населення до якісної медичної допомоги та підвищенню задоволеності пацієнтів.

Невід'ємним завданням ЗОЗ на принципах ДПП стає економічна ефективність та формування системи управління якістю медичної допомоги.

Якість медичної допомоги стає результатом взаємодії виробників (ЗОЗ) та споживачів (пацієнтів). У цьому плані дієвим є організаційно-виробничий підхід – комплекс заходів з оптимізації процесу виробництва якісних медичних послуг у ЗОЗ.

Оскільки на якість медичної допомоги впливають безліч чинників [270], то ми виокремлюємо основні з них і формуємо їх у вигляді напрямків діяльності або довгострокових цілей:

- забезпечення конкурентних переваг у царині якості послуг, видатків бізнесу на їхнє виробництво та якості процесів;
- розширення або завоювання нових ринків збуту;
- досягнення високого рівня медичної допомоги, який відповідає провідним ЗОЗ;
- орієнтація ЗОЗ на задоволення вимог пацієнтів;
- врахування інтересів самого ЗОЗ, інвесторів, співробітників ЗОЗ та суспільства загалом;

- покращення показників якості послуг через залучення до цього процесу всіх співробітників;

- тотальне управління якістю структури, технології та результату на всіх етапах життєвого циклу послуг;

- розвиток сервісу.

З викладеного вище видно, що для оптимізації управління ЗОЗ у контексті якості ми впровадили поняття менеджменту якості функціонування ЗОЗ, яке є необхідним діагностичним інструментом, що дозволяє виявляти не лише проблемні зони якості медичної допомоги, а й напрямки для підвищення якості та ефективності діяльності ЗОЗ загалом.

Менеджмент якості функціонування ЗОЗ можна розглядати як систему, в якій кожний розділ має свою мету.

Комплексний організаційно-методологічний підхід до формування системи менеджменту якості у ЗОЗ на принципах ДПП ми оформили у вигляді моделі. Модель менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП складається з блоків управління певним напрямком діяльності ЗОЗ (мал. 5.1).

Блоковий менеджмент якості є необхідним діагностичним інструментом, який дозволяє виявляти цільові проблемні зони та напрямки для підвищення якості та ефективності діяльності ЗОЗ.

Менеджмент якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП формується на базі наступних цільових блоків управління:

- адміністративний та стратегічний менеджмент;
- інвестиційний та фінансово-економічний менеджмент;
- виробничий менеджмент;
- ресурсно-технологічний менеджмент;
- менеджмент праці з кадрами;
- менеджмент праці з пацієнтами;
- менеджмент якості медичної допомоги;
- контроль управлінської діяльності;
- інформаційний менеджмент.

Блокове управління якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП у сукупності з розробленою системою цільових індикаторів управління якістю дозволяє адекватно моніторити результативність функціонування ЗОЗ та забезпечувати вдосконалення управління (мал. 5.1).



Мал. 5.1. Модель управління функціонуванням ЗОЗ на принципах ДПП за напрямками діяльності.

*Менеджмент – це сукупність методів, форм і засобів управління виробництвом, яка дозволяє використовувати його найбільш ефективно.

Як видно з мал. 5.1, до моделі управління функціонуванням ЗОЗ входять 8 цільових блоків менеджменту, які визначають конкретні цілі та місію управлінського процесу в певному розділі праці ЗОЗ.

• **Адміністративний та стратегічний менеджмент:**

- здійснює формування структури ЗОЗ на принципах ДПП, організації адміністративної праці, форм і методів адміністративного впливу на підлеглих, інформаційно-адміністративного забезпечення, контролю та регулювання діяльності ЗОЗ; надає сучасну концепцію управління у забезпеченні неперервного покращення якості;

- забезпечує розвиток стратегії очікуваного та досяжного розвитку рівня якості ЗОЗ у межах наявних ресурсів, перспективне планування та діяльність ЗОЗ за стратегічною програмою, управління бізнес-процесами з використанням

програм і методик міжнародного аналізу, визначення та управління ризиками, оцінку зовнішніх і внутрішніх ризиків, управління цільовими ризиками, пов'язаними з санітарно-епідеміологічною обстановкою, станом медичного обладнання, кваліфікацією медичного персоналу тощо.

• **Інвестиційний та фінансово-економічний менеджмент** забезпечує управління довгостроковими вкладеннями ЗОЗ. Він має бути спрямований на виконання наступних завдань:

- забезпечення зростання економічного та виробничого потенціалу;
- максимізацію прибутковості інвестиційного об'єкта;
- мінімізацію ризиків інвестиційної діяльності.

Також інвестиційний та фінансово-економічний менеджмент здійснює:

- процес управління всіма прибутками та витратами ЗОЗ;
- балансовий контроль прогнозу руху коштів ЗОЗ;
- аналіз прибутків і витрат на підставі звіту;
- планування постійних та змінних витрат;
- аналіз і вирахування точки планового прибутку для ЗОЗ;
- моніторинг балансу та визначення зв'язку між балансом та грошовим потоком;
- оптимальність використання фінансових ресурсів, які надаються на покращення матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу ЗОЗ;
- затвердження розцінок на послуги та регулювання цін із найвищою рентабельністю.

• **Виробничий менеджмент**

Основні риси виробничого менеджменту визначаються особливостями суб'єкта управління, тобто виробництва медичних послуг у ЗОЗ на принципах ДПП. Організаційна оптимізація лікувальних служб проводиться на базі механізмів ДПП з метою забезпечення ефективності інвестицій, впровадження інновацій та досягнення високого рівня якості медичної допомоги та задоволеності пацієнтів.

Безумовно необхідними чинниками при цьому є:

- медична акредитація ЗОЗ;
 - впровадження індикаторів якості діяльності фінансових, матеріально-технічних, кадрових ресурсів, стандартів та алгоритмів якості медичної діяльності (критеріїв результативності);
 - проведення аудиту процесу (клінічного, організаційно-методичного, аудиту результату), а також моніторингу задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами та здоров'я пацієнта;
 - використання досвіду та професіоналізму приватного сектора;
 - орієнтація ЗОЗ на бізнес-процеси.
- **Інформаційний менеджмент** забезпечує:
 - організацію та впровадження уніфікованих методів збору та узагальнення інформації з метою напрацювання оптимальних управлінських рішень;
 - необхідну для ЗОЗ ревалентну інформацію за кожним цільовим блоком менеджменту;
 - збір, узагальнення та поширення службової інформації для персоналу та цільової інформації, призначеної для пацієнтів, та інформаційне прогнозування очікувань пацієнтів як наслідок.
- **Ресурсно-технологічний менеджмент:**
 - вирішує проблему формування та руху медичних інструментів і обладнання та їхню роль і місце у бізнес-структурі ЗОЗ;
 - здійснює забезпечення сучасним медичним обладнанням у рамках інноваційних, виробничих та матеріально-технічних програм, які відповідають встановленим стандартам медичних технологій;
 - проводить моніторинг потреб та врахування використання медичних інструментів, обладнання та матеріалів;
 - сприяє підвищенню ефективності діяльності ЗОЗ;
 - визначає ринки придбання медичної техніки, укладає взаємовигідні угоди, складає списки угод, потенційних партнерів та комерційних пропозицій;

моніторить виконання угод, укладених у рамках забезпечення медичною технікою та матеріалами.

- **Кадровий менеджмент:**

- координує структурування реєстру персоналу відповідно до цілей управління якістю функціонування ЗОЗ;

- забезпечує наявність покрокових посадових інструкцій;

- проводить контроль отримання кваліфікаційних категорій персоналом;

- здійснює залучення персоналу до управління ЗОЗ;

- розробляє програми матеріального та морального стимулювання, позитивної мотивації персоналу до праці;

- проводить моніторинг задоволеності персоналу діяльністю ЗОЗ;

- використовує експертно-аналітичний метод для аналізу поточної ситуації з персоналом, визначення недоліків у праці з персоналом та причин їхнього виникнення.

- **Менеджмент задоволеності пацієнтів:**

- дотримується ідеології пацієнтоорієнтованості;

- здійснює контроль якісного оформлення договірних відносин з пацієнтами;

- здійснює дотримання конфіденційності персональних даних пацієнтів;

- здійснює дотримання прав пацієнтів;

- здійснює дотримання ефективної комунікації між пацієнтом і лікарем;

- добивається поінформованості пацієнтів щодо медичного обслуговування, яке надається у ЗОЗ;

- аналізує забезпечення ефективного функціонування лікувального процесу (встановлення діагнозу, призначення лікування, надання інших медичних послуг);

- здійснює моніторинг результату задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами.

- **Менеджмент якості медичної допомоги:**

- забезпечує лікувально-діагностичні служби необхідними для якості медичних послуг методиками, стандартами та ресурсами, які є потужним інструментом підвищення якості медичної допомоги та задоволеності пацієнтів;
- забезпечує відповідність медичних послуг, які надаються, сучасному рівневі розвитку науки (професійних знань), очікуванням пацієнтів, встановленим вимогам і стандартам;
- контролює виконання програмно-цільових показників за дорослою і дитячою терапевтичною та ортопедичною стоматологією, ортодонтією тощо;
- моніторить дотримання стандартів якості медичної допомоги, методологічних інструкцій щодо ЯМД, наказів за ЗОЗ про безпеку медичної діяльності тощо;
- проводить контроль безпеки медичної діяльності, стежить за усуненням зауважень, зроблених зовнішніми органами контролю та завідувачами відділень щодо якості наданих стоматологічних послуг;
- проводить первинний лікарський контроль та клініко-експертну працю;
- забезпечує контроль наявності та ефективності стандартів ЯМД.

Для кожного з блоків розроблені притаманні йому індикатори, за якими проводяться аналіз та оптимізація структури управління.

Таким чином, базисом оцінки менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП стають індикатори оцінки, які дозволяють оцінити виконання завдань та планів управління у структурних складових блокової моделі ЗОЗ.

Індикатори оцінки менеджменту якості функціонування ЗОЗ подані у таблиці 5.2.

Індикатори оцінки менеджменту функціонування ЗОЗ

| Цільові структури | Індикатори оцінки |
|--|--|
| Формування ЗОЗ | При формуванні ЗОЗ на принципах ДПП оцінюється якість адміністративно-правового оформлення ЗОЗ як юридичної особи. Визначаються: відповідність структури ЗОЗ чинним законодавчим актам; умови та достатність залучення приватного капіталу; можливості придбання сучасної матеріально-технічної бази для ЗОЗ; медична акредитація ЗОЗ; наявність і якість стратегічного й тактичного плану організації та управління ЗОЗ в умовах ринкової економіки. |
| Адміністративне управління та робота з персоналом | Оцінюються: наявність в адміністраторів ЗОЗ навичок планування адміністративної роботи, форм та методів адміністративного впливу на підлеглих; відповідність форм, функцій та процесу адміністративного менеджменту сучасній філософії управління; наявність стратегії та тактики щодо забезпечення рівня якості, очікуваного та досяжного на сучасному етапі; створення оперативного управління фінансовими, технологічними, ресурсними індикаторами якості з акцентом на міжнародні стандарти ISO сімейства 9000 та їхні українські аналоги; лідерські якості керівника та ефективність його рішень у забезпеченні цілей діяльності ЗОЗ, у створенні та підтриманні внутрішнього середовища для залучення персоналу до вирішення завдань ЗОЗ; залучення персоналу до управління, структуризації цілей управління персоналом, їхня відповідність цілям ЗОЗ; застосування експертно-аналітичного методу для оцінки наявної ситуації з персоналом, визначення недоліків у роботі з персоналом та причин їхнього виникнення; розробка позитивної мотивації персоналу до праці та стимулювальної системи оплати праці; наявність системи матеріального та морального стимулювання; моніторинг задоволеності персоналу діяльністю ЗОЗ; системний та процесний підхід в управлінні ЯМД. |
| Управління ризиками | Оцінюються: наявність планів з управління зовнішніми та внутрішніми ризиками; ризиками, пов'язаними з санітарно-епідеміологічною обстановкою, станом медичного обладнання та кваліфікацією медичного персоналу; ризиками, що несуть загрозу здоров'ю персоналу; професійними ризиками. Проводиться моніторинг ризиків. |
| Управління фінансами | Оцінюються: забезпеченість ЗОЗ фінансуванням; балансовий контроль прогнозу руху коштів ЗОЗ; звіти про прибутки та збитки; планування постійних і змінних витрат; оптимальність використання фінансових ресурсів, що надаються на покращення матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу ЗОЗ; якість управління та перетворення фінансових ресурсів на послуги; забезпечення ефективності витрат через інновації; коректність розцінок на послуги та їхнього регулювання; впровадження індикаторів якості діяльності фінансових служб. Проводяться аналіз планового прибутку для ЗОЗ, моніторинг балансу та визначення зв'язку між балансом та грошовим потоком. |
| Управління кадрами та | Оцінюються: наявність ефективної кадрової політики; забезпеченість ЗОЗ кваліфікованими кадрами, приведення кадрових ресурсів у |

