

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економіки та управління

Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ІВАСЬКІВ Анатолій Богданович

**Модернізація організаційного забезпечення
функціонування закладу охорони здоров'я в умовах
проведення медичної реформи**

Спеціальність 073 - Менеджмент
Освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав:
ст. гр. МЗОЗм-22
Іваськів А.Б.

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

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	5
1.1. Інституційне забезпечення стоматологічної допомоги в Україні.....	5
1.2. Сертифікація закладів охорони здоров'я на відповідність стандартам системи управління якістю стоматологічної допомоги населенню.....	10
Висновки до розділу 1	17
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	18
2.1. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні	18
2.2. Оцінка організаційного забезпечення функціонування досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	29
2.3. Оцінка взаємодії закладу охорони здоров'я в з пацієнтами	36
Висновки до розділу 2	45
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	47
3.1. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги	47
3.2. Особливості концептуального підходу до формування моделі приватної стоматологічної клініки.....	57
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Якість медичної допомоги розглядається світовими політиками як один з керівних принципів охорони здоров'я, як суспільне благо, як сучасний підхід до досягнення очікуваних від пацієнта результатів. Водночас, накопичення інформації про прогалини у наданні ефективної, безпечної та людиноцентричної медичної допомоги переважає проблему якості, визнаючи, що без належного забезпечення якості неможливо досягти бажаних результатів у сфері охорони здоров'я. Актуальність теми дослідження значно підвищується високими ризиками, пов'язаними зі стоматологією: післяопераційні інфекційні ускладнення; травми у пацієнтів і запальні процеси після імплантації зубів і протезування; посилення зубного болю або хворобливості через вініри та зубні пломби; механічні пошкодження зубів і щелеп під час інструментальних маніпуляцій; ускладнення внаслідок місцевої анестезії та ін. Це потребує пильної уваги до якості стоматологічної допомоги та модернізації організаційного забезпечення функціонування стоматологічного закладу в умовах медичної реформи.

Аналіз останніх публікацій і досліджень. Незадовільний стан здоров'я порожнини рота населення постійно є об'єктом уваги соціальних гігієністів та вітчизняних вчених Мазур І. П., Білоклицької Г. Ф., Павленко О. В., Майстррука П. О.; Малий Д. Ю., Антоненко М. Ю., Бойцанюк С.І., Кузник Б.В., Кузник Л.В., Холодняк О. В., Добровольська М. К., Бойцанюк С. І., Залізник М. С., Якубова І. І., Кузьміна В. А., Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. В., Кривенко Л. С., Тищенко О. В., Лепіліна К. М. Проте проблема модернізації організаційного забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи, що зумовлює актуальність теми дослідження, досі не вирішена.

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі модернізації організаційного забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання наступних **завдань**: охарактеризувати інституційне забезпечення стоматологічної допомоги в Україні;
провести аналіз сертифікації закладів охорони здоров'я на відповідність стандартам на системи управління якістю стоматологічної допомоги населенню;
провести аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні;
провести оцінку організаційного забезпечення функціонування досліджуваного закладу охорони здоров'я;
провести оцінку взаємодії закладу охорони здоров'я в з пацієнтами;
розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи управління якістю стоматологічної допомоги;
визначити особливості концептуального підходу до формування моделі приватної стоматологічної клініки.

Об'єкт дослідження: процес модернізації організаційного забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Предмет дослідження: є теоретичні та прикладні засади модернізації організаційного забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Теоретичне значення дослідження полягає у важливому доповненні концептуальних підходів до модернізації організаційного забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи.

Практична значимість. Основні результати досліджень, особливо щодо впровадження концептуального підходу до формування моделі приватної стоматології, можуть бути втілені в діяльності приватних стоматологічних клінік загалом та медичної стоматології зокрема.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

1.1. Інституційне забезпечення стоматологічної допомоги в Україні

Стаття 3 Конституції України визначає збереження та відновлення здоров'я громадян національним пріоритетом [31]. При цьому вже понад 20 років міжнародні стратегії та національні політики зосереджуються не лише на збереженні здоров'я та охорони здоров'я населення, а й на задоволенні потреб суспільства у якісній медичній допомозі [54; 74].

«Незважаючи на певні зусилля державних, галузевих та громадських інституцій, якість медичної допомоги залишається актуальною проблемою як для сфери охорони здоров'я, надавача медичних послуг, так і для споживачів – громадян України» [56]. Вирішення проблеми лежить на рівні нормативно-правового регулювання для забезпечення якості медичної допомоги, особливо стоматологічної, оскільки вона користується високим попитом серед населення.

Результати аналізу правових джерел показали, що стоматологія в Україні є частиною спеціалізованої медичної допомоги [36]. «Стоматологічна допомога, як і інші види медичної допомоги, надається в закладах охорони здоров'я з різними формами власності: державними, муніципальними, приватними або на основі змішаної форми власності, як в автономних установах, так і в структурних підрозділах багатопрофільних установ» [36]. Відповідно до статті 16 Закону України [36] державні заклади охорони здоров'я можуть створюватися та функціонувати, якщо, залежно від організаційно-правової форми, державні підприємства або публічні утворення перебувають у власності суспільства як неприбуткові комунальні підприємства або комунальні утворення, а приватні заклади охорони здоров'я не обмежені у виборі організаційно-правової форми. Юридичних.

Згідно з наказом МОЗ України [44], стоматологічні заклади віднесені до

амбулаторій. До них відносяться стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), дитяча стоматологічна клініка (обласна, міська, районна), стоматологічна клініка МОЗ України при Національному медичному університеті, стоматологічна клініка при Львівському медичному університеті.

З розвитком первинної ланки стоматологія поступово впроваджувалася в практику лікарів загальної практики (з особливостями профілактичних заходів та санітарної освіти, раннього виявлення стоматологічних захворювань та направлення до вузьких спеціалістів). Основним видом діяльності лікарів-стоматологів є надання спеціалізованої стоматологічної допомоги в спеціалізованій охороні здоров'я та/або багатопрофільних спеціалізованих медичних послуг, включаючи стоматологічні кабінети та відділення.

Закон України [36] визначає механізми державного регулювання та забезпечення якості медичної допомоги населенню закладів охорони здоров'я, зокрема стоматології, а саме:

- а) здійснювати господарську діяльність виключно на підставі дозволу (ст. 17);
- заклади можуть добровільно подавати заявки на акредитацію відповідно до Кабінет Міністрів України (ст. 16)
- при здійсненні своєї діяльності перед установами стоять такі завдання: галузеві стандарти охорони здоров'я, в тому числі: медичний стандарт медичної допомоги (медичний стандарт), клінічний протокол, перелік матеріалів і технічних засобів, медична формула, а також інші правила, правила і норми, викладені в законах про охорону здоров'я (ст. 14).