| | |
|---|--|
| матеріально-технічними ресурсами | відповідність до потреб; контроль кваліфікації кадрів; наявність покрокових посадових інструкцій; впровадження методів планування та забезпечення ЗОЗ сучасним медичним обладнанням і виробами медичного призначення, повнота проведення їхнього моніторингу та обліку; технічний стан медичного обладнання (моральна та фізична зношеність); відповідність медичного обладнання сучасному рівневі розвитку науки (професійних знань); забезпеченість інноваційними технологічними методиками на базі стандартів медичних технологій; впровадження індикаторів матеріально-технічних та кадрових ресурсів і стандартів. |
| Медична діяльність, технологічний процес | Оцінюються: базисні характеристики медичної діяльності ЗОЗ; оптимізація служб для забезпечення необхідного рівня якості обслуговування, дієвість і ефективність діагностичних, терапевтичних та профілактичних процедур, що проводяться; вихід діяльності організації у вигляді якісних послуг. Характеризуються всі етапи процесу надання медичної допомоги, відповідність комплексу лікувально-діагностичних заходів, здійснених щодо конкретного хворого, встановленим стандартам медичних технологій. Визначаються: правильність вибору тактики лікування; дотримання галузевих стандартів якості медичної допомоги та клінічних протоколів; алгоритми якості медичної діяльності (критерії результативності); наявність / відсутність лікарських помилок; забезпечення ефективності медичних технологій за напрямками, захищеності пацієнтів під час лікування і медичного персоналу – в процесі професійної діяльності; моніторинг дотримання угод на послуги, укладених у рамках ДПП. |
| Праця з пацієнтами | Оцінюються: орієнтованість ЗОЗ на пацієнта через облік прямих і непрямих споживачів, що становлять цінність для ЗОЗ; планування виробництва та надання послуг з урахуванням очікувань та задоволеності споживачів; забезпечення ефективного функціонування лікувального процесу (встановлення діагнозу, призначення лікування, надання інших медичних послуг); моніторинг задоволеності пацієнтів та менеджменту відносин ЗОЗ зі споживачами; визнання пацієнтами високої якості результатів діяльності ЗОЗ; якість оформлення договірних відносин з пацієнтами; дотримання конфіденційності персональних даних пацієнтів; поінформованість пацієнтів щодо медичного обслуговування, яке надається у ЗОЗ; ефективна комунікація між пацієнтом і лікарем; дотримання прав пацієнтів. |
| Праця з партнерами | Оцінюються: наявність аналізу ринку та складання переліку угод, потенційних партнерів та комерційних пропозицій; укладення взаємовигідних угод; контроль дотримання угод; надання партнерам обмеженого в часі доступу до обслуговування своїх клієнтів додатковими послугами, які не може надати ЗОЗ. |
| Інформаційно - аналітична робота | Оцінюється наявність і ефективність автоматизованої інформаційної системи для вирішення в автоматичному режимі комплексу лікувально-діагностичних та управлінських завдань. |
| Контрольні функції | Оцінюється наявність і діяльність експертної ради з організації контролю ЯМД. Аналізуються: акти проведення зовнішнього і внутрішнього аудиту – фінансово-економічного, економічної ефективності витрат, кадрового, |

| | |
|--|---|
| | <p>матеріально-технічного забезпечення, ефективності АСУ; виконання планів ЗОЗ; ризику управління; проведення аудиту процесу (клінічного, організаційно-методичного) та аудиту результату (задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами, здоров'я пацієнтів); ефективність стандартів.</p> <p>Проводяться експертні оцінювання та соціологічні опитування щодо задоволеності пацієнтів, а також моніторинг індикаторів якості управління.</p> |
|--|---|

Презентовані індикатори необхідно приймати як приблизну схему оцінювання менеджменту функціонування ЗОЗ. Зміст індикаторів має розроблятися для кожного ЗОЗ індивідуально залежно від його структури, потужності та спрямованості.

Для відстеження ефективності індикаторів потрібен їхній моніторинг. Значущість моніторингу в контексті контролю якості полягає в тому, що він аналізує систему індикаторів та вказує на певні вади у діяльності ЗОЗ для подальшого усунення їх. При цьому індикатори не є абсолютними маркерами якості медичної допомоги.

Система індикаторів та їхній моніторинг відкривають нові обрії у проведенні управлінської політики та надають можливість порівняти хиби в роботі на різних рівнях, намітити плани щодо усунення їх, розробити алгоритм поліпшення послуг.

Для забезпечення комплексності управління якістю з урахуванням усіх етапів виробництва послуг, чіткого взаємозв'язку підрозділів, що беруть участь у вирішенні проблем якості та контролю, у ЗОЗ організується експертна рада управління якістю. Її мета – здійснення контрольних функцій та підвищення якості медичної допомоги. У своїй діяльності експертна рада послуговується індикаторами якості. За результатами моніторингу системи індикаторів якості та аналізу діяльності всіх підрозділів ЗОЗ експертна рада надає адміністрації ЗОЗ інформацію про ризики.

До складу експертної ради входять: виконавчий директор ЗОЗ, його заступник з організаційно-методичної роботи, головний бухгалтер, завідувач відділу кадрів, завідувач АСУ, спеціальні групи зовнішніх експертів.

Експертна рада має відповідальність за контроль процесу виробництва якісних медичних послуг, забезпечення якості та безпеки медичного обслуговування шляхом своєї інспекційної та оглядової діяльності, моніторингу системи індикаторів, точок зору споживачів, персоналу та інвесторів. Також метою експертної ради є допомога у визначенні проблем служб та у наданні необхідної підтримки в їхньому вирішенні.

Експертна рада впроваджує у ЗОЗ процес самооцінювання, за допомогою якого аналізується поточна практика, визначаються сфери, у яких певний вплив може привести до покращення якості послуг. Експертна рада орієнтується на принципи менеджменту якості за вимогами ISO 9001 – орієнтація на клієнта, лідерство, залученість персоналу, процесний підхід, прийняття рішень на підставі фактів, менеджмент взаємин.

Регламентация функціонування системи менеджменту якості у стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП

Регламентация – це процес розробки нормативних документів, усталеної практики діяльності ЗОЗ та встановлення правил, що визначають порядок функціонування системи менеджменту якості.

Регламенти – основні нормативні документи, що визначають цілі, зміст і порядок реалізації як окремих робіт, так і цілих напрямків діяльності ЗОЗ.

Доцільність впровадження тих чи інших регламентів визначається організацією.

У великих ЗОЗ для свого функціонування служба регламентації повинна мати відповідне положення та визначені права.



Мал. 5.2. Різновиди регламентувальних документів

Цілями регламентації функціонування системи менеджменту якості є:

- уточнення порядку та процедури діяльності ЗОЗ;
- уточнення складу підрозділів і апарату управління, розподіл завдань, обов'язків, прав та відповідальності між конкретними виконавцями;
- визначення кваліфікаційного складу співробітників, розрахунок чисельності співробітників кожного підрозділу;
- розробка штатного розпису;
- визначення порядку взаємодії підрозділів та конкретних посад;
- проектування організаційної, інформаційної, соціальної, економічної та технологічної структури ЗОЗ;
- проектування процесу документування та потоків інформації;
- організація документообігу з метою повного та своєчасного інформаційного забезпечення процесу функціонування підрозділів та органів управління ЗОЗ;
- уточнення положень про організацію;
- розробка положення про структурні підрозділи та посадових інструкцій;
- формування положення про експертів та експертну раду з управління ЯМД;

- створення положення про моніторинг управління діяльністю ЗОЗ;
- уточнення інформаційного банку даних про стан якості функціонування ЗОЗ;
- розробка інструктивно-методичної документації для служб, звітних форм подання інформації про стан ЯМД у ЗОЗ.

Реалізація перелічених цілей та завдань забезпечить умови для впровадження уніфікованих підходів до організації діяльності та стану ЯМД у ЗОЗ.

Регламентация структур ЗОЗ:

- *технологічна структура* визначається складом та співвідношенням техніки, обладнання, приладів та інших видів технічних засобів, які використовуються у процесі функціонування підрозділів; визначається прийомами використання технічних засобів у процесі виконання організацією своїх завдань;

- *економічна структура* характеризується економічними відносинами як між підрозділами організації, так і між організацією та зовнішнім середовищем;

- *соціальна структура* становить собою розподіл працівників за професійним, кваліфікаційним, статевим, віковим, національним складом, рівнем освіти, сімейним станом;

- *інформаційна структура* становить собою відносно розташування джерел і отримувачів інформації, характеризується направленістю, інтенсивністю та конфігурацією інформаційних потоків.

Регламентация перелічених структур, підрозділів, апарату управління ЗОЗ у комплексі мають забезпечувати реалізацію стратегії його діяльності.

Регламентация функціонування служби КМП забезпечує:

- уточнення обсягів роботи зі збору та узагальнення інформації про стан ЯМД;
- підготування проєктів управлінських рішень щодо покращення ЯМД;
- формування звітності про стан ЯМД;
- здійснення інформаційного обміну з питань ЯМД.

Регламентация службы ЯМД, що застосовує уніфіковані регламенти, дозволить:

- отримувати дані про стан ЯМД у ЗОЗ;
- підвищити об'єктивність результатів експертизи ЯМД за рахунок проведення контролю за єдиними принципами та правилами;
- зменшити кількість конфліктів і розбіжностей за результатами оцінювання ЯМД, що проводиться спеціалістами;
- оперативно приймати управлінські рішення щодо усунення причин неналежного стану ЯМД, вдосконалення порядку організації та надання медичної допомоги;
- отримувати об'єктивну інформацію про динаміку стану ЯМД під час реалізації стратегії ЗОЗ;
- оцінювати ефективність управлінських рішень, що приймаються;
- оптимізувати витрати на організацію діяльності зі збору та узагальнення інформації про стан ЯМД та усунення причин неналежного стану ЯМД.

Регламентация ЯМД на основі єдиних регламентів дозволить здійснювати порівняльний аналіз показників ЯМД окремих лікарів та підрозділів.

Доступність інформації про показники ЯМД у ЗОЗ забезпечить можливість для реалізації права громадян у виборі ЗОЗ.

Механізми, на основі яких мають реалізуватися організаційно-методологічні підходи:

- законодавчі акти, що регламентують діяльність зі збору та узагальнення інформації про стан менеджменту якості у ЗОЗ;
- заходи з оптимізації системи менеджменту якості у ЗОЗ на принципах ДПП;
- програми стимулювання у ЗОЗ діяльності персоналу щодо забезпечення менеджменту якості;
- експертизи та оцінки впливу економічних та організаційних інновацій на стан менеджменту якості у ЗОЗ;

- моніторинг діяльності служб ЗОЗ з менеджменту якості, узагальнення результатів, прийняття рішень щодо оптимізації менеджменту якості.

Умовою реалізації основних напрямків організаційно-методологічних підходів до формування системи менеджменту якості у ЗОЗ є наявність ресурсного забезпечення, яке містить:

- узагальнені фінансові ресурси приватного інвестора та держави під час переходу ЗОЗ на принципи ДПП;

- добір кадрових ресурсів – обов'язкове проведення професійної перепідготовки співробітників служб менеджменту якості (організаторів експертиз);

- залучення експертів за програмами, орієнтованими на отримання знань і навичок з організації експертизи менеджменту якості, аналізу результатів, підготування проєктів управлінських рішень з покращення менеджменту якості та методології експертного дослідження менеджменту якості;

- впровадження сучасної автоматизованої інформаційно-аналітичної системи та технології.

Для ефективного впровадження та функціонування єдиної системи управління ЯМД необхідне використання автоматизованої технології збору та узагальнення інформації про ЯМД, застосування якої дозволить отримувати достовірні, повні, точні дані, придатні для підготування управлінських рішень щодо покращення ЯМД.

Розвиток єдиного інформаційного простору системи управління ЯМД має здійснюватися за участі професійних медичних знань у:

- розробці критеріїв експертної оцінки стану ЯМД;
- формуванні реєстру експертів ЯМД;
- розв'язанні конфліктів, що виникають між виробниками та споживачами медичних послуг, у частині, що стосується ЯМД.

Створення єдиного інформаційного простору системи управління ЯМД на основі уніфікованої методології збору та узагальнення інформації забезпечить ефективну взаємодію структур ЗОЗ, підвищить якість та ефективність управлінських рішень щодо покращення ЯМД, в тому числі стратегічне планування та прогнозування.

Прикінцеві положення

Формування сучасного менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП забезпечується на базі науково обґрунтованого та розробленого **комплексу організаційно-методологічних підходів** до оптимізації системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ як сукупності організаційно-методичних заходів, методів і засобів, спрямованих на створення економічно ефективної моделі функціонування стоматологічних ЗОЗ на засадах ДПП. Комплекс містить два організаційно-методичні підходи, спрямовані на організаційно-правовий та організаційно-виробничий розвиток ЗОЗ, блокову модель управління якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП, цільові індикатори менеджменту якості, схему регламентації – функціонування системи управління якістю у ЗОЗ на засадах ДПП і механізмів та умов реалізації організаційно-методологічного підходу до формування системи менеджменту якості у ЗОЗ.

Реалізація **комплексу організаційно-методологічних підходів** дозволить досягнути:

- формування правового юридично самостійного та фінансово стійкого ЗОЗ на принципах ДПП;
- покращення менеджменту якості у системі ЗОЗ;
- забезпечення прав громадян на отримання медичної допомоги належного обсягу та якості;
- оптимізацію витрачання бюджетних та позабюджетних коштів, призначених на оплату медичних послуг;
- зменшення рівня соціальної напруженості у суспільстві;

- оптимізації всіх етапів процесу надання медичної допомоги відповідно до встановлених стандартів якості та сучасних медичних технологій;
- устаткування ЗОЗ сучасним обладнанням та інструментами;
- професійного добору кадрів;
- мотивації та гідної оплати праці;
- задоволеності населення якістю медичних послуг.

5.3. Експертна оцінка комплексу організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них.

Поняття «експертна оцінка» може бути визначене як кількісна та якісна оцінка процесів, явищ, показників, що виконується на підставі міркувань спеціалістів [20,133,160].

У нашому дослідженні наведено експертну оцінку комплексу організаційно-методологічних підходів до вдосконалення системи управління якістю функціонування ЗОЗ на засадах ДПП, проведену 21 експертом.

Склад експертів – 9 керівників стоматологічних ЗОЗ, 7 організаторів охорони здоров'я, що мають вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я», 5 вчених спеціалістів з громадського здоров'я та організації охорони здоров'я, серед яких 2 доктори та 3 кандидати медичних наук.

Експертне оцінювання проводилося за спеціально розробленою програмою експертизи, що містила перелік основних параметрів комплексного організаційно-методологічного підходу, кількома етапами. Спочатку було складено перелік основних параметрів моделі, які підлягали оцінюванню, після чого було проведено їхнє експертне оцінювання за методом Дельфі. Потім трьома етапами проводилося саме експертне оцінювання. На першому етапі кожен з експертів виставляв незалежні оцінки за десятибальною шкалою за кожним із параметрів затвердженого переліку. На другому та третьому етапах

експерти порівнювали свою думку з колективною оцінкою всієї експертної групи; при цьому вони могли змінити або скорегувати свою думку. За результатами третього етапу експертного оцінювання, крім середніх значень кожного показника у балах були розраховані коефіцієнти варіації, за допомогою яких визначався ступінь варіабельності думки експертів за кожним параметром оцінки (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Дані експертної оцінки основних складових методологічних підходів до вдосконалення системи управління функціонуванням ЗОЗ на принципах ДПП

| Основні складові, які оцінювалися | Середній бал | C _v (%) |
|---|--------------|--------------------|
| 1. Концептуальні напрямки вдосконалення методології управління якістю у ЗОЗ | 9,67±0,15 | 5,0 |
| 2. Правовий методологічний підхід, який забезпечує процес організації ЗОЗ на принципах ДПП | 9,81±0,13 | 4,1 |
| 3. Організаційно-виробничий методологічний підхід, який забезпечує процес оптимізації управління якістю медичних послуг | 9,70±0,15 | 4,8 |
| 4. Модель управління якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП за напрямками діяльності | 9,81±0,13 | 4,1 |
| 5. Індикатори оцінки управління якістю функціонування ЗОЗ | 9,76±0,14 | 4,5 |
| 6. Схема регламентації – функціонування системи управління якістю у ЗОЗ на засадах ДПП | 9,52±0,16 | 5,4 |
| 7. Механізми та умови реалізації організаційно-методологічного підходу до формування системи управління якістю у ЗОЗ | 9,57±0,16 | 5,3 |

Значення коефіцієнтів варіації (C_v) за всіма параметрами, які оцінювалися під час експертизи та презентовані у таблиці 5.3, не перевищували 10%, що свідчить про низький рівень варіабельності оцінок експертів. Узгодженість думок експертів також підтверджує високе значення коефіцієнта конкордації (W=0,79 p<0,05).

Аналіз результатів експертного оцінювання дозволив отримати оцінку розробленого комплексу організаційно-методологічних підходів до формування менеджменту якості у стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП.

Усі сім параметрів методологічних підходів, що оцінювалися, за результатами експертного оцінювання дістали високі бали – від $9,52 \pm 0,16$ до $9,81 \pm 0,13$, що підтверджує прогнозну ефективність розробленого організаційно-методологічного підходу до формування менеджменту якості та доцільність його використання в управлінні якістю функціонування сучасних ЗОЗ на принципах ДПП.

Висновки до розділу 5

1. Вдосконалено методологію управління якістю стоматологічної допомоги у комунальних стоматологічних ЗОЗ. Розроблено та науково обґрунтовано комплекс організаційно-методичних підходів до переведення комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП, що сприятиме підвищенню дієвості менеджменту якості, виявленню проблемних зон і напрямків для створення ефективного процесу менеджменту.

2. Сформовано блокову модель менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП за напрямками діяльності.

3. Розроблено індикатори оцінювання менеджменту якості функціонування ЗОЗ, які дозволяють оцінити виконання завдань і планів управління якістю у структурах блокової моделі.

4. Розроблено концептуальні напрямки вдосконалення системи менеджменту якості функціонування стоматологічних ЗОЗ на принципах ДПП, які закладають основи формування стратегічних і оперативних цілей у галузі управління якістю в умовах ринкової економіки.

5. Встановлено, що для підвищення якості медичної допомоги у ЗОЗ необхідно забезпечити його фінансову життєздатність, що є можливим за організації ЗОЗ на принципах державно-приватного партнерства.

6. Проведено регламентацію – розробку основних інструментів, що забезпечують функціонування організаційно-методологічного підходу менеджменту якості.

7. Проведено експертне оцінювання розробленого організаційно-методологічного підходу до формування системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ на принципах ДПП, що засвідчило його прогнозу ефективність і доцільність використання у практиці управління ЗОЗ.

При написанні цього розділу були використані наступні джерела інформації: [251,194,201,266,18,252, 47,208.51.116,201,138,265,66, 74,75, 162, 272,150, 84-86,170,177,170.185,203,101,102, 99,165,134,31, 153,154,155, 20,133]

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило вирішити актуальне науково-практичне завдання розробки вдосконаленої методології управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них. Експертне оцінювання розробленого комплексу методологічних підходів засвідчило їхню прогнозну ефективність.

1. Отримана комплексна медико-соціальна характеристика мережі стоматологічних закладів комунальної / державної власності показала, що впродовж 2010–2020 рр. в Україні тривав процес реструктуризації мережі стоматологічних закладів, який характеризувався суттєвим скороченням чисельності закладів комунальної / державної власності та стрімким зростанням чисельності приватних стоматологічних закладів і кабінетів. Впродовж періоду спостереження чисельність лікарів-стоматологів, зайнятих у комунальних / державних ЗОЗ України, зменшилася на 40,9% (з 21313 у 2010 р. до 12601 фізичних осіб у 2020 р.). При цьому забезпеченість населення лікарями-стоматологами скоротилася на 34,9% (з 4,67 у 2010 р. до 3,04 у 2020 р. на 10000 осіб населення). Укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів у комунальних / державних ЗОЗ знизилася впродовж періоду спостереження з 93,3% до 86,9%. За цей же час кількість лікарів-стоматологів у приватних закладах зросла у 1,4 рази (з 6349 до 8662 фізичних осіб), а вкомплектованість штатних посад стабільно складала 96%.

2. Встановлено, що стоматологічні заклади комунальної / державної власності, незважаючи на скорочення їх мережі та посад лікарів-стоматологів у них, продовжують відігравати провідну роль у наданні стоматологічної допомоги населенню України. У 2020 році вони забезпечили 63,1% відвідувань дорослого і 88,7% відвідувань дитячого населення.

3. Відзначено скорочення обсягів профілактичної допомоги, наданої мешканцям України у закладах комунальної / державної власності. Питома вага планово оглянутих стоматологом серед дорослого населення зменшилася на 15,3% (з 21,9% у 2010 р. до 6,6% у 2020 р.), а серед дітей – на 54,4% (з 71,6% до

17,2% відповідно); питома вага санованих у порядку планової санації та за зверненнями скоротилася серед дорослого населення на 68,6% (з 24,2% у 2010 р. до 7,6% у 2020 р.), а серед дітей – на 70% (з 43,3% до 12,6% відповідно). Згортання профілактичної роботи у комунальних / державних ЗОЗ та несвоєчасне отримання стоматологічної допомоги через зниження її доступності призвело до зростання частки випадків лікування карієсу на стадії ускладнень (у 2020 році кожний четвертий (27,7%) випадок карієсу у дорослого населення та у дітей (23,9%) лікувався на стадії ускладнень) та виявлення більше половини (у 2020 р. – 58,2%) випадків злякисних новоутворень ротової порожнини у занедбаних (III–IV) стадіях.

4. За матеріалами соціологічного опитування пацієнтів державних / муніципальних установ та пацієнтів закладів приватної форми власності встановлено, що з метою профілактичного огляду звернулися лише $4,2 \pm 1,0\%$ пацієнтів комунальних та $31,4 \pm 2,4\%$ приватних закладів ($p < 0,001$). $45,1 \pm 2,5\%$ пацієнтів у комунальних ЗОЗ чекали у черзі на прийом до лікаря від 20 до 60 хвилин, а $17,7 \pm 1,9\%$ – понад годину; у приватних закладах $94,1 \pm 1,2\%$ пацієнтів приймалися у встановлений час. Повне обстеження порожнини рота та зубів було проведено тільки $3,0 \pm 0,9\%$, частково $14,0 \pm 1,7\%$ пацієнтів комунальних ЗОЗ; повне обстеження було проведене $97,2 \pm 0,8\%$ пацієнтів приватних ЗОЗ. Якістю стоматологічного лікування були повністю задоволені $21,9 \pm 2,1\%$ пацієнтів комунальних установ та $97,7 \pm 0,8\%$ пацієнтів приватних закладів. Мали можливість узгодити обсяг стоматологічного втручання з лікарем $65,8 \pm 2,4\%$ пацієнтів комунальних установ та $94,1 \pm 1,2\%$ пацієнтів приватних ЗОЗ. Отримати інформацію про можливі ускладнення після лікування мали можливість $18,2 \pm 1,9\%$ пацієнтів комунальних установ та $96,9 \pm 0,9\%$ пацієнтів приватних ЗОЗ. Узгодити ціну передбачуваного стоматологічного втручання мали можливість $44,1 \pm 2,5\%$ пацієнтів комунальних установ та $99,5 \pm 0,4\%$ пацієнтів приватних ЗОЗ. Можна констатувати, що пацієнтів комунального сектора стоматології не задовольняють організація стоматологічного прийому, повнота обстеження, якість отриманого стоматологічного лікування, низький

рівень залучення пацієнтів до визначення обсягів та вартості стоматологічної допомоги.

5. За матеріалами соціологічного опитування лікарів-стоматологів комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ встановлено, що лише $61,8 \pm 3,0\%$ опитаних лікарів-стоматологів комунальних ЗОЗ позитивно відповіли на питання про наявність умов для якісної роботи, достатньої кількості трудових та фінансових ресурсів. Позитивну відповідь на це ж питання дали $89,0 \pm 3,0\%$ лікарів приватних ЗОЗ. На питання про наявність у ЗОЗ медичного обладнання сучасного науково-технічного рівня позитивно відповіли лише $22,4 \pm 2,6\%$ респондентів комунальних закладів; серед респондентів приватних закладів на це питання позитивно відповіли $95,4 \pm 2,0\%$. Стандарти якості на практиці застосовують $30,9 \pm 2,9\%$ опитаних лікарів-стоматологів комунальних ЗОЗ та $89,9 \pm 2,9\%$ лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ. Внутрішній контроль якості у ЗОЗ проводиться на думку $55,6 \pm 3,1\%$ респондентів комунальних та $92,7 \pm 2,5\%$ приватних закладів. $29,0 \pm 2,8\%$ стоматологів комунальних ЗОЗ користуються галузевими нормативами, $24,3 \pm 2,7\%$ – локальними протоколами (внутрішні стандарти), $62,2 \pm 3,0\%$ керуються власним досвідом та знаннями; показники серед лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ – $98,2 \pm 1,3\%$, $99,1 \pm 0,9\%$ та $24,8 \pm 4,1\%$ відповідно. Позитивно оцінили систему оплати праці $27,8 \pm 2,8\%$ лікарів-стоматологів комунальних ЗОЗ та $98,2 \pm 1,3\%$ лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ. Негативну оцінку умов праці надала більша частина ($61,4 \pm 3,0\%$) респондентів комунальних ЗОЗ. На думку $77,6 \pm 2,6\%$ лікарів комунальних ЗОЗ, назріла потреба забезпечити юридичну та фінансову самостійність ЗОЗ. На думку $87,6 \pm 2,0\%$ лікарів комунальних ЗОЗ, необхідне оновлення медичного обладнання, матеріалів, інструментів; $57,5 \pm 3,1\%$ респондентів наголошують на необхідності підвищення якості медичної допомоги.

6. Експертні оцінки структурно-організаційних складових діяльності комунальних стоматологічних ЗОЗ показали, що господарська і юридична самостійність закладів оцінена на $2,3 \pm 0,1$ бала, витрати ЗОЗ фінансових

ресурсів для досягнення якості послуг – на $2,0 \pm 0,1$ бала, нормативно-законодавча база для забезпечення населення якісною медичною допомогою – на $2,9 \pm 0,1$ бала, устаткування сучасним діагностичним обладнанням – на $3,5 \pm 0,1$ бала, залученість персоналу до діяльності з удосконалення якості послуг – на $3,4 \pm 0,1$ бала, рівень оплати праці медичних працівників – на $3,0 \pm 0,1$ бала, економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання – на $2,8 \pm 0,1$ бала. У приватних ЗОЗ оцінки за цими пунктами коливалися від 4,7 до 5,0.

7. Установлено, що розвиток державно-приватного партнерства у світовій економіці та охороні здоров'я розвинених країн є загальносвітовою практикою. Це юридично закріплено у програмних документах ВООЗ та документах Генеральної Асамблеї ООН. В Україні базові засади для успішної реалізації проєктів на умовах державно-приватного партнерства передбачені на законодавчому рівні.

8. Науково обґрунтовано концептуальні напрямки переходу комунальних стоматологічних ЗОЗ на принципи ДПП та вдосконалення системи менеджменту якості їхнього функціонування.

9. Науково обґрунтовано та розроблено комплекс організаційно-методологічних підходів до вдосконалення управління комунальними стоматологічними ЗОЗ та якістю стоматологічної допомоги у них. До нього увійшли: організаційно-методичні заходи, спрямовані на організаційно-правовий та організаційно-виробничий розвиток ЗОЗ; блокова модель управління якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП; система цільових індикаторів менеджменту якості; схема регламентації – функціонування системи управління якістю у ЗОЗ на засадах ДПП; механізми та умови реалізації організаційно-методологічного підходу до формування системи менеджменту якості у ЗОЗ.

10. Надано експертну оцінку розробленому комплексові організаційно-методологічних підходів, яка засвідчила його прогностичну ефективність та доцільність використання у практиці управління ЗОЗ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані у процесі наукового дослідження результати є організаційно-методологічною основою для практичного вдосконалення системи менеджменту якості функціонування комунальних / державних ЗОЗ.