Найважливішими правовими документами, що стосуються запровадження дозволу на лікарську практику, є також інші нормативно-правові та адміністративні документи [38-47].

Закон розглядає ліцензування як засіб захисту економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів. Ліцензія – це дозвільний документ, виданий компетентним органом, тобто компетентним органом. Міністерству охорони здоров'я України, у сфері медичного обслуговування в

Україні, провадити вид господарської діяльності, визначений ліцензованим суб'єктом господарювання.

Умови акредитації визначають організаційні, кадрові та технологічні вимоги до закладів охорони здоров'я. Організаційно-технологічні вимоги регулюють діяльність за всіма напрямками, зокрема, правила взаємодії з пацієнтами та інформаційного забезпечення, вимоги щодо санітарно-епідеміологічної безпеки та контролю стану медичних виробів і лікарських засобів, застосування стандартів лікування, ведення медичної документації та ін.

Кадрові вимоги забезпечують відповідність персоналу єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України [20], зокрема керівникам закладів охорони здоров'я, до фахівців охорони здоров'я, у тому числі лікарів загальної практики, лікарів загальної практики, стоматологів, стоматологів, стоматологів, хірургів-ортопедів, стоматологів, стоматологів, асистентів стоматологів, зубних техніків.

Контроль за дотриманням власником умов ліцензії «здійснюється компетентним органом – Міністерством охорони здоров'я України – шляхом проведення планових та позапланових перевірок відповідно до законодавства України» [47].

Порядок акредитації закладів охорони здоров'я в Україні регулюється законами та нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України [38; 39], якими передбачено, зокрема, затвердження порядку акредитації закладів охорони здоров'я з метою підвищення якості медичної допомоги, що надається населенню України. Відповідність стандартам акредитації дозволяє закладу отримати вищу категорію акредитації, залежно від рівня показника, який рівень вищий, можливий перший або другий бал при оцінці відповідності вимогам стандартів акредитації.

Для «закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зокрема, в сфері стоматології, умови отримання вищої категорії наявності сертифіката відповідності впровадженої в закладі системи управління якістю вимогам національного стандарту – ДСТУ ISO 9001:2015 на системи управління якістю.

та досягнення показника відповідно до критеріїв стандартів акредитації не більше 90,0-100,0 %» [24].

Згідно зі звітом «Головної акредитаційної комісії МОЗ України за 2022 рік, лише 108 закладів охорони здоров'я отримали вищу акредитаційну категорію, зокрема 23 – державні, 38 – комунальні, 47 – приватні; Загалом у 2021 році впроваджено 129 закладів охорони здоров'я, з яких 35 – державних, 48 комунальних, 46 – приватних; у 2020 році – 95, 26, 30 та 39» [27 – 29].

Це означає, що ці заклади не лише надають медичну допомогу вищої якості, ніж ті, що передбачені ліцензійними вимогами, але й сертифікували свою систему менеджменту, щоб переконатися, що вона відповідає національному стандарту для систем управління якістю. Сертифікація засвідчує постійне поліпшення якості медичної допомоги, що надається пацієнтам, і гарантує якість всіх заходів (медичних і немедичних), що проводяться в закладі.

Водночас, незважаючи на те, що в Україні налічується 197 незалежних стоматологічних клінік та понад 1500 закладів із стоматологічними відділеннями (кабінетами лікарів) [11], слід зазначити, що такий механізм регулювання якості, як сертифікація, в Україні недостатньо поширений і в основному стосується регіональних закладів, особливо стоматології. Таким чином, можна зробити висновок, що більшість закладів охорони здоров'я, зокрема стоматологічних закладів, надають медичні послуги лише трохи вище мінімального рівня якості, підтвердженого сертифікатом, підтвердженим атестатом акредитації першої або іншої категорії. Це відбувається в умовах, коли приватний сектор стоматології в Україні користується підвищеним попитом: за даними тих же авторів [11], у 2017 році частка перших візитів до стоматологів та приватних стоматологів у всіх візитах до стоматолога становила 41,9%, що в свою чергу визначає можливість конкурентоспроможності закладів, що використовують такі механізми забезпечення якості, як акредитація та сертифікація.

З огляду на можливість на законодавчому рівні добровільної акредитації з 01.01.2019 р. в умовах слаборозвиненого ринку медичних послуг в Україні [62], слід зазначити, що існує ризик того, що директори закладів охорони здоров'я

повністю відмовляться від акредитації та сертифікації. Це означає, що якість медичної допомоги зведена до мінімуму і гарантується тільки в рамках вступних вимог.

Аналіз галузевих стандартів у сфері медичної допомоги в галузі «стоматологія» показав, що стандартизація стоматологічних технологій діагностики та лікування в Україні забезпечується завдяки:

1) Протоколи стоматології затверджені на той час наказом МОЗ України [130]. Протоколи були створені у 2004 році фахівцями стоматологічних спеціальностей і не були замінені Уніфікованими клінічними протоколами стоматологічної допомоги (UCMD), заснованими на принципах доказової медицини, як це було в інших спеціальностях та в їх рамках після 2012 року в нозологіях. А наказ рекомендували через те, що він не відповідав вимогам Міністерства юстиції України. Крім того, виник конфлікт навколо цього документа: він був скасований іншим наказом МОЗ України [44], але компенсації не запропонували, тому фактично скасований наказ діяв до 2020 року;

2) Галузеві клінічні настанови (CN) та UCMPD [57]. Ці документи включають опис науково обґрунтованих технологій, адаптованих до національних умов профілактики карієсу у дітей від народження до п'яти років, догляду за порожниною рота у пацієнтів з різними соматичними розладами, особливо у ВІЛ-інфікованих, симптоматичне лікування зубного болю, кандидозу ротоглотки у ВІЛ-інфікованих осіб;

3) Нові протоколи клінічної допомоги (NCPHC), розроблені на основі міжнародних НК. Наприклад, найбільш часто використовуваними в світі є НК від Центру доказової стоматології Американської стоматологічної асоціації (ADA) [68; 70]. Ці протоколи потребують автентичного перекладу українською мовою та оцінки доцільності виконання національними закладами охорони здоров'я реєстрації лікарських засобів та медичних виробів, на які поширюються протоколи України. Національна комісія з питань громадського здоров'я може набрати чинності наказом розпорядження директорів закладів охорони здоров'я;

4) Фармацевтичними формулярами держави, зокрема діючий [42], що дозволяє оптимально підібрати противірусні, місцеві анестетики, протимікробні засоби, імуномодулятори, протиалергічні препарати та інші засоби, що застосовуються в стоматології;

5) Переліки матеріалів і технічних засобів для лікаря-стоматолога/терапевта, стоматолога/хірурга, стоматолога/ортопеда, стоматолога/стоматолога, затверджені наказом МОЗ України [43, 45].

Можливості та ефективність «застосування всіх міжнародних механізмів регулювання якості у сфері охорони здоров'я: ліцензування, акредитації закладів охорони здоров'я, сертифікації їх систем менеджменту, стандартизації стоматологічних процедур та діагностичних технологій значною мірою висвітлені науковими джерелами» [7] і служать зразком для національної практики. Разом з тим, специфіка застосування цих механізмів, особливо в реальних умовах вітчизняних закладів охорони здоров'я, потребує подальших наукових досліджень якості медичної допомоги, в тому числі стоматологічної, проблеми якої були висвітлені вище.

1.2. Сертифікація закладів охорони здоров'я на відповідність стандартам системи управління якістю стоматологічної допомоги населенню

Міжнародний стандарт ISO 9000 версії 2000 визначає вимоги до систем менеджменту якості для установ і організацій всіх видів економічної діяльності. Тому використання цих стандартів у закладах охорони здоров'я доповнює стандартизацію медичних технологій та надання ресурсів, оскільки вони дозволяють адміністраторам не керувати системою на власний розсуд, а покладатися виключно на власні знання та досвід та/або поради інших. але за допомогою такого інструменту, як Management Activities Standard. Цей інструмент можна розглядати як реалізацію науково обґрунтованого менеджменту, який враховує походження та сьогодення його створення, оцінку його ролі у розвитку систем менеджменту та забезпечення якості товарів,

технологій та послуг у глобальному масштабі.

Тому розробкою міжнародних стандартів, особливо для систем менеджменту якості, займаються фахівці Міжнародної організації зі стандартизації (ISO) - незалежної неурядової організації, офіційно створеної в 1947 році і складається з 164 національних органів стандартизації. Обмінюючись знаннями, застосовуючи результати новітніх наукових досліджень та враховуючи позитивний вітчизняний досвід провідних компаній, експерти ISO розробляють міжнародно узгоджені стандарти для різних видів економічної діяльності, впровадження та відповідності, що забезпечують якість, безпеку та ефективність продукції. Послуги та системи, що продаються та експлуатуються на світовому ринку. З цієї причини вимоги до стандартів ISO дуже високі. За цей час експерти ISO розробили понад 22 000 міжнародних стандартів та відповідних документів, що охоплюють майже всі сфери, від технологій та безпеки харчових продуктів до сільського господарства та охорони здоров'я. Використання стандартів сприяє розвитку світової торгівлі та інновацій [75].

Центральний секретаріат ISO знаходиться в Женеві, Швейцарія. Україна є членом ISO з 1993 року та членом Ради ISO з 2004 року.

Згідно з українським законодавством, стандарт – це «консенсусний нормативний документ, прийнятий визнаним органом, який встановлює правила, керівні принципи або характеристики загального та багаторазового використання щодо діяльності або її результатів з метою досягнення оптимального рівня порядку на даній території» [48]. Цей закон також визначає основні завдання національного органу стандартизації, ДП «УкрНДНЦ»: «організація та координація діяльності з розроблення, затвердження, перегляду, перегляду, вилучення та оновлення національних стандартів; а) підготовка та затвердження робочої програми національної стандартизації та координація роботи комітетів з технічної стандартизації; видання національних стандартів; створення та оновлення Національного фонду нормативних документів» [48].

Тому на практиці ДП «УкрНДНЦ» гармонізує національні стандарти України з вимогами ISO. Тому ДП «УкрНДНЦ» є провідною організацією в

Україні у сфері стандартизації, визнаною на національному, міжнародному та європейському рівнях.

За час існування ISO фахівцями було встановлено дві версії міжнародних стандартів серії 9000: 1994 і 2000 для систем менеджменту якості. Стандарти 1994 року в даний час не застосовуються і представляють лише історичний інтерес, так само як і стандарти, які ініціювали стандартизацію, зокрема систем менеджменту. Стандарти були опубліковані в 2000-х роках [79; 81; 77], згідно з якими були розроблені національні аналоги [21; 22; 23].

До 2015 року використовувався універсальний стандарт для сертифікації систем менеджменту якості в галузі охорони здоров'я [23]. Стандарт може бути використаний як додатковий посібник для сектору охорони здоров'я для методичної підтримки розробки системи управління якістю закладу охорони здоров'я для сертифікації [25]. Це правило скасовано до подальшого повідомлення. У той же час програми сертифікації здоров'я активно використовуються в усьому світі для забезпечення, регулювання та заохочення поліпшення якості та безпеки. За останні 25 років ця цифра значно зросла [84].

У 2015 році фахівцями ISO була розроблена оновлена версія стандарту з вимогами до систем менеджменту якості [82]; Подібна національна аналогія набула чинності і в Україні [24].

Структура цього стандарту заснована на циклі Shewhart-Do-Study-Act (PDCA), суть якого полягає в забезпеченні якості продукції / послуг / систем не тільки на основі їх відповідності моделям, стандартам, специфікаціям, але і за допомогою безперервного процесу безперервного вдосконалення в рамках системи менеджменту якості (при плануванні / проектуванні послуги і на всіх проміжних етапах її надання, Будуть оцінені попередні та остаточні результати та внесені необхідні корективи. Таким чином, починається наступний цикл діяльності в нових умовах, коли вже внесені необхідні поступові зміни в процес, починаючи з планування) [92].

Стандарт складається з 10 розділів. Вступ містить загальну інформацію про Міжнародну організацію зі стандартизації (ISO) та характеристики

стандартів ISO серії 9000, надає базові знання про методологію процесного підходу та циклу PDCA, визначає взаємозв'язок ISO 9001:2015 зі стандартами інших систем менеджменту. У вступі проголошуються принципи управління якістю: клієнтоорієнтованість; керівництво; залучення співробітників в управління якістю. Підхід до процесу управління якістю; прийняття рішень, засноване на фактичних даних: управління відносинами.

У вступі також висвітлено значення терміну «ризик-орієнтоване мислення», який є важливим для ефективності системи управління якістю, але який не був чітко визначений у попередній версії цього стандарту. «Ризик-орієнтоване мислення» означає необхідність планування та виконання дій з управління ризиками та можливостями у визначених процесах та системах.

Впровадження ISO 9001:2015 можливе, якщо компанія хоче продемонструвати свою здатність послідовно надавати продукти та послуги, які відповідають вимогам замовника та нормативним вимогам, як описано в розділі «Сфера застосування».

Розділ 3 «Терміни та визначення» звертає увагу стандартних користувачів на стандарт, оновлений у 2015 році [80]. Зокрема, він ввів поняття ризику як впливу невизначеності на очікуваний результат за допомогою термінів «продукт» і «послуга».