Практичне значення полягає у розробці комплексного організаційно-методологічного підходу до вдосконалення системи менеджменту якості функціонування ЗОЗ, який на основі комплексного та системного вивчення, узагальнення та критичного переосмислення забезпечує перехід стоматологічних комунальних / державних ЗОЗ на принципи ДПП та надання населенню якісної медичної допомоги.

Науково обґрунтовані організаційні напрямки – організаційно-правовий та організаційно-виробничий – сприяють підвищенню дієвості менеджменту якості, виявленню проблемних зон і напрямків для створення ефективного процесу менеджменту.

Сформульовані на основі результатів дослідження висновки та рекомендації створюють основу для розробки сучасного практичного підходу до вдосконалення менеджменту якості функціонування ЗОЗ та якості медичної допомоги у стоматологічних закладах будь-якої форми власності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акопов В.І., Маслов Е.Н.. Право в медицині. - К.: Книга-сервіс. - 352 с., 2012
2. Аналіз результатів діяльності ЛПУ (підрозділу). 2022. [Електронний ресурс]: http://ni.biz.ua/8/8_8/8_81611_analiz-rezultatov-deyatelnosti-lpu-podrazdeleniya. Html
3. Ахромкін А.Є. Аналіз показників державно-приватного партнерства в Україні./ А.Є. Ахромкін // Вісник Східноукраїнського Національного Університету імені Володимира Даля. 2017. - № 6 (236) С. 13-16.
4. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів //Психологічні перспективи, Вип. 36, 2020, 37–48 .
5. Безопасность пациентов. Женева: Всемирная организация здравоохранения по состоянию на 14 сентября 2019 г. Режим допуска: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
6. Безпека медичної допомоги: що треба знати пацієнту. [Електронний ресурс]. <https://legalaid.gov.ua/novyny/bezpeka-medychnoyi-dopomogy-shho-treba-znaty-patsiyentu/>
7. Безпека пацієнта: наскільки в Україні ризиковано отримувати медичну допомогу. // Бесіда Олени Труш с Богомаз В.М. - першим заступником медичного директора Універсальної клініки «Оберіг». [Електронний ресурс]: <https://www.trush.com.ua/blog/bezpeka-pacienta-naskilki-v-ukraini/>
8. Белей Е.Н. Контроль і нагляд у сфері охорони громадського здоров'я. // Адміністративно право і процес; фінансове право; Інформаційне право. 2018.- №5. Том 29(68) С. 42-48.
9. Берри Л. Легендарная клиника Мэйо. Уроки лучшей в мире сервисной организации.// Л. Берри, К. Селтман Пер. с англ. А. Козлова. - М.: Манн, Иванов и Фербер, ООО «Издательство Эксмо», 2013. - 384 с.
10. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я. м. Київ 2018. [Електронний ресурс] // http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/4_2018/3.pdf.
11. Бирюков В. С. Концепция качества в украинском здравоохранении: взгляд через призму процессного подхода / В. С. Бирюков // Медичні перспективи. — Том XV, 2010. — № 1. — С. 10 — 12.
12. Біла І.С., Іллічова Е.І. Світовий досвід державно-приватного партнерства / Глобальні та національні проблеми економіки. 2018. Выпуск 21.С 127-129 <http://global-national.in.ua/archive/21-2018/25.pdf>
13. Білошицька О. К. Система управління якістю в медицині: Практичні роботи – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. – 63 с. [Електронний ресурс]: https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/47977/1/Pract_QM.pdf
14. Біоетика / Пер. з італ. В.Й. Шовкун: Підручник. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2017. 672
15. Богомаз В.М., Горох Є Л. та інші. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. Міжнародний досвід. // Український медичний Часопис № 1(75) I - II 2010 г.. [Електронний ресурс]: [https:// www.](https://www.)

- umj.com.ua/article/2959/indikatoriyakosti-medichnoi-dopomogi-ta-ix-rol-v-upravlinni-oxorono-yu-zdorov-ya
16. Богуш Д. Проблемное поле медицинской отрасли Украины.// Д Богуш/ Українська правда.- 2009 - Режим доступа: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/bogush/4b280bfd9c85e/>
 17. Бондаренко Т.І. Основи медичної інформатики. Практикум: навчальний посібник. Київ: Медицина, 2018. 128 с. (4.6)
 18. Бухгалтерський облік, аналіз та аудит. Випуск 43. 2020. С 450-454.
 19. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі Охорони Здоров'я. [Електронний ресурс]: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya>
 20. Вовк О. Незалежна оцінка якості надання послуг медичними організаціями; 5 простих кроків як оцінити якість медичних послуг. Професійна допомога при виникненні труднощів в оцінці. <https://bigenergy.com.ua/fnansi/bznes-dlya-pdpri/1066-nezalezna-ocinka-yakosti-nadannya-poslug-med-organizacijami-dosvid.html>
 21. ВОЗ. Качественные услуги здравоохранения. 2020 г. Электронный ресурс: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
 22. ВОЗ. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи. - 2018г.- 86с. Режим доступа: <http://www.who.int/service/edelivery/safety/areas/qhc/nqps/en>
 23. Вороненко Ю. В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Український медичний часопис. - 2012. - № 5. - С. 108-110.
 24. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // Охорона здоров'я України. — 2008. — № 3. — С. 20 — 21
 25. Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217 а (iii) генеральной ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года. [Електронний ресурс]: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml
 26. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. - Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. - 179 с.
 27. Голованова І. А. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України./ І. А. Голованова, О. І. Краснова // Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 1 (3). С. 22-24.
 28. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Кравчук Н.Г. Аудит медико - статистичної інформації в стаціонарах (лекція). Практика управління закладом охорони здоров'я. 2018. № 6. с. 69-78
 29. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Кравчук Н.Г. Аудит медико - статистичної інформації в стаціонарах (лекція). Практика управління закладом охорони здоров'я. 2018. № 6. с. 69-78.

30. Горачук В. Функції управління в системі менеджменту якості медичної допомоги / В. Горачук // Практика управління медичним закладом. - 2016. - № 3. - С.8- 13.
31. Горачук В.В. Міжнародні інструменти управління якістю. Ліцензування медичної *практики*; Акредитація закладів *охорони здоров'я*; Стандартизація лікувально-діагностичного. 2020. Презентація PowerPoint - Департамент охорони здоров'я. [kyivcity.gov.ua](https://health.kyivcity.gov.ua) <https://health.kyivcity.gov.ua/docs/school>
32. Горачук В.В. Управління ризиками в закладі охорони здоров'я.// 2018. [Електронний ресурс]: http://medforum.in.ua/sites/default/files/upravlinnya_rizikami_v_zakladi_ohoroni_zdorovya_gorachuk_v.v.pdf
33. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я: монографія / В.В. Горачук. - Вінниця: Тов. «Меркьюрі-Поділля», 2012. -213 с.
34. Горачук В.В., Піщиков В.А., Шестак Н.В. Інноваційні резерви підвищення якості менеджменту медичної допомоги. Український медичний часопис. 2016.№ 2 (112) – III/IV . <https://www.umj.com.ua/article/95105/innovacijni-rezervi-pidvishhennya-yakosti-menedzhmentu-medichnoi-dopomogi>
35. Горбаченко С.А. Проектний менеджмент. Навчально-методичний посібник «Інформаційні технології» Одеса 2020. 261с.
36. Гордиенко С. Проблемы и стратегии развития стоматологической помощи в Украине / С. Гордиенко// Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 9 (430), травень 2018 р. Режим доступа <http://health-ua.com/article/37268-problemy-istrategii-razvitiya-stomatologicheskoy-pomoshi-vukraine>.
37. Гордиенко С.М. Медицинская реформа: взгляд общественных организаций. // С.М. Гордиенко / Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 24 (445), грудень 2018 Режим доступа: <https://health-ua.com/article/41112-meditsinskaya-reforma-vzglyad-obshchestvennyh-organizatsij>
38. Горшков Л.І. Інтегровані системи менеджменту для стійкого розвитку підприємств. / 2014. Екологічні науки С. 90-97 http://www.ecoj._dea.kiev.ua/archives/2013/3/13.pdf
39. Гретченко Лариса. Контроль якості медичної допомоги: повноваження адміністративного суду при перевірці законності висновку клініко – експертної комісії органу охорони здоров'я. 2021. [Електронний ресурс]: <https://www.hsa.org.ua/blog/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-povnovazhennya-administrativnogo-sudu-pry-perevirtsi-zakonnosti-vysnovku-kliniko-ekspertnoyi-komisiyi-orgynu-ohorony-zdorov-ya> (192.)
40. Григоров С.М., Рекова Л.П. Алгоритм заповнення обліково-медичної документації амбулаторного (стаціонарного) пацієнта в клініці хірургічної стоматології : навч. посібник для студентів вищ. мед. навч. закладів III–IV рівнів акредитації. Харків : ХНМУ, 2021. 112 с.

41. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Соціологічне дослідження якості стоматологічної допомоги в закладах різної форми власності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. - №4. С. 49-52.
42. Грохотов В.А. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine. // В. А. Грохотов, Н.М. Орлова, О.А. Канюра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12 cz.1 St. 2378-2382.
43. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Кадрові ресурси як складова забезпечення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню України // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2022. . Т26, № 1. – С.113-118.
44. Грохотов В.А. Проблеми якості стоматологічної допомоги. (за матеріалами соціологічного опитування лікарів-стоматологів) // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. Т.26 №. 3 С.462-466.
45. Грохотов В.А. Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних закладів охорони здоров'я. // Актуальні проблеми транспортної медицини 2022 р. № 3 С. 125-134.
46. Декларация тысячелетия ООН. Принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года. Режим доступа. [https:// www.un.org /ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.Shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.Shtml).
47. Деминг Эдвардс Менеджмент нового времени. Простые механизмы, ведущие к росту, инновациям и доминированию на рынке Год издания: 2018 Издательство: Альпина Паблишер <https://www.livelib.ru/author/155802/top-edwards-deming>
48. Дергачова В. В. Державно-приватне партнерство як інституціональний інструмент інвестування економіки країни [Електронний ресурс] / В. В. Дергачова, К. О. Кузнєцова // Бізнес Інформ. - 2018. - № 1. - С. 111-116.
49. Децик О. З. Задоволеність медичною допомогою як критерій якості її надання / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, О. Л. Самотовка [та ін.] // Медичні перспективи. — Том XV, 2010. - № 1. - С. 71 - 74.
50. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. - 2010. - Том XV, № 1.- С. 6 - 9.
51. Дикань Н.В., Борисенко ЛІ. Менеджмент: Навч. посіб. К.: Знання, 2018. 389 с.
52. Для чого потрібне впровадження процесного підходу в управління діяльністю організації? 2023. [Електронний ресурс]: <https://ukraine-oss.com/dlya-chogo-potribne-vprovadzhennya-proczesnogo-pidhodu-v-upravlinnya-diyalnistyu-organizacziyi/>
53. Добагян Е. К. Факторы и современные тенденции развития ГЧП в здравоохранении на примере зарубежного опыта. / Е. К. Добагян // Человеческий капитал и профессиональное образование №2(18) 2016 г С. 75-78

54. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf
55. Дудник С. Кадрова криза медичній галузі України не загрожує? [Електронний ресурс] / Світлана Дудник // Ваше здоров'я. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.vz.kiev.ua/kadrova-kryza-medychnij-galuzi-ukrayiny-ne-zagrozhuje>.
56. Дутко Н. Г. Державно-приватне партнерство: перспективи розвитку. // "Інвестиції: практика та досвід" - 2020. № 4 стор. 109 - 114
57. Дьяченко В.Г. Експертиза якості медичної допомоги. Організація експертної роботи, питання технології експертизи. 2022. [Електронний ресурс]: <http://medbib.in.ua/ekspertiza-kachestva-meditsinskoj-pomoschi.html>
58. Експертиза обсягу і якості медичної допомоги (послуги). 2022. [Електронний ресурс]: http://ni.biz.ua/11/11_6/11_65240_glava-.html
59. Експертна оцінка підвищення конкурентоспроможності та ліквідності стоматологічних клінік на основі ризик-менеджменту. [Електронний ресурс]: <https://delicesucre.ru/ekspertnaya-ocenka-povysheniya-konkurento-sposobnosti-i-likvidnosti-stomatologicheskikh-klinik-na-osnove-r/>
60. Єрошкіна В., Татаровський О.П., Полішко Т.М., Борисенко С.С. Основи менеджменту і маркетингу в медицині. /2012. Днепропетровск. 64 с.
61. Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник / Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. – Полтава, 2017. –114 с.
62. Жилина Н. В. Теоретическое обоснование понятия качества и основной идеи концепции TQM. // Н. В. Жилина, О. В. Княжева. / - 2014 Электронный ресурс. Режим доступа: <http://journal.mrsu.ru/arts/teoreticheskoe-obosnovanie-ponyatiya-kachestva-i-osnovnoj-idei-koncepcii-tqm>
63. Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII « Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 10, ст.97) Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/817-19>.
64. Закон України: Основи законодавства України про охорону здоров'я Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
65. Запорожец С. Проблемы реализации государственно-частного партнерства в Украине на уровне города. /С. Запорожец // Правовой международный журнал «Legea si Viata» - 2015-№4/2 С. 31-34.
66. Здоровье 2020 - основы европейской политики и стратегия для XXI века» (ВОЗ, 2013). Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
67. Зукин В. Почему Украине выгодно способствовать развитию частного здравоохранения? // В. Зукин / 2021.- Режим доступа: <https://interfax.com.ua/news/blog/762487.html> (71.)

68. Зюкин Д.А. Оптимизации системы управления медицинскими кадрами региона/ Д.А. Зюкин, С.А Беляев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2016.-№ 11-6.-С.1145-1148.
69. ISO 13485/ISO 13488 – вироби медичні. системи керування якістю. вимоги до регулювання. <https://ims-cert.com/mezhdunarodnaya-sertifikacziya-ua/iso-ua-3485/488-ua.html>
70. Іванчов П.В. Методологічні засади оцінки ефективності державного управління трансформацією медичної системи України.// Приазовський економічний вісник Випуск 1(24) 2021. С. 240-244.
71. Іваць А.Р., Романів О.П. Доступність медичної допомоги як актуальна проблема громадського здоров'я. // Економіка і право охорони здоров'я. № 2 (8), 2018 [Електронний ресурс].<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23114/1/110-111.pdf>. (104.212.)
72. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
73. Какие стоматологические услуги предусматривает программа медицинских гарантий. 2021г. Медична справа. [Електронний ресурс]: <https://www.medsprava.com.ua/article/ru/2365-kakie-stomatologicheskie-uslugi-predusmatrivaet-programa-meditsinskih-garantiy-rus>
74. Карамішев Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я/ 2015. Режим доступа: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf>
75. Касянчук В. В. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник / В. В. Касянчук, О. М. Бергілевич, О. І. Сміянова ; за ред. проф. В. А. Сміянова. – Суми : Сумський державний університет, 2019. – 246 с (13.79.173.)
76. Качество и я. Жизнь бизнеса в Америке - Philip В. Crosby [Електронний ресурс]: <https://www.livelib.ru/book/1000037206-kachestvo-i-ya-zhizn-biznesa-v-amerike-filipp-b-krosbi>.
77. Клініко економічний аналіз медичної організації. Клініко-економічний аналіз. Аналіз «мінімізації витрат» Електронний ресурс <https://translate.google.com>.
78. Клініко-економічний аналіз: принципи, етапи та методи. 2017. [Електронний ресурс]: <https://medplatforma.com.ua/article/784-klanko-ekonomchniy-analz-printsipi-etapi-ta-metodi>
79. Князевич В. М., Авраменко Т. П., Короленко В. В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. 2016. № 1. С. 56-65
80. Князева О. А. Формування кадрового резерву для забезпечення розвитку інтелектуального потенціалу персоналу підприємства // О.А.Князева, М.В. Шамін / Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. - 2019. - Випуск 5 (139). - С. 49-55.
81. Кожекенова Л.Г. Концептуальное видение реализации стратегии медицинской помощи, ориентированной на пациента в отечественной и

- мирової практиці здоров'я / Л.Г. Кожекєнова, А.К. Мусаханова.// Астана. Наука и здравоохранение. - 2014. - №5. - С. 5-8.
- 82.Козирєва О.В. Стратегічний менеджмент. Навчальний посібник. Х.: Вид-во НфаУ, 2020. 238
- 83.Конституція України Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, 141 с. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96Text>
- 84.Контроль качества медицинской помощи в Украине — голый король? А.В. Степаненко 2017 г. [Електронний ресурс]. - Режим доступа: <https://www.vz.kiev.ua/ru/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayini-golyj-korol/>
- 85.Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. 2020 Джерело:<https://medplatforma.com.ua/article/408-qqq-16-m9-organzatsiya-kontrolyu-yakost-medichno-dopomogi-v-zakladah-ohoroni-zdorovya>
- 86.Контроль качества продукции : [Сокр. пер. с англ.] / А. Фейгенбаум; 1986. - 470 с.
- 87.Концепція загального управління якістю. [Електронний ресурс]: https://pidru4niki.com/15130616/ekonomika/kontseptsiya_zagalnogo_upravlinnya_yakisty.
- 88.Короленко В.В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції.// В.В.Короленко, Т.П. Юрочко. К. 2018 - 96 с.
- 89.Кредісов А.І., Білоус А.О. Державно-приватне партнерство: світовий досвід та його використання в Україні. Економіка України. 2016. № 2(651). С. 4—15
- 90.Критерии оценки качества здравоохранения ВОЗ. Электронный ресурс: <https://ru.wikipedia.org/wiki> 2020.
- 91.Круть А. Г. Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. // Український журнал медицини, біології та спорту – 2021 – Том 6, № 5 (33). С.285-291. (30.44.78.)
- 92.Литвинова Л. О., Донік О. М., Артемчук Л.І. Організація стоматологічної допомоги. Реформування стоматологічної допомоги населенню України: Проблеми сьогодення/ Український стоматологічний альманах. 2020. № 2.- С.109-114.
- 93.Літінська Я. Г. Деякі аспекти впровадження та вдосконалення форм контролю за якістю надання медичної допомоги// Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17—18.04.2008, м. Львів. С.149-154.
- 94.Ліщишина О. М. Методологічні питання розробки клінічних індикаторів якості медичної допомоги / О. М. Ліщишина, Є. Л. Горох // Медичні перспективи. — Том XV, 2010. - № 1. - С. 66 - 68.
- 95.Ліщишина О.М., Горох Є.Л. - Вимірювання якості медичної допомоги: проблеми імплементації кращої світової практики в Україні // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - №2 . – С.121-128

96. Ляшко В. В Україні можуть створити службу перевірки якості медпомоги. // В. Ляшко/ Українська правда.- 2021 - Режим доступу: <https://www.pravda.com.ua/rus/news/2021/07/3/7299276/>
97. Мазур І. П. Стоматологія - не розкіш, а засіб збереження здоров'я/ І. П. Мазур // Ваше здоров'я - 19.10.2018.
98. Медико-соціальне обґрунтування моделі управлінської діяльності охорони здоров'я регіонального рівня на основі її інформатизації/ дис. на здобуття наук. ступеня кандид. мед. наук : спец. 14.02.03. «Соціальна медицина». Київ, 2017. 227 с.
99. Медичне державно-приватне партнерство: експерт розповів про вигідність системи для приватного бізнесу. / 2023, <https://i-ua.tv/news/81289-medychne-derzhavno-pravove-partnerstvo-ekspert-rozpoviv-pro-vyhidnist-systemy-dlia-pryvatnoho-biznesu>
100. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки : зб. наук. пр. Кіровоград : КНТУ, 2016. Вип. 19. С. 23-29.
101. Международный стандарт ISO 9000. Системы менеджмента качества основные положения и словарь. 2016. – 69с. Режим доступу: <https://iso-management.com/wp-content/uploads/2018/09/ISO-9000-2015.pdf>
102. Мельник В.С., Горзов Л.Ф. Оцінка критеріїв надання стоматологічної допомоги жителям Закарпаття. «Вісник Української медичної стоматологічної академії; Актуальні проблеми сучасної медицини. Т.21, Випуск 4 (76), 2021, С. 117-121.
103. Менеджмент якості проекту. [Електронний ресурс]: https://pidru4niki.com/87731/menedzhment/menedzhment_yakosti_proektu
104. Менеджмент якості. Учебное пособие // 2018. -Харків НТУ «ХПІ» - 102 с. <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/305151c0-7809-4d8f-a2dc-8ab8d0b211e0/content>
105. Методика проведення експертних оцінок якості медичної допомоги населенню. [Електронний ресурс]: [https://doctrina.space/subjects/socialMedicineНСО/guide lines](https://doctrina.space/subjects/socialMedicineНСО/guide%20lines)
106. Методичні рекомендації. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я // Вороненко Ю.В., Гойда Г.Г., Децик О. З., Орлова Н.М. та ін.- К.: МОЗ України, 2014. - 30 с.
107. Методичні рекомендації. Уніфікована методика розробки, перегляду та оновлення локального формуляра лікарських засобів закладу охорони здоров'я / В. Є. Бліхар, А. Н. Морозов, А. В. Степаненко, В. Д. Парій, А. Б. Зіменковський, Л. В. Яковлева та співав. К.: МОЗ України, 2013. - 36 с.
108. Методологія аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я і його охорони. В. А. Огнев, С. Г. Усенко. – Харків : ХНМУ, 2020. – 20 с. <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/>
109. Миронов А. Г. Державний контроль як засіб забезпечення якості медичної допомоги [Електронний ресурс] [https://www.publichnepravo.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=151:pp-2019-36-11&catid=92&Itemid=483 &lang=uk](https://www.publichnepravo.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=151:pp-2019-36-11&catid=92&Itemid=483&lang=uk)

110. Михальчук В.М. Соціологічне дослідження ефективності роботи багатoproфiльної приватної клініки. // Укд мед. Часопис.- 2019. № 6 (1) (134) – XI/XII <https://www.umj.com.ua/article/166325/sotsiologichne-doslidzhennya-efektivnosti-roboti-bagatoprofilnoyi-privatnoyi-kliniki>
111. Міжнародні стандарти системи якості ISO 9000 і ISO 10000. [Електронний ресурс] <https://buklib.net/books/36019/>.
112. Мініч Руслан. Переваги та недоліки британської системи охорони здоров'я, яку впроваджує Україна. 2018. <https://euukrainescoop.medium.com/uk-healthcare-c3638b1151e0>
113. Модель удосконалення якості медичної допомоги: проводимо внутрішній аудит. 2017. [Електронний ресурс]: <https://www.medsprava1.com.ua/article/849-model-udoskonalennya-yakost-medichno-dopomogi-provodimo-vnutrshny-audit>.
114. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я.// Монографія. Тернопіль. -2020. 559 с.
115. МОЗ: Як здійснюватиметься контроль якості надання медичної допомоги в рамках індивідуального ліцензування. [Електронний ресурс]: <https://medprosvita.com.ua/moz-yak-zdijsnyuvatimetsya-kontrol-yakosti-nadannya/>
116. Момот О.І. Менеджмент якості та елементи системи якості:: Навч. посібник. -К.: Центр учбової літератури, 2017 — 368 с.
117. Москаленко В. Ф. Біостатистика : підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, М. В. Голубчиков. – Київ : Кн. плюс, 2009. – 183 с.
118. Москаленко В. Ф. Удосконалення якості медичної допомоги як передумова реалізації права на здоров'я та його охорону / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко, Т.С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Спеціальний випуск : матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я, 11 - 12 жовтня, 2012 року. - С. 75 - 77.
119. Мотайло О. В.. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. 2020[Електронний ресурс] http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/9_2020/60.pdf
120. Мочалов Ю. А. Оценка потребности в стоматологическом лечении кариеса зубов у населения Украины. // Ю. А. Мочалов /eLIBRARY– 2019. №48. С.11-14. Режим допуска: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41382881>
121. Мочалов Ю. Відродження шкільної стоматології — нагальна потреба системи охорони здоров'я України // Практика управління медичним закладом № 2/2015 - С. 64 -71.
122. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я/ Г. Муляр // Вісник АПСВТ – 2020 – No 1-2. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf
123. Надутый К.А. Лехан В.М. Толстанов А.К. Методичні підходи до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги.// Укр. Мед.Часопис. 2019. № 3(2). <https://www.umj.com.ua/article/157991/>

metodichni-pidhodi-do-standartizatsiyi-otsinki-diyalnosti-zakladiv-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi

124. Надюк З. А. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: стандартизація медичної допомоги : посібник / Надюк З. А. - К., 2009. - 40 с
125. Найговзина Н.Б. Державні гарантії на медичну стоматологічну допомогу у амбулаторних умовах./ Н.Б. Найговзіна, А.В. Лучинський. Стоматологія.2015; №4: 12-15.
126. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 69 від 05.02.2016 « Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1717-13#Text>
127. Наказ МОЗ №197 від 31.05.2002 «Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. [Електронний ресурс]: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0197282-02#Text>
128. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про затвердження Порядку контролю якості медичної допомоги», якість медичної допомоги». [Електронний ресурс]: <https://www.medconsulting.com.ua/ua/nakazy-moz/nakaz-moz-ukrajini-752-vid-28092012-pro-poryadok-kontrolyu-yakosti-medichnoyi-dopomogi> .
129. Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454. «Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. [Електронний ресурс]: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>
130. Наказ МОЗ УКРАЇНИ 22.02.2019 № 446 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25 березня 2019 р. за № 293/33264 Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. https://zakononline.com.ua/documents/show/382690__702746
131. Наказ МОЗ України от 21.09.2012 N 732. Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. [Електронний ресурс]: <http://consultant.parus.ua/?doc=087PH84FF8&abz=DFCVK> (197.)
132. Наказ МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116 Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14#Text>
133. Нестеров О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи// О.Л. Нестеров / Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи, N 8, 2015 год Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/420305164>
134. Новіков В. Діагностичне само оцінювання як невід'ємний елемент сучасної системи управління / В. Новіков // Стандартизація, сертифікація, якість. - 2011. - № 2. - С. 38 - 40
135. Одним із найбільших фахівців в галузі управління якістю є японський вчений Каору Ісікава// Dosin Anzhelika. LinkedIn Learning [Електронний ресурс]: https://ua.linkedin.com/in/anzhelika-dosin-00428b1a0?trk=article-ssr-fron-tend-pulse_publisher-author-card.