Тлумачення змісту останнього є дуже важливим для сфери охорони здоров'я, оскільки надання медичної послуги/догляду обов'язково відбувається у взаємодії з пацієнтом, тому відповідність вимогам послуги може бути підтверджена лише після того, як вона була надана та визначена задоволеністю пацієнта.

Розділ 4 «Організаційне середовище» визначає вимоги до організацій щодо моніторингу та аналізу інформації про зовнішні та внутрішні ризики, які можуть вплинути на ефективність управлінських процесів та систем, а також визначення потреб та очікувань зацікавлених сторін щодо якості партій. У цьому розділі також представлені покрокові дії по реалізації процесного підходу при побудові системи менеджменту якості.

Глава 5 «Менеджмент» включає вимоги до керівництва організації, яке повинно демонструвати лідерські якості і прихильність до системи менеджменту якості, орієнтувати співробітників на потреби клієнтів, формувати політику в області якості, визначати ролі, обов'язки і повноваження співробітників в системі управління якістю.

У главі 6 «Планування» розглядається управління ризиками, тобто планування заходів з управління ризиками з урахуванням здатності організації протистояти їм. Планування також має бути спрямоване на встановлення якісних цілей та заходів щодо їх досягнення, беручи до уваги необхідні ресурси, а також відповідальність і повноваження осіб, відповідальних за реалізацію процесу.

Глава 7 «Технічне обслуговування системи управління» встановлює вимоги до управління всіма видами ресурсів, необхідних для системи продукту/послуги/якості: персоналом, інфраструктурою, технологічним середовищем, засобами моніторингу та вимірювання, знаннями, навичками та обізнаністю. У цьому розділі вказуються вимоги до документованої інформації. Це інформація, необхідна для належного функціонування системи менеджменту якості, яку організація повинна контролювати і підтримувати в актуальному стані, а також середовище, в якому вона знаходиться.

У главі 8 «Виробництво» викладені вимоги, що пред'являються до основного процесу будь-якої організації: збуту продукції і надання послуг. В охороні здоров'я це процес надання медичної допомоги. Для здійснення основного процесу необхідно виявити вимоги до продукції / послуг (законодавчі вимоги і прямі вимоги споживачів), проаналізувати ці вимоги, спланувати виробництво / поставку послуг, виробляти продукцію / послуги і контролювати ці процеси, їх проміжні і кінцеві результати, в тому числі випадкові результати.

У главі 9 «Оцінка ефективності» описані інструменти зворотного зв'язку системи управління якістю: моніторинг, вимірювання, аналіз і оцінка. Задоволеність споживачів, відповідність продуктам і послугам, ефективність системи управління якістю, заходи ризиків і можливостей, а також планування повинні контролюватися, вимірюватися і оцінюватися. Детально описано вимоги

до організації внутрішніх аудитів як інструменту оцінки відповідності системі та процесам.

Глава 10 «Удосконалення» визначає вимоги щодо вдосконалення продукції, послуг і системи управління якістю, підвищення задоволеності споживачів, корекції та попередження виникнення або пом'якшення виявлених ризиків.

В цілому стандарт [82] вважається більш досконалим, ніж стандарт 2008 року, з наступних причин: він містить вимоги не тільки до продукту, системи, але і до сервісу; впровадження поняття «ризик-орієнтоване мислення» і вимог до управління ризиками дозволяє організаціям вибирати види документів в системі менеджменту якості; Він робить більший акцент на лідерстві та підвищує підзвітність менеджерів, додаючи знання про організацію до їхніх ресурсів [90].

У 2018 році експерти ISO також розробили та опублікували низку стандартів, які є оновленими версіями попередніх аналогів, які є методологічними [75; 76; 78].

В результаті гармонізації національних стандартів з оновленими версіями міжнародних стандартів 2015 року підприємства та організації, сертифіковані відповідно до вимог стандарту 2009 року, взяли на себе зобов'язання адаптувати свою систему менеджменту якості до вимог чинної редакції національного стандарту [34].

«У каталозі нормативних документів ДП «УкрНДНЦ» перераховані й інші категорії стандартів, які будуть застосовуватися в охороні здоров'я» [30].

Крім міжнародних стандартів ISO і заснованих на них національних стандартів, існують (в основному міжнародні) стандарти, що регулюють управління якістю в тих чи інших видах діяльності. У медичній сфері найбільш популярними і затребуваними є стандарти Joint Commission International (JCI) - найбільшого медичного регулюючого органу, створеного в США на початку минулого століття. В даний час стандарти JCI вважаються найбільш ефективним інструментом управління якістю в охороні здоров'я, з акцентом на поліпшення якості та підвищення безпеки в охороні здоров'я. У той же час процес підготовки

акредитації на відповідність вимогам цих стандартів є трудомістким і дорогим [83; 89].

Існують і інші, не менш відомі стандарти: «ACHS (Австралія), JCAHO (США), CCHSA (Канада), ANAES (Франція), KFOA (Великобританія), які регулюють управління якістю в сфері охорони здоров'я. При цьому стандарт ISO 9001, який визначає вимоги до систем менеджменту якості, протягом десятиліть є одним з найпопулярніших нормативних документів у світі. Досвід застосування вимог цього стандарту в діяльності закладів охорони здоров'я свідчить про вдосконалення операційної діяльності, оптимізацію витрат, зниження невиправданих витрат, зниження ризику виникнення побічних явищ внаслідок помилок або неадекватних дій персоналу» [97].

У всьому світі сертифікація систем менеджменту якості організацій на відповідність вимогам ISO 9001 носить добровільний і рекомендаційний характер.

Поступове прийняття та впровадження передових концепцій системи менеджменту якості, встановлених у міжнародних стандартах, є першим кроком до загального управління будь-якою організацією, включаючи систему охорони здоров'я, що підвищує якість та конкурентоспроможність послуг. Сертифікація організацій по всьому світу заслужила статус одного з найважливіших механізмів забезпечення якості і стала нормою у відносинах між постачальниками і споживачами продукції / послуг на всіх рівнях. Дотримання цього підходу визначається дослідниками як стратегічна передумова вступу України до Європейського економічного співтовариства [6; 15].

Отже, низький рівень сертифікації закладів охорони здоров'я, особливо стоматологічного профілю, низька гігієна зубів населення та високі вимоги держави і суспільства до підвищення якості стоматологічної допомоги, вказують на невирішеність проблеми якості та необхідності медико-соціальної бази та розробки концептуальної моделі. Функціональна та організаційна система управління домашнім доглядом, система управління якістю стоматології.

Висновки до розділу 1

Незадовільний стан гігієни порожнини рота та фактори ризику, що його викликають, визначають потреби населення в стоматологічній допомозі, а використання стоматологічних технологій з невеликою доказовістю та високим ризиком ускладнень у стоматології висуває вимоги до якості цих послуг. Сьогоднішні вимоги до якості вимагають клінічно ефективної, безпечної, орієнтованої на пацієнта та доступної медичної допомоги.