136. Одринський В. Побудова системи управління якістю в ЗОЗ на основі пацієнторієнтованого підходу. 2019. [Електронний ресурс]: https://vafk.org.ua/wp-content/uploads/2019/12/8_d09bd196d0bad0b0d1802020_d09ed0b4d180d0b8d0bdd181d18cd0bad0b8d0b9_21.11.2019.pdf
137. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації). Київ – 2014.- 31с.
138. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації // Вороненко. Ю.В., Гойда Н.Г., Децик О.З. Орлова Н.М., Горачук В.В. та інші/ - Київ – 2014. - 34 с.
139. Основні засади концепції загального менеджменту якості. Лекція. Електронний ресурс <https://www.google.com.ua/search>.
140. Особливості стоматології в США ціни і відгуки. [Електронний ресурс]: [https // jak.koshachek.com/articles/osoblivosti-stomatologii-v-ssha-cini-i-vidguki.html](https://jak.koshachek.com/articles/osoblivosti-stomatologii-v-ssha-cini-i-vidguki.html).
141. Оцінка медичних технологій: нові можливості для прийняття обґрунтованих рішень. 2021. [Електронний ресурс] <https://hta.ua/shho-take-hta>
142. Оцінка медичної сфери в Україні: червень 2018 [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: [http://ratinggroup.ua/research /ukraine/osenka_medicinskoj_sfery_v_ukraine_iyun_2018.html](http://ratinggroup.ua/research/ukraine/osenka_medicinskoj_sfery_v_ukraine_iyun_2018.html).
143. Павленко О.В., Вахненко О.М. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія. Современная стоматология. 2013.-№ 4,180-184.
144. Павленко О.В., Вахненко О.М., Єрмакова Л.Г. Медична стоматологічна допомога в моделях медичного страхування різних країн // Сучасна стоматология 2019. -№5 С.100-104.
145. Панисар С., Карсон-Стивенс Э., Савилла С. и др. (ред.): Підвищення якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів у медичних організаціях. Наочний посібник. [Електронний ресурс]. <https://book24.ru/product/povyshenie-kachestva-meditsinskoj-pomoshchi-i-bezopasnosti-patsientov-v-meditsi-6400163/>
146. Пацієнтоорієнтованість та пацієнтоцентричність. [Електронний ресурс]: [https:// diabet. org.ua/patsiyen\(tooriyentovanist-ta-patsiyentotsentrychnist/](https://diabet.org.ua/patsiyen(tooriyentovanist-ta-patsiyentotsentrychnist/)
147. Поняття і основні характеристики якості медичної допомоги. [Електронний ресурс]: [http://4ua.co.ua/medicine/vb3ac69b4d43b88521306c26_0. Html](http://4ua.co.ua/medicine/vb3ac69b4d43b88521306c26_0.Html)
148. Портер Майкл. Конкурентна перевага. Як досягти високого результату та забезпечити його стійкість. Електронна книга. [https://bookmood.com. ua/ua/elektronnaya-kniga-konkurentnoe-preimushchestvo.-kak-dostich-vysokogo-rezultata-i-obespechit-ego-ustoychivost-maykl-porter/](https://bookmood.com.ua/ua/elektronnaya-kniga-konkurentnoe-preimushchestvo.-kak-dostich-vysokogo-rezultata-i-obespechit-ego-ustoychivost-maykl-porter/).
149. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник / Громадянська організація «Фундація медичного права та біоетики України». [Електронний ресурс] [http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/ praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/](http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/)
150. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне /

- ВОЗ, OECD Всемирный банк //2019. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1215671/retrieve>
151. Про аудиторську діяльність. Закон України. Редакція від 12.12.2012 р. / [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. — Офіц. вид. - К., 2012. - 3125. - (Нормативний документ Верховної Ради України. Закон України). - Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3125-12>.
 152. Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] / МОЗ України. - Офіц. вид. - К., 2011. - 142. - (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). — Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110314_142.html.
 153. Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні. Закон України від 24.11.2015 р. № 817–VIII // Відомості Верховної Ради України. 2016. № 10. Ст. 97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/817-19>
 154. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06.04.2017 р. № 2002–VIII // Законодавство України: база даних / Верхов. рада України. URL: <https://chernigiv-rada.gov.ua/ohoronaz-reformuvannya/id-2519/>.
 155. Про державно-приватне партнерство. Закон України із змінами і доповненнями від 21.06.2012, 16.10.2012 // Законодавство України: база даних / Верхов. рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17/ed20131110>
 156. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року: наказ МОЗ України № 597 від 19.09.2011 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110919_597.html
 157. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги [Електронний ресурс] / МОЗ України. — Офіц. вид. — К., 2011. — 743. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). — Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html.
 158. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] : / МОЗ України. - Офіц. вид. - К., 2011. - 454. -(Нормативний документ МОЗ України. Наказ). - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
 159. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №752. Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р. / [Електронний ресурс]: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_752.html.
 160. Ратушний Р. І. Систематизація експертних підходів і проблемних аспектів оцінки якості проведеного ендодонтичного лікування./ Ратушний Р. І. Гончарук-Хомин М. Ю., Годердзі Н., Білинський О. Я., Юрженко А. В//

- Вісник Вінницького національного медичного університету”, 2020, Т. 24, №3. С.550-557.
161. Резолюции пятьдесят пятой сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения - WHA55.18 «Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов» 18 мая 2002. Режим доступа: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/rwha5518.pdf
 162. Резолюция Генеральной Ассамблеей ООН от 10 октября 2019 года 74/2. «Политическая декларация заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения». Электронный режим: <https://undocs.org/ru/A/RES/74/2>.
 163. Рогач І.М. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Методичні рекомендації. // І.М. Рогач., Г.О. Слабкий, Л.О. Качала та інші./Ужгород, 2014. - 48 с.
 164. Рогач І.М., Слабкий Г.О. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Методичні рекомендації. Ужгород, 2014. – 48 с
 165. Рожкова Е.В. Государственно-частное партнёрство: сущность, значение, основные направления реализации в сфере здравоохранения./ Е.В. Рожкова, О.В. Касенко // Human health as a problem of medical sciences and humanities: Materials of the international scientific conference on April 20-21, 2015, Praha. Прага, 2015. № 19. С. 7-9.
 166. Розіт Т.В., Слюніна Т.Л. Особливості обліку та аудиту в медичній сфері. // http://www.market-infr.od.ua/journals/2020/43_2020_ukr/82.pdf
 167. Рудень В.В., Гутор Т. Методика проведення та оцінки результатів експертних оцінок (на прикладі впровадження системи моніторингу здоров'я населення на рівні первинної медико-санітарної допомоги) // Укр. мед. Часопис. 2011№2 (82) III - IV.
 168. Рудень В.В., Гутор Т. Г. Методика проведення та оцінки результатів експертних оцінок (на прикладі впровадження системи моніторингу здоров'я населення на рівні первинної медико-санітарної допомоги) Часопис 2011р. і. <https://www.umj.com.ua/article/9571/metodika-provedennya-ta-ocinki-rezultativ-ekspertnix-ocinok-na-prikladi-vprovadzhennya-sistemi-monitoringu-zdorov-ya-naselennya-na-rivni-pervinnoi-mediko-sanitarnoi-dopomog>.
 169. Руководство ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения с целью оптимизации программ в отношении общинных работников здравоохранения/ Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2018. — 112 с (167.)
 170. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества. Практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи. ВОЗ 2018 г [Электронный ресурс]: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278964/9789244565568-rus.pdf?ua=1>

171. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку// Т.В. Савіна/ Інвестиції: практика та досвід. - 2017. - № 15. - С. 95-97.
172. Савчук О. В. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню за матеріалами соціологічного дослідження / О. В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. - 2014. - Вип. 23(3). - С. 143-150. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2014_23%283%29-20
173. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2018 році, у 2019 році, у 2020 році Держстат України [Електронний ресурс]: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm
174. Сигео Синго - Стремительная переналадка. Революционная разработка оптимизации производства. Год: 2006/ <https://msd.com.ua/optimizatsija-proizvodstva/sigeo-singo-stremitelnaya-perenalad/>
175. Система загального управління якістю (TQM). [Електронний ресурс]: https://pidru4niki.com/75377/tovaroznavstvo/sistema_zagalnogo_upravlinnya_yakisty
176. Система охорони здоров'я в Сполучених Штатах. [Електронний ресурс]: https://pidru4niki.com/17280924/sotsiologiya/sistema_ohoroni_zdorovya_spoluchenih_shtatah.
177. Система управління якістю в медицині: Практичні роботи [Електронний ресурс] : навч. посіб. для студ. спеціальності 163 «Біомедична інженерія» / О. К. Білошицька; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (1 файл: 2,13 Мбайт) – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. – 63 с
178. Системы менеджмента качества - ISO 9001. ИСО 9001:2015. Режим доступа: <https://www.iso.org/ru/iso-9001-quality-management.html>
179. Сміянов В.А. Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я// В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, С.В. Тарасенко/ Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4 (61).- С.106-110.
180. Сміянов В. А. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2012. - № 2-3. - С. 64-67.
181. Сміянов В.А. Аналіз існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області. // Україна. здоров'я нації. 2014. № 3 (31). С.103-107.
182. Сміянов В.А. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я // В.А. Сміянов, А.В.Степаненко, В.Ю. Петренко, С.В. Тарасенко/ Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2013 №3(57).-С.11-18.
183. СНБО взявся за качество здравоохранения: что планируется. - 2021 Укринформ. Юлия Горбань. -Режим допуска: <https://www.ukrinform.ru/rubric-society/3301621-snbo-vzalsa-za-kacestvo-zdravoohranenia-cto-planiruetsa.html>.

184. Солтман Р. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран. //Ричард Б. Солтман, Рвйхард Буссе и др./ Филадельфия. – 2002. -170 с. Режим доступа: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2002_publications/2002_saltman_Regulation-ru.pdf
185. Стандарти і протоколи, які МОЗ затвердило у 2021—2022 роках // Медична справа, 2023. Джерело: <https://medplatforma.com.ua/news/5451-standarti-protokoli-yak-moz-zatverdilo-u-2021-2022-rokah>
186. Стандартизація в системі охорони здоров'я. [Електронний ресурс]: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/7846/standartizaciya-v-sistemi-oxoroni-zdorov-ya>
187. Створення системи управління якістю у закладі охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів. Круть А.Г., Глухова О. І. [Електронний ресурс] http://medforum.in.ua/sites/default/files/stvorennya_sistemi_upravlinnya_yakistyu_u_zakladi_vidpovidno_do_mizhnarodnih_standartiv_krut_a.g._gluhova_o.i.pdf.
188. Степаненко А. В. Інтеграція формулярної системи лікарських засобів у систему стандартів у сфері охорони здоров'я// Степаненко А. В., Бліхар В. Є/ Вісник проблем біології і медицини - 2014 - Вип. 3, Том 1 (110).- С 330-334.
189. Степаненко А. Контроль якості медичної допомоги в Україні - голий король? // Ваше здоров'я. [Електронний ресурс]: <https://www.vz.kiev.ua/kontrolyakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayini-golyj-korol/>
190. Степаненко А.В. Місце клінічного аудиту в системі управління якістю медичної допомоги / А.В. Степаненко, В.А. Сміянов // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. - 2011. - № 1-2. - С. 97-104.
191. Стоматологічна допомога в Україні /основні показники діяльності за 2008-2018 роки/ Під редакцією Вороненка Ю.В., Павленка О.В., Мазур І. П. – Видавець «Поліум». 2018 - 215 с.
192. Стоматологічна допомога в Україні: статистичний довідник за 2010-2011 роки. за 2015-2016, за 2019-2020 - Кропивницький, Видавець «Поліум», 2012 - 88 с. 2017 - 84 с. 2021- 101 с.
193. Стоматологічна допомога: як оцінювати та покращувати якість.// 2016. Джерело: <https://www.medsprava1.com.ua/article/635-stomatologchna-dopomoga-yak-otsnyuvati-ta-pokrashchuvati-yakst>
194. Тулінова Н. Управління якістю в медицині: принципи та інструменти.// Приватний лікар. Перший діловий медичний журнал.[Електронний ресурс]: <https://www.trush.com.ua/blog/upravlinnya-yakistyu-v-medicini-princip/>
195. Указ Президента України. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 травня 2021 року "Про Стратегію людського розвитку" Режим допуску: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/U225_21.html
196. Управление качеством в системе здравоохранения Великобритании. Режим доступа: https://управление-здравоохранением.РФ/publ/zarubezhnyj-opyt/upravlenie_kachestvom_v_sisteme_zdravookhraneniya_Velikobritanii/.
197. Управління якістю медичної допомоги на локальному рівні. Департамент

- стандартизації медичних послуг ДП “Державний експертний центр МОЗ України” 2019.[Електронний ресурс]: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017_08_28_1.pdf 204.
198. Управління якістю в медицині: принципи та інструменти. Наталія Тулінова. 2022. Режим доступу: <https://www.trush.com.ua/blog/upravlinnya-yakistyu-v-medicini-princip/>
199. Устинов А.В. Медична реформа від Уряду призводить до накопичення помилок управління і зростання ризиків. Издательство «Морион». №1(2) (129) - I/II 2019. Электронный ресурс: <https://www.umj.com.ua/article/135608/medichna-reforma-vid-uryadu-prizvodit-do-nakopichennya-pomilok-upravlinnya-i-zrostannya-rizikiv>
200. Устинов А.В. Шляхи забезпечення якості медичної допомоги: ліцензування, акредитація, стандартизація, спільна відповідальність. // Часопис. - № 3 (95) – V/VI 2013 г. <https://www.umj.com.ua/article/59176/shlyaxi-zabezpechennya-yakosti-medichnoi-dopomogi-licenzuvannya-akreditsiya-standartizatsiya-spilna-vidpovidalnist>.
201. Феськов В.В. Основи менеджменту і маркетингу в стоматології. Київ : Медицина, 2015. 192 с.
202. Філософія: словник термінів та персоналій / В. С. Бліхар, М. А. Козловець, Л. В. Горохова, В. В. Федоренко, В. О. Федоренко. – Київ: КВІЦ, 2020. – 274 с.
203. Форми і системи оплати праці. [Електронний ресурс] <https://buklib.net/books/26285/>
204. Харрингтон Д. Х. Управление якістю в американських корпораціях: Сокр. пер. з англ. / Під ред. Л. А. Конарева. - к.: Економіка ... — 272 с.
205. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год. ООН. Режим доступа: <https://we.hse.ru/data/2016>.
206. Цикл Деминга, или PDCA: улучшение процессов разработки и управление качеством продукта. 2018. Режим доступа: https://skillbox.ru/media/management/tsikl_deminga/.
207. Чопчик В.Д. Характеристика задоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою за матеріалами соціологічного дослідження / В.Д.Чопчик// Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини 2019. Том 3.№ 1-2 – С.13-19.
208. Чотирнадцять принципів управління якістю Е. Демінга. [Електронний ресурс]:https://vuzlit.com/1637063/printsipiv_upravlinnya_yakistyu_enbspdeminga
209. Шестидесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. 569с.// Усиление основных функций общественного здравоохранения в поддержку достижения всеобщего охвата медицинским обслуживанием. Резолюция WHA69.1.
210. Шоу Ч.Д. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения.// Ч.Д. Шоу, И. Кало /- Европейское региональное бюро ВОЗ. - 2001. – 67 с.