Україна має міцну законодавчу базу регулювання якості медичної допомоги, яка включає всі міжнародні механізми забезпечення якості: умови ліцензування медичної практики, акредитацію закладів охорони здоров'я, сертифікацію систем управління якістю, стандартизацію медичних технологій. Ці механізми слабо розвинені і не мотивують, оскільки спонукають заклади охорони здоров'я гарантувати лише мінімальний рівень якості.

Світовий досвід підвищення якості медичних послуг підтвердив можливість застосування в закладах охорони здоров'я вимог міжнародного стандарту ISO 9001 версії 2000 року. Сертифікація систем менеджменту якості допомагає продемонструвати споживачам високу якість медичної допомоги. В Україні дуже мало закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу з сертифікованими системами управління якістю, які відповідають вимогам універсального національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015.

Результати теоретичного дослідження підтвердили актуальність наукових досліджень щодо концептуальної моделі більш ефективного використання відомих механізмів управління якістю з урахуванням особливостей стоматології, які користуються високим попитом як серед постачальників, так і серед споживачів. Це можуть бути моделі, засновані на вимогах стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, придатні для закладів охорони здоров'я, та оновлені компоненти інших механізмів управління якістю.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні

Фахівці Національного університету громадського здоров'я імені П.Л. Шупика, Інституту стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України, громадської організації «Асоціація стоматологів України» у співпраці з державною установою «Центр медичної статистики МОЗ України» проаналізували стоматологічну діяльність за результатами статистичної звітності держави та на основі отриманих результатів провели аналіз стоматологічної діяльності національних статистичних звітів та статистичних звітів ЄС. Секторальні звіти установ Міністерства охорони здоров'я України, подані до Державного центру медичної статистики МОЗ України за 2020 рік. В Україні станом на 1 січня 2021 року 22 180 лікарів-стоматологів надавали стоматологічну допомогу населенню України у 6443 закладах різних форм власності.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 01.01.2021 р., стоматологічне лікування жителям України надавали 6443 (1359 державних та 5084 приватні заклади) різного роду власності [11]. (Рисунок 2.1).

Міністерство охорони здоров'я України має ефективну мережу медичних та стоматологічних закладів. У 2020 році налічувалося 1355 закладів охорони здоров'я, у тому числі 168 самостійних стоматологічних клінік (133 дорослі стоматологічні клініки, 12 дитячих лікарень, 5 стоматологічних клінік медичних коледжів та науково-дослідних інститутів, 18 самостійних клінік) та 1187 лікувально-профілактичних закладів, структура яких складалася зі стоматології або автономних клінік та бюджетних клінік.

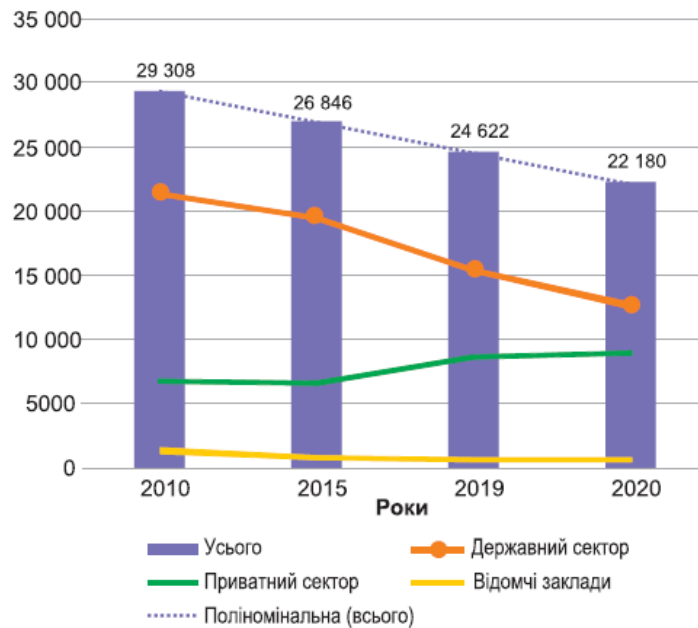


Рис. 2.1. Еволюція загальної кількості лікарів-стоматологів та спеціалістів, що працюють у державному, приватному та відомчому секторах України за останнє десятиріччя

Примітка: Написано автором [11]

Останніми роками кількість незалежних стоматологічних клінік значно скоротилася за рахунок реструктуризації незалежних клінік у центральні, районні чи міські лікарні. Значне зменшення кількості стоматологічних закладів (кабінетів лікарів) пов'язане переважно з реорганізацією районних лікарень та амбулаторій у сільській місцевості, які стали структурними підрозділами первинної медичної допомоги та інших закладів і раніше вважалися самостійними закладами. В останні роки виросла приватна стоматологія.

Станом на 01.01.2021 р. в Україні налічувалося 5084 стоматологічні заклади та приватна практика. У 2020 році налічувалося 617 незалежних приватних стоматологічних клінік та 4467 приватних стоматологічних кабінетів [11].

У 2020 році ліжковий фонд закладів охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України становив 1106 стоматологічних ліжок, з яких 945 – для дорослих та 161 – для дітей. Із загальної кількості ліжок 47,2% використовується в обласних лікарнях, 20% – у комунальних лікарнях та 18,6% – у лікарнях гострої

допомоги [11].

Згідно зі статистичними звітами Міністерства охорони здоров'я України, станом на 01.01.2021 року в Україні працювало 22 180 лікарів-стоматологів. У закладах Міністерства охорони здоров'я України працювала 12 601 лікар-стоматолог. В інших міністерствах та відомствах стоматологічну допомогу у 2020 році надали 639 лікарів-стоматологів (у тому числі: 493 лікарі-стоматологи, у тому числі 21 дитячий стоматолог; 56 стоматологів; 82 ортопеди; 8 ортодонтів) [11]. (Рисунок 2.2).

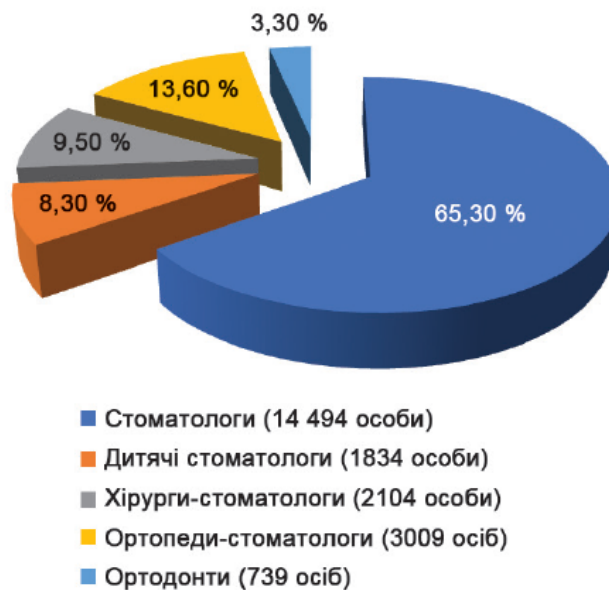


Рис. 2.2. Структура стоматологічного персоналу за спеціальностями станом на 1.1.2021 р.