211. Шутаєва О.О. Зарубіжний досвід державно-приватного партнерства і можливість його адаптації в Україні // О.О. Шутаєва, В.В. Побірченко, М.О. Грищенко./ Економіка: теорія та практика. 2015. № 1. С. 47–54. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/econom_2015_1_9.
212. Щербак И. Б. Пути улучшения качества медицинской помощи в Украине: мнение отечественных и международных экспертов. // И.Б. Щербак./ 2013 - Украинский медицинский журнал. Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/66692/puti-uluchsheniya-kachestva-medicinskoj-pomoshhi-v-ukraine-mnenie-otechestvennyh-i-mezhdunarodnyh-ekspertov>.
213. Эксперт о крахе медицины на Украине - ИА REGNUM - 2021 -Режим доступа: <https://regnum.ru/news/polit/3347627.html>.
214. Яковлева Л.В., Міщенко О.Я. Стандартизація в системі охорони здоров'я. // Фармацевтична енциклопедія. 2014. [Електронний ресурс] <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/7846/standartizaciya-v-sistemi-oxoroni-zdorov-ya>.
215. Ярош Н. П. Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. - 2011.-№3.-С. 63-67.
216. Aggarwal A., Aeran H. and Rathee M. Quality management in healthcare: The pivotal desideratum // J Oral Biol Craniofac Res. 2019 Apr-Jun; 9(2): 180–182.
- 217 Adjei E., Mensah M. Adopting total quality management to enhance service delivery in medical records Exploring the case of the Korle-Bu Teaching Hospital in Ghana // Records management journal. – 2016. – Vol. 26, No 2. – P. 140–169. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/RMJ-01-2015-0009>
218. A History of Managing for Quality. The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality. J.M. Juran, editor-in-chief, ASQC Quality Press, 1995, p. 597.
219. Alharbi T. S. J., Ekman I., Olsson L.-E., Dudas K., Carlström E. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care // Health Policy. – 2012. – Vol. 108, N2–3.P. 294–301 DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.003>
- 220 America's Best Hospitals: the 2021-22 Honor Roll and Overview / By Ben Harder// 2021.
- 221 American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020. p. 243-247.
222. Andel C., Davidov S.L., Hollander M., Moreno D.A. The economics of health care quality and medical errors. J Health Care Finance. 2012 Fall; 39(1): 39-50.
- 223.Ashish, Dwivedi. Is Dentistry Turning into Weary Profession? Dimensionality of Experienced Professional Burnout among Dentists in Central India/ Dwivedi Ashish, Purohit Bharathi, Bhambal Ajay // Dentistry, an open access journal.-2016.- No 8, Vol. 6.
224. Bahadori M, Raadabadi M, Ravangard R et al. Factors affecting dental service quality. Int J Health Care Qual Assur. 2015; 28: 678– 689. doi: 10.1108/IJHCQA-12-

2014-0112

225. Betlloch-Mas I, Ramón-Sapena R, Abellán-García C, Pascual-Ramírez JC. Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Mar;110(2):92-101. [PubMed]
226. Byrne, M.J., Tickle, M., Glenny, A.-M., Campbell, S., Goodwin, T. and O'Malley, L., A systematic review of quality measures used in primary care dentistry. *Int Dent J*, 2019; 69: 252-264. doi:10.1111/idj.12453
227. Byrne MJ, Tickle M, Glenny A-M, Campbell S, Goodwin T, O'Malley L. A systematic review of quality measures used in primary care dentistry. *Int Dent J*. 2019; 69(4): 252-264. PMID: 30430563. doi: 10.1111/idj.12453
228. Clinical Quality Analytics [https:// Katalizator zdorov'ya 2021/goda.www.healthcatalyst.com/offerings/clinical-quality-analytics.?](https://katalizator.zdorov'ya.2021/goda.www.healthcatalyst.com/offerings/clinical-quality-analytics.)
229. Dea M. Hughes. Patient Safety/ A Case-Based Comprehensive Guide.-2014.- P.3- 18.
230. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990; 64: 1114-5, 1118
231. Feil Michelle. Distractions and Their Impact on Patient Safety. *Pa Patient Saf Advis*, 2013 Mar, 10 (1): 1–10.
232. Footman K. Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union //Footman K., Roberts B., Mills A., Eric Richardson, McKee M. / *Health Policy*. 2013.Vol 112, No 1-2, Pp. 62-69.
233. Gómez J. An in-depth review of the internal relationships of the EFQM (European Foundation for Quality Management) model/ Joaquín Gómez, M. M. Costa, Á. R. M. Lorente. *Economics*. 2015
234. Health impact assessment: glossary of terms used. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index2.html>, accessed 6 February 2018).
235. Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 Электронный ресурс: [https:// www.euro.who.int/ __data/assets/pdf_file/0005/391433/ Health-Systemp-Inet-New.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/391433/Health-Systemp-Inet-New.pdf)
236. Healthare Improvement Scotland. Quality of Care Approach Quality of Care Organisational Review Methodology. September 2018 file://AppData/ Local/ Temp/20180907-QoCA-Organisational-Review-Methodology-1-0.pdf
237. Hunt, R.J. and Ojha, D. Oral health care quality measurement and its role in dental education. *Journal of Dental Education*, 2017; 81: 1395-1404. doi: 10.21815/JDE.017.099
238. Impact and Results of Health Care Quality Improvement and Patient Safety Programmes in Hospitals. What is the Impact of Hospital Accreditation? *International Literature Review*: 2011.
239. Implementing NICE public health guidance for the workplace: A national organizational audit of NHS Trusts in England. Regional performance. Royal College of Physicians, 2011. - 18 p.
240. Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organisation for

Economic Cooperation and Development; 2010.

241. Institute of Medicine (IOM). *TO Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000.

242. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press; 2001.

243. Institute of Medicine (US) Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008.

244. Jafari M. Assessment of performance in teaching hospitals: Using multicriteria decision-making techniques/ M. Jafari, M. Seyedjavadi, R. Zaboli// - *Medicine Journal of education and health promotion*. - 2020

245. Keßler W, Heidecke CD. Dimensions of Quality and Their Increasing Relevance for Visceral Medicine in Germany. *Visc Med*. 2017 May;33(2):119-124. [PMC free article] [PubMed]

246. Klazinga N., Fischer C., Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe // *J Health Serv Res Policy*. 2011;16 Suppl 2:38-47.

247. Kaplan G. *To err is human: Building a safer health system*. Edited by. L. T. Kohn, J. M. Corrigan, and M. S. Donaldson. Washington, DC: National Academy. 2015.

248. Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Разработка национальной стратегии финансирования здравоохранения. Справочное руководство [Developing a national health financing strategy: a reference guide]. Женева: ВОЗ; 2018. Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/-rus.pdf>.

249. Leatherman Sheila. Strategy to improve the quality of care in England. // *Future Hosp J*. 2016 Oct; 3(3): 182–187.

250. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants: Postenquête conditions et organisation du travail dans les établissements de santé. Paris; 2005: 235 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-effets-de-l-accreditation-et-des-mesures>.

251. Makary M. A. Medical error — the third leading cause of death in the US/Makary M. A., Daniel M. // *BMJ*. — 2016. — No353. — P. 2139.

252. Maritz R, Scheel-Sailer A, Schmitt K, Proding B. Overview of quality management models for inpatient healthcare settings. A scoping review. *Int J Qual Health Care*. 2019 Jul 01;31(6):404-410. [PubMed]

253. National institute for health and care excellence Health and Social Care Directorate Quality standards Process guide. 2021. <https://www.nice.org.uk › Quality-standards › qu>.

254. NHS Quality Improvement Scotland. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.nhsggc.org.uk/content/default.asp?page=s16161>. 2019

255. Physician Quality Rating Analysis. [Internet]. 2013 [cited 2013 Jun 26]. Available from: <http://www.comparionanalytics.com/>

256. Righolt, AJ, Sidorenkov, G, Faggion, CM, Listl, S, Duijster, D. Quality measures for dental care: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019; 47: 12– 23. doi: 10.1111/cdoe.12429

257. Service delivery and safety: World Health Assembly adopts Framework on Integrated Peoplecentred Health Services. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework-wha/en/>, accessed 2 February 2018).
258. Schoten S. The EFQM Model as a Framework for Total Quality Management in healthcare: results of a longitudinal quantitative study/ S. van Schoten, C. de Blok, P. Spreeuwenberg, P. Groenewegen, C. Wagner // 2016 ЕНМА, Porto Режим доступа: http://ehma.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/06/_Management_I_v_Schoten.pdf PLANNING
259. Shaw C.D., Braithwaite J., Moldovan M., Nicklin W., GricI, Fortune T., Whittaker S. (2013) Profiling health-care accreditation organization: an international survey. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 25(3), 222-231. Doi: 10.1093/intqhc/mzt011.
- 260 Shaw C.D., Groene O., Botje D., Sunol R., Kutryba B., Klazinga N., Wagner C. (2014) The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 26 Suppl 1(March),100-7. Doi:10.1093/intu023.
261. Smeyanov V.A. Development and implementation of the internal audit mechanisms to be used in the health care facilities / V. A. Smeyanov, S. V. Tarasenko, O. I. Smeyanova // *Georgian Medical News*. - 2013. - Vol. 6 (219). - P. 58-60.
262. Standarts and Indicators. National Institute for Health and Care Exelence. URL: www.nice.org.uk/standarts-and-cators
263. Suhrcke M. Investing in health: key condition for successful economic development of the countries of Eastern Europe and Central Asia.// M. Suhrcke., M. McKee, L. Rocco /The World Health Organization. 2008. - 87 с.
264. Szecsenyi J. European Practice Assessment (EPA): Practice Assessment and Quality Management with Indicators That Matter. *The World Book of Family Medicine*. 2015.URL:<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/>
265. TQM - Всеобщий менеджмент качества. Менеджмент качества Британия. Электронный ресурс https://www.kpms.ru/General_info/TQM.htm.
266. Total Quality Management Proceedings of the first world congress./ Editors (view affiliations) Gopal K. Kanji 1995. Conference proceedings the university of Sheffield Hallam 615 с. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-011-0539-2?page=5#toc>
267. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 2 February 2018)
268. Van der Walldt, G. (2016). Establishing a management by projects approach for service delivery. *Journal of Public Administration*, 36(4), 296-311.
269. Van der Wees P. J., Nijhuis-van der Sanden M. W. G., van Ginneken E., Ayanian J. Z., Schneider E. C., Westert G. P. Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands // *Health Policy*. –

2014. – Vol. 116, No 1. – P. 18–26.

270. Vuory H. V. Quality assurance of health services / H. V. Vuory. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982. - (Public Health in Europe, N 16)

271. What is clinical audit? // East Kent Clinical Audit Service, NHS, 2012. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.ekclinicalauditservice.nhs.uk/homepage/what-is-clinical-audit/>

272. What is universal health coverage? Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/, accessed 2 February 2018)

273. What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>, accessed 19 February 2018).

274. Xintong Zhao, Hongchuan Wang. Disparities in unmet health service needs among people with disabilities in China/ International Journal for Quality in Health Care.- 2021 Volume 33, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab136>.

275. Quality Measurement in Dentistry. A Guidebook. Dental quality alliance; 2019. 60 p

276. Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion CM Jr, Listl S, Duijster D. Quality measures for dental care: A systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2019 Feb; 47(1): 12-23. PMID: 30375669. PMCID: PMC7379624. doi: 10.1111/cdoe.12429.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
АНКЕТА

Шановні громадяни!