Примітка: Створено автором за [11].

13 240 лікарів-стоматологів усіх спеціальностей працювали в комунальних та громадських закладах охорони здоров'я МОЗ та інших відомствах.

У 2020 році в закладах охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України працювало 12 601 лікар-стоматолог, з них 8901 лікар-стоматолог, у тому числі 1467 лікарів-стоматологів дитячого віку; Стоматологи, 1527; Стоматологи та ортопеди – 1830 р.; 343 лікарі-стоматологи-ортодонти» [11].

У приватних медичних центрах працювало «8 940 лікарів-стоматологів, серед яких: лікарі-стоматологи – 6 934, у тому числі дитяча стоматологія – 346; лікарів-стоматологів, 521; стоматологів-ортопедів – 1097; Лікарі-стоматологи,

ортоданти – 388» [11].

Кількість лікарів-стоматологів, які працюють у закладах охорони здоров'я з різними формами власності, за «останні 10 років зменшилася на 24,3%. Кількість лікарів у комунальній стоматології за останні десять років зменшилася на 40,1%, а кількість лікарів у приватних закладах за цей період зросла на 25,3%» [11].

Співвідношення стоматологів у державному секторі охорони здоров'я до лікарів у приватному секторі становить 59,7 до 40,3 відсотка.

Загалом станом на 01.01.2021 р. «стоматологічну допомогу в Україні надавали 14 494 лікарі-стоматологи та лікарі-терапевти (65,3%). Дітьми та підлітками опікувалися 1834 стоматологи (8,3%). Щелепно-лицеву хірургію та видалення зубів виконали 2104 щелепно-лицеві хірурги (9,5%). Для відновлення цілісності ясен зубні протези виготовили 3009 хірургів-ортопедів (13,6%) і 739 ортодонтів (3,3%)» [11].

В Україні функціонує 14 вищих медичних закладів МОЗ України, 13 з яких готують лікарів-стоматологів та 3 академії, що здійснюють безперервну освіту лікарів-стоматологів.

У 2020 році кількість «лікарів-стоматологів, які працюють у закладах МОЗ України, становила 3,04 на 10 тис. населення, лікарів-стоматологів – 2,15, ортопедів – 0,44, хірургів – 0,37, ортодонтів – 0,08» [11] (рис. 2.3).

У Києві найвищий відсоток стоматологів: 5,98 на 10 000 жителів. у Львівській області – 5,13, у Полтавській – 4,54. Значно нижчі відсотки зафіксовані у таких областях: Закарпатській – 1,3, Херсонській – 1,44 та Миколаївській – 1,52.

Кількість лікарів-стоматологів у закладах «Міністерства охорони здоров'я України становить 102,7 відсотка. Ця цифра значно варіюється від регіону до регіону. Низькі показники зафіксовані у таких областях: Херсонській (81,0%), Запорізькій (81,1%) та Миколаївській (84,9%). В Івано-Франківській (123,5%), Львівській (123,9%) та Одеській (143,6%) показниках були значно вищими» [11].

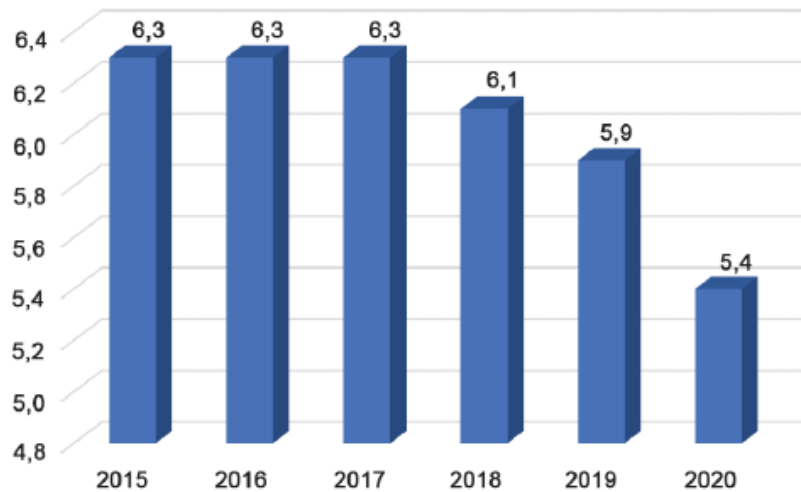


Рис. 2.3. Динаміка показників забезпеченості стоматологами на 10 тис. Чисельність населення України в 2015-2020 рр.

Примітка: Написано автором [11]

Забезпечення стоматологічними ліжками «для дорослих на 10 000 жителів. Чисельність населення у 2020 році становила 0,23 (у 2019 році – 0,28), кількість пародонтологів у дітей – 0,21 на 10 тис. Діти віком від 0 до 17 років (0,19 у 2019 році). Середня кількість днів, протягом яких доросла постільна білизна становила 215 днів. Середня тривалість перебування пацієнтів біля ліжка хворого становила 7,5 днів (8,3 дня у 2019 році). Для дітей віком від 0 до 17 років середня кількість ліжко-днів становить 187, а середня тривалість сну – 3,43 дня» [11].

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, у 2014 році кількість стоматологів у Європейському регіоні становила 6,0, а в 2014 році – 6,8 у ЄС. В Україні цей показник становить 5,4 з урахуванням лікарів-стоматологів закладів усіх форм власності та підпорядкування (розрахунок здійснено на основі чисельності населення Статистичної служби України станом на 01.01.2021 – 41 418 717 українців).

Система підвищення кваліфікації лікарів передбачає підготовку та атестацію фахівців кожні 5 років і визнається законодавством України. Наразі держава забезпечує навчання лікарів-стоматологів, які працюють у закладах охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України за рахунок державних

коштів.

Лікарі-стоматологи, які працюють в приватних стоматологічних установах, проходять підвищення кваліфікації за свій рахунок або від імені клінік, в яких працюють. Професійний розвиток лікарів-стоматологів має значний вплив на якість стоматологічної допомоги. Частка стоматологів, які проходять підвищення кваліфікації та сертифікацію, залишається високою.

Станом на 01.01.2021 р. в Україні «кваліфікаційну категорію мали 6527 лікарів-стоматологів із закладів охорони здоров'я МОЗ, тобто 73,3%, у тому числі: дитячі стоматологи – 1097 (74,8%), лікарі-стоматологи – 1093 (71,6%), ортопеди – 1378 (75,3%), лікарі-стоматологи та ортодонти – 220 (64,1%)» [11].

Значна інтенсивність шкоди, що наноситься дорослому і дитячому населенню стоматологічними захворюваннями, робить проблему підтримки і зміцнення гігієни зубів однією з найбільш актуальних і актуальних. Підтримання здорового стану ротової порожнини, своєчасна дезінфекція вогнищ від одонтогенної інфекції є не лише медичною, а й важливою соціальною проблемою в Україні.

Основне місце в стоматології для підтримки гігієни зубів займає профілактична робота: обов'язкові профілактичні огляди, планова гігієна населення, налагодження системи гігієнічної освіти та просвітницької роботи населення з питань здоров'я зубів.

В Україні немає обов'язкових щорічних іспитів, запланованих для жителів України. У 2020 році стоматологи в державних стоматологічних закладах регулярно оглядали 3 770 062 особи, що становить 9,0% від відповідного населення в Україні.

З дорослого населення України систематично тестували 2 462 679 жителів, що становить 7,2% від відповідного населення. У кількох регіонах України спостерігалось значне коливання цього показника. Найвищий відсоток запланованих досліджень зафіксовано в Чернігівській області (13,9%), місті Києві (13,0%), Харківській області (11,9%), найнижчий – у Миколаївській області (2,6%) та Запоріжжі (3,1%).

У 2020 році в Україні планово обстежено «1 297 750 дітей віком до 17 років, що становить 17,2% постраждалого населення. у Києві – 34,1%, у Кіровоградській області – 28,3%, у Сумській – 23,5%, у Чернігівській – 22,5%, у Черкаській – 21,9%, у Черкінавській області – 19,8%, але у Рівненській області – 7,4%, у Волинській області – 8,7%, у Запорізькій області – 9,1%» [11].

Серед дорослого населення віком 18 років і старше «у порядку планової реабілітації 58,0% від кількості опитаних у 2020 році потребували реабілітації, 84,5% у м. Києві, 80,7% у Закарпатській області, 70,5% у Львівській області, 62,7% у Волинській області, 22,8% у Херсонській області, 38,0% у Харківській області та 46,0% у Сумській області» [11].

У 2020 році «52,0% дітей віком до 17 років, обстежених за процедурою «планової реабілітації» в Україні, потребували реабілітації, 78,8% – у Закарпатській області, 66,5% – у Львівській області, 38,4% – у Харківській області та 38,7% – у Сумській області» [11].

У 2020 році частка людей, продезінфікованих в Україні в необхідній кількості в рамках планової реабілітації, становила 68,1% від дорослого населення у віці 18 років і старше. Цей показник був значно вищим у Закарпатській області (87,8%), Херсонській (84,3%), Дніпропетровській (84,0%) та Волинській області (59,0%).

В останні роки в практичну стоматологію впроваджені медичні стандарти, засновані на принципах доказової медицини. Стоматологічні клініки вищих навчальних закладів надають високоспеціалізовану медичну допомогу та виконують функції консультативно-діагностичних центрів, впроваджуючи механізми надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам шляхом направлення до лікаря (рис. 2.4).

У 2020 році кількість «візитів до лікарів-стоматологів (стоматологів та стоматологів) склала 15 765 950 відвідувань державних стоматологічних закладів. З них 11 653 746 – відвідування дорослого населення України (віком від 18 років) та 4 112 204 – дітей (віком до 17 років включно). Загалом у 2020 році на 1 посаду лікаря-стоматолога, який працює в закладах охорони здоров'я

Міністерства охорони здоров'я України, було 1658,3 звернень на рік. Дещо вищим цей показник був у Луганській області – 3107,7, у Чернігівській – 2369,9, у Херсонській – 2265,1, у Кіровоградській – 2182,9, у Черкаській – 2061,4 та у м. Києві – 879,0»[11].

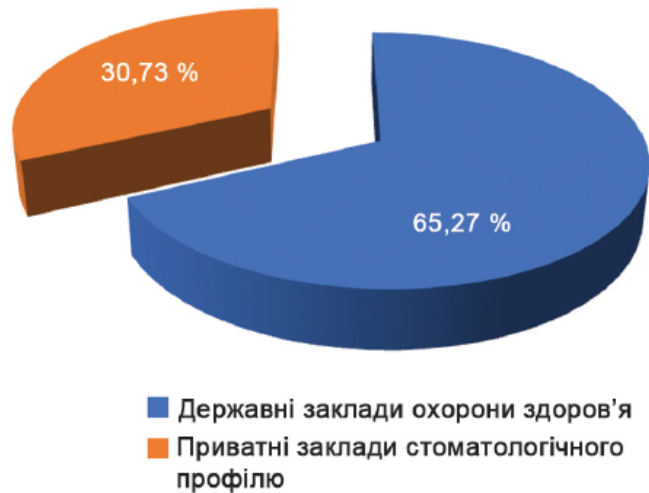


Рис. 2.4. Візити до лікарів-стоматологів в стоматологічних кабінетах України різних видів товарів

Примітка: Створено автором за [11].

Кількість візитів до стоматолога на рік майже не змінилася за останнє десятиліття. Середнє навантаження на 1 стоматологічну посаду в стоматологічних закладах МОЗ України становило 12 пацієнтів на добу (залежно від 200 робочих днів на рік).

Ці показники свідчать про достатні можливості для надання якісної стоматологічної допомоги. Крім того, слід зазначити, що в Україні зменшилася частота візитів до стоматолога на душу населення, яка у 2020 році становила 0,4 візиту на рік (0,3 для дорослих та 0,5 для дітей). Ці показники пов'язані з пандемією гострих вірусних інфекцій (COVID-19) та запровадженням карантину та обмежень на роботу стоматологічних закладів, з одного боку, та розвитком фінансування стоматологічної галузі, з іншого.

У 2020 році було відвідано 6 996 442 приватних стоматологічних кабінетів, у тому числі 6 476 589 візитів пацієнтів віком від 18 років та 519 853 візити дітей. На посаду лікаря в приватній клініці було 786,8 звернень.

Захворюваність на слизову оболонку порожнини рота в Україні «у 2020 році (на 10 000 жителів) становила 28,2; у дітей віком до 17 років: 58,7; Для дорослих віком від 18 років: 21,5. Найвищі показники серед дорослого населення зафіксовані у м. Києві – 58,0, а в областях Києва – 51,9, Львівської – 44,4, Хмельницької – 41,3, Черкаської – 40,6, Сумської – 8,4, Івано-Франківської – 11,9, Херсонської – 12,1» [11].