Ми просимо Вас ознайомитися з анкетною і відповісти на запитання. Ваші відповіді допоможуть в реорганізації медичного обслуговування населення. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Заповнення анкети проводиться виключно за Вашим бажанням. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу.

| № п/п | Питання | Варіант відповіді |
|-------|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Ваша стать? | 1. 1 – чоловік 1.2 – жінка |
| 2 | Ваш вік? | 2.1. – 18 – 30 років 2.2 – 31 – 59 років 2.3 – 60 років і старше |
| 3 | Ваша освіта? | 3.1. вища 3.2. середня спеціальна 3.3. середня |
| 4 | Ваша соціальна належність? | 4.1. працюючий 4.2. не працюючий 4.5. інвалід 4.6. пенсіонер |
| 5 | Як Ви оцінюєте свій матеріальний стан? | 5.1. гарний 5.2. задовільний 5.3. незадовільний |
| 6 | Яким чином Ви записались на прийом до стоматолога? | 6.1. телефоном 6.2. звернувся самостійно |
| 7 | Яка причина Вашого звернення до медичної організації? | 7.1 лікування 7.2 обстеження 7.3 профілактичний огляд 7.4 диспансерне спостереження |
| 8 | Що для вас найважливіше при виборі медичної організації? | 8.1. широкий спектр послуг 8.2. рекомендації знайомих 8.3. популярність клініки 8.4. вартість послуг |
| 9 | Чи надавалась Вам можливість вибору лікаря за Вашим бажанням?? | 9.1. так 9.2. ні |
| 10 | Ваше відвідування стоматолога фінансується за рахунок яких коштів? | 10.1. страхового полісу? 10.2. особистих коштів? 10.3. за рахунок пільг? |
| 11 | Чи надавалась Вам можливість? | 11.1. Узгодити з лікарем обсяг передбачуваного стоматологічного втручання? |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| | | 11.2. Отримати інформацію від лікаря про можливі ускладнення після лікування? |
| | | 11.3. Узгодити ціну передбачуваного стоматологічного втручання? |
| <i>Продовження анкети.</i> | | |
| 1 | 2 | 3 |
| 12 | Скільки часу Ви чекали на прийом лікаря у черзі? | 12.1 до 20 хвилин 12.2. від 20 до 60 хвилин 12.3. більше години 12.4 не очікував |
| 13 | Чи задоволені Ви умовами очікування прийому (наявність вільних місць для очікування, туалету, чистота та свіжість приміщення)? | 13.1 повністю 13.2. частково 13.3. скоріше незадоволений 13.4. цілком незадоволений |
| 14 | На прийомі Вам провели повне обстеження порожнини рота та зубів? | 14.1. так 14.2. частково 14.3 ні |
| 15 | Чи задоволені Ви якістю одержаної стоматологічної допомоги? | 15.1. так 15.2. не зовсім 15.3. ні |
| 16 | Чи влаштовує Вас рівень матеріально-технічного забезпечення стоматологічного кабінету? | 16.1. так 16.2. частково 16.3. ні |
| 17 | Чи пояснили Вам шляхи і методи профілактики Вашого захворювання? | 17.1. так 17.2. ні |
| 18 | Під час прийому лікаря Вам було призначене лікування? | 18.1. так 18.2. ні |
| 19 | Чи зрозумілі Вам надані лікарем рекомендації? | 19.1. так 19.2. ні |
| 20 | Чи можна назвати стоматологічний заклад до якого Ви звернулися доступним? | 20.1. так 20.2. частково 20.3. ні |
| 21 | Як Ви оціните рівень довіри до лікарського персоналу (ввічливість, гуманність, професіоналізм). | 21.1. високий 21.2. задовільний 21.3. низький |
| 22 | Чи задоволені Ви відвідуванням цієї стоматологічної установи загалом? | 22. Так 22. Ні 22. Поки не знаю |
| 23 | Чому Ви звернулись до комунального стоматологічного закладу? | 23.1. у кроковій доступності до будинку 23.2. звичка 23.3. дешевші послуги |
| 24 | Чому Ви звернулись до приватного стоматологічного закладу? | 24.1. вища кваліфікація лікарів-стоматологів 24.2. наявність сучасного медичного обладнання. 24.3. можна отримати якісні стоматологічні послуги 24.4. поважне ставлення персоналу та сервіс. |

ДОДАТОК Б

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології АНКЕТА

Шановні лікарі стоматологи м. Києва!

Ми звертаємось до Вас із проханням ознайомитись з анкетною та дати відповіді на запитання. Ваші відповіді допоможуть в удосконаленні медичної допомоги населенню. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу.

| № з/п | Запитання | Варіанти відповіді |
|-------|--|--|
| 1 | Ваша стать? | 1.1. чоловіча |
| | | 1.2. жіноча |
| 2 | Ваш вік? | 2.1. до 29 років |
| | | 2.2. від 30 до 49 |
| | | 2.3. від 50-59 років |
| | | 2.4. 60 і більше |
| 3 | Ваш загальний лікарський стаж роботи? | 3.1. до 5 р. |
| | | 3.2. 5-15 р. |
| | | 3.3. понад 15р. |
| 4 | Ваш стаж у даному закладі, на даному робочому місці? | 4.1. до 5 років |
| | | 4.2. від 5 до 10 років |
| | | 4.3. понад 10 років |
| 5 | Ваша кваліфікаційна категорія за спеціальністю? | 5.1. вища |
| | | 5.2. перша |
| | | 5.3. друга |
| 6 | Який із зазначених підходів до підвищення якості стоматологічної допомоги використовує система управління Вашого закладу | 6.1. вивчення задоволеності пацієнтів одержаною стоматологічною допомогою |
| | | 6.2. наявність рекомендацій для лікарів, з метою підвищення якості стоматологічної допомоги та запобігання дефектам у роботі |
| | | 6.3. виявлення експертами факторів, які мали негативний вплив на якість стоматологічної допомоги |
| 7 | Як Ви оцінюєте систему оплати праці, що діє у Вашому закладі? | 7.1. позитивно |
| | | 7.2. негативно |
| | | 7.3. важко відповісти |
| 8 | Як Ви оцінюєте умови праці (управлінський регламент, наради та адміністративні впливи)? | 8.1. позитивно |
| | | 8.2. негативно |
| | | 8.3. важко відповісти |
| 9 | Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі спрямовані на? | 9.1. забезпечення юридичної і фінансової самостійності та стабільності закладу |
| | | 9.2. оновлення медичного обладнання, матеріалів, |

| | | інструментів. |
|------------------------------|--|--|
| | | 9.3.забезпечення задоволеності пацієнтів |
| | | 9.4. підвищення якості медичної допомоги |
| <i>Продовження табл. 4.2</i> | | |
| № з/п | Запитання | Варіанти відповіді |
| 10 | Для забезпечення прийняттого рівня якості надання стоматологічної допомоги | 10.1. Чи має Ваш заклад достатню кількість трудових та фінансових ресурсів? |
| | | 10.2. Чи має Ваш кабінет медичне обладнання та матеріали, що відповідають сучасному науково-технічному рівню |
| | | 10.3. Чи має Ваш заклад розроблені стандарти якості послуг |
| 11 | Для забезпечення якості стоматологічної допомоги | 11.1. Чи користуєтесь Ви стандартами якості? |
| | | 11.2. Чи проходили Ви навчання з питань забезпечення якості та безпеки пацієнтів? |
| | | 11.3. Чи здійснюється у Вашому закладі внутрішній контроль якості? |
| 12 | Якими нормативами якості повинні керуватись лікарі при наданні медичної допомоги пацієнтові? | 12.1. галузевими нормативами (клінічні протоколи, формуляри лікарських засобів). |
| | | 12.2. локальними протоколами (внутрішні стандарти). |
| | | 12.3. - власним досвідом і знаннями. |
| 13 | Чи використовуються у Вашому закладі такі методи оцінки якості медичної допомоги? | 13.1. - експертна оцінка первинної медичної документації |
| | | 13.2. соціологічне опитування пацієнтів та соціологічне опитування співробітників |
| | | 13.3. експертиза якості прийому пацієнтів. |
| 14 | Чи доступні для Вас посібники, які містять стандарти якості, та правила і процедури їх застосування для лікарів? | |
| 15 | Чи проводиться у Вашому закладі планування заходів, спрямованих на подальше підвищення якості медичної допомоги? | |

ДОДАТОК В

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

**Карта
експертної оцінки структурно-організаційних складових діяльності
комунальних та приватних стоматологічних ЗОЗ**

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка, свою думку щодо запропонованих параметрів
Дякуємо за співпрацю!

Стаж роботи за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я»

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

У кожній клітинці таблиці оцініть представлені основні параметри,
використовуючи 5-ти бальну шкалу.

| № з/п | Параметри для оцінки | Бал |
|-------|--|-----|
| 13. | Господарська та юридична самостійність закладу | |
| 14. | Витрати фінансових ресурсів закладу для забезпечення якості послуг | |
| 15. | Нормативно-законодавча база для забезпечення населення якісною стоматологічною допомогою | |
| 16. | Укомплектованість кадрів | |
| 17. | Кваліфікація персоналу | |
| 18. | Якість та ефективність послуг, які надаються | |
| 19. | Оснащення сучасним діагностичним обладнанням | |
| 20. | Наявність внутрішніх стандартів якості послуг | |
| 21. | Залученість персоналу до діяльності з удосконалення якості послуг | |
| 22. | Задоволеність пацієнтів вартістю медичної допомоги | |
| 23. | Рівень оплати праці медичних працівників | |
| 24. | Економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання | |

ДОДАТОК Г

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

Карта

експертної оцінки основних параметрів методологічних підходів до удосконалення системи менеджменту якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка, свою думку щодо запропонованих параметрів методологічних підходів до удосконалення системи менеджменту функціонуванням ЗОЗ на принципах ДПП. Дякуємо за співпрацю!

Стаж роботи за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я»

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

У кожній клітинці таблиці оцініть представлені основні параметри методологічних підходів до удосконалення системи менеджменту якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП, використовуючи 10-ти бальну шкалу.

| Основні параметри, які оцінювались | Бал |
|--|-----|
| 1. Концептуальні напрямки вдосконалення методології управління якістю в ЗОЗ. | |
| 2. Правовий методологічних підходів який забезпечує процес організації ЗОЗ на принципах ДПП | |
| 3. Організаційно – виробничий методологічних підходів який забезпечує процес оптимізації управління якістю медичних послуг | |
| 4. Модель управління якістю функціонування ЗОЗ на принципах ДПП за напрямками діяльності. | |
| 5. Індикатори оцінки управління якістю функціонування ЗОЗ | |
| 6. Схема регламентації – функціонування системи управління якістю у ЗОЗ на засадах ДПП | |
| 7. Механізми та умови реалізації організаційно-методологічного підходу до формування системи менеджменту якістю у ЗОЗ. | |

ДОДАТОК Д

Стоматолгічний медичний центр
НМУ ім.О.О.Богомольця
В.о.медичний директор, к.м.н.
Листопад О.П.

Листопад О.П. _____
керівник закладу, в якому проведено впровадження
“ 16 ” травня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ – основа їх розвитку та до питання якісного стоматологічного обслуговування в Україні.

2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця 01601Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13, Грохотов В. А.

3. Джерело інформації: Грохотов В.А.

А. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine/ stomatological service in Ukraine. // В.А. Грохотов, Н.М. Орлова, О.А. Кانیбра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12 cz.1 St. 2378-2382. (Scopus)

Б. Грохотов В.А. Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних закладів охорони здоров'я. // Актуальні проблеми транспортної медицини 2022 р. № 3 (69). С. 125-134.

4. Ким впроваджено:

Листопад О.П.

ПІБ керівника, заступників керівника.
5. Термін впровадження: 2021 -2023 роки.

6. Ефективність впровадження: підвищення результативності та ефективності управління стоматологічних ЗОЗ, удосконалення підготовки менеджерів - керівників відділень.

7. Зауваження: немає

Відповідальний за впровадження _____



“ 16 ” травня 2023 р.

ДОДАТОК Е

ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КИЇВСЬКА СТОМАТОЛОГІЯ»

бул. Пимоненка, 10-А, м. Київ-04050, тел./факс (044) 482-12-69,
тел. «гарячої» лінії (044) 482-12-69, e-mail: knp_ks@kyivcity.gov.ua, код ЄДРПОУ 42376659

17.05.2023 № *061/217 - 513*

Акт впровадження

1. Найменування пропозиції для впровадження: Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічними ЗОЗ – основа їх розвитку та питання якісного стоматологічного обслуговування в Україні.

2. Установа яка пропонує впровадження, ПІБ авторів: Національний медичний університет імені О. О.Богомольця 01601 Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13. Грохотов В. А.

3. Джерело інформації: Грохотов В.А.

А. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine/ stomatological service in Ukraine. // В. А. Грохотов, Н. М. Орлова, О. А. Канюра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12cz. 1 St. 2378-2382. (Scopus)

Б. Грохотов В. А. Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних закладів охорони здоров'я. // Актуальні проблеми транспортної медицини 2022 року № 3 (69). С.125-134.

4. Ким впроваджено: керівник закладу – Гуменюк О. П.

5. Термін впровадження: 2021-2023 роки.

6. Ефективність впровадження: підвищення результативності та ефективності управління стоматологічних ЗОЗ, удосконалення підготовки менеджерів – керівників відділень.

7. Зауваження: немає

Відповідальний за впровадження

Виконуючий обов'язки директора



Олег ГУМЕНЮК

ДОДАТОК Ж

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Завідувач організаційно-методичним
кабінетом Комунальний заклад
Київської обласної ради
Обласна стоматологічна поліклініка
М. Біла Церква
Літун М.Є.

“16” травня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних ЗОЗ – основа їх розвитку та до питання якісного стоматологічного обслуговування в Україні.

2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця 01601 Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13, Грохотов В. А.

3. Джерело інформації: Грохотов В.А.

A. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine/ stomatological service in Ukraine. // В.А. Грохотов, Н.М. Орлова, О.А. Канюра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12 cz.1 St. 2378-2382. (Scopus)

Б. Грохотов В.А. Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних закладів охорони здоров'я. // Актуальні проблеми транспортної медицини 2022 р. № 3 (69). С. 125-134.

4. Ким впроваджено:

Літун М.Є

5. Термін впровадження: 2021 -2023 роки.

6. Ефективність впровадження: підвищення результативності та ефективності управління стоматологічних ЗОЗ, удосконалення підготовки менеджерів - керівників відділень.

7. Зауваження: немає

Відповідальний за впровадження



Підпис

“16” травня 2023 р.

Додаток З

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Грохотов В. А. On issue of high-quality stomatological service in Ukraine. // В. А. Грохотов, Н. М. Орлова, О. А. Канюра / Wiadomosci Lekarskie 2022, Tom LXXII, nr 12 cz. 1 St. 2378–2382. (Scopus) *(Дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз результатів, формулювання висновків).*
2. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Соціологічне дослідження якості стоматологічної допомоги в закладах різної форми власності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. №4. С. 49–52. *(Дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз результатів, формулювання висновків).*
3. Грохотов В. А., Орлова Н. М. Кадрові ресурси як складова забезпечення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню України // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. Т 26, №1. С.113–118. *(Дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз, формулювання висновків).*
4. Грохотов В. А. Проблеми якості стоматологічної допомоги (за матеріалам соціологічного опитування лікарів-стоматологів) // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. Т. 26 №3 С. 462–466.
5. Грохотов В.А. Методичні підходи до удосконалення управління якістю функціонування стоматологічних закладів охорони здоров'я. // Актуальні проблеми транспортної медицини 2022 р. № 3 (69). С. 125-134.