Діти у віці до 17 років набагато частіше хворіють на ці захворювання; показник (на 10 000 дітей) в Україні у 2020 році становив 58,7; у Києві – 118,4, у Миколаївській області – 101,8, але у Волинській області – 21,4, у Херсонській – 21,9, у Харківській – 41,0.

Зростає захворюваність злоякісними пухлинами ротової порожнини. У 2020 році лише 10 653 або 25,5 (на 100 000 жителів) зафіксовано у Сумській області (39,0), Полтавській області (37,1), Черкаській області (35,8) та Одеській області (35,7).

Викликає занепокоєння високий ступінь занедбаності ротової порожнини (візуальної локалізації) в Україні (за формою № 35 - Медична «Звіт про квоти для хворих на злоякісні пухлини»).

У 2020 р. ступінь «занедбаності злоякісних новоутворень (III-IV стадії з візуальними локалізаціями та IV стадії з іншими локалізаціями) при вперше зареєстрованих формах МН у всіх населених пунктах України становив 24,6%, при злоякісних пухлинах губи – 14,6% та злоякісних пухлинах порожнини рота – 58,2%; у Закарпатській області – 81,0%, у Херсонській – 78,8%, у Рівненській – 77,4%, у Полтавській – 75,0%, що свідчить про необхідність більш детальних щорічних обстежень ротової порожнини, щоб вчасно виявити рак порожнини рота» [11].

Частка пацієнтів зі злоякісними пухлинами порожнини рота, виявлених під час скринінгових досліджень, порівняно з кількістю «нових випадків, зафіксованих в Україні у 2020 році» становила 17,7%; у Києві – 31,9%, у Харківській – 44,5%, у Тернопільській – 31,4%, у Житомирській – 27,8%, у Волинській – 0%, в Одеській – 1,1%, у Херсонській – 1,9%, в Івано-Франківській

– 3,0%» [11].

У 2020 році в Україні було проліковано 13 591 149 зубів від карієсу. У державних закладах охорони здоров'я було «проліковано 8 127 339 зубів, з яких 212 146 726 – у дітей, що становить 26,1% від усіх пролікованих зубів; 5 463 810 зубів у приватній стоматології (з них 109 981 у дітей)» [11].

Порівняно з 2019 роком ці показники значно нижчі, якщо враховувати державні установи та захворюваність пандемією COVID-19. У 2020 році у жителів України проліковано 3 983 654 зуби з ускладненим карієсом; 2 184 885 (54,7%) у закладах охорони здоров'я, 1 798 769 зубів (32,9%) у приватних закладах. Частка пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів становила 29,3% у пацієнтів, які лікувалися в державних закладах охорони здоров'я, та 32,9% у пацієнтів, які лікувалися у приватних закладах.

Кількість людей, які отримали протези та брекети, серед міського населення України у 2020 році становила «140 611 або 58,8 (на 10 000 жителів). у Чернігівській області – 152,2, у Волинській – 134,4, у Сумській – 114,8, у Херсонській – 106,3, але у Закарпатській – 24,1, у Тернопільській – 28,2» [11].

Кількість «сільських жителів, які отримали протезування та брекети в Україні у 2020 році, становила 30 617 або 29,7 (на 10 000 жителів). у Чернігівській області – 69,5, у Житомирській – 55,4, у Київській – 53,3, тоді як у Закарпатській області – 9,4, у Чернівецькій області – 14,0» [11].

Кількість стоматологічних практик в амбулаторіях України у 2019 році становила 236 874 або 56,4 (на 10 000 мешканців), а у 2020 році – 172 000 або 41,7 (на 10 000 мешканців).

Внаслідок пандемії COVID-19 (вплив карантинних обмежень на комунікацію зі стоматологами протягом року) відбулося різке зменшення кількості операцій.

Крім того, кількість хірургічних втручань у 2020 році була значно вищою, ніж показник на 10 000 осіб. Чисельність населення України (41,7) складалася в таких областях: Полтавській – 110,5, Чернігівській – 99,3, Житомирській – 99,2,

Волинській – 62,1, але у Тернопільській – 4,8, Херсонській – 9,3, Хмельницькій – 26,0.

Трансформація системи охорони здоров'я, яка розпочалася у 2015 році на рівні початкової школи та у квітні 2020 року на рівні середньої школи із запровадженням нових механізмів фінансування, призвела до значного скорочення державного стоматологічного сектору. Під час реорганізації амбулаторій було скорочено кількість стоматологічних послуг, які виконують планові огляди та реабілітацію порожнини рота в межах виділеної квоти населення. У 2020 році кількість стоматологічних послуг в амбулаторіях та незалежних стоматологічних клініках становила 1355, порівняно з 5030 у 2010 році та 2015 роком у 1959 році.

Простежується чітка тенденція «зменшення загальної кількості лікарів-стоматологів у порівнянні з попередніми роками (2017 рік – 6,3; 2018 – 6,1; 2019 – 5,9; 2020 рік – 5,4 Сприяння всім формам власності на 10 000 жителів населення). Збільшення кількості приватних постачальників медичних послуг також не компенсує зменшення кількості надавачів медичних послуг. Україна дедалі більше відстає від європейських країн за цим показником. Показники стоматологічної допомоги в Європі становили 6,0 (2014 р.) та 6,8 у країнах ЄС (2014 р.). Кількість місцевих закладів охорони здоров'я зменшується» [11].

Кількість лікарів-стоматологів, які закінчили заклад вищої освіти МОЗ України у 2020 році, скорочено до 1461, з яких 93 (6,3%) підготовлено за рахунок державних ресурсів (у 2019 році – 1692 лікарі-стоматологи, з яких 85 (5,02%) підготовлено за рахунок державних ресурсів). Це негативно вплинуло на стоматологічну допомогу населенню та згодом призвело до зростання стоматологічної захворюваності (52,8% у 2019 році та 55,8% у 2020 році). Зростає і захворюваність злоякісними пухлинами в порожнині рота (2019 рік - 24,3, 2020 - 25,5 на 10 тис. населення).

Показники профілактики значно погіршилися (частка систематично опитаних осіб порівняно з відповідною популяцією становила 18,8 % у 2019 році, 8,5 % у 2020 році, 43,1 % у 2019 році та 17,2 % у 2020 році для осіб віком до 17

років).

Постачання ліжок для хірургічної стоматології ще більше погіршилося (у 2019 році – 1183 або 0,28 на 10 000 населення, у 2020 році – 945 або 0,23 на 10 000 населення).

Збереження здоров'я зубів населення України є важливою складовою системи охорони здоров'я та потребує додаткових заходів з реформування та впровадження профілактичних програм.

2.2. Оцінка організаційного забезпечення функціонування досліджуваного закладу охорони здоров'я

Стоматологія «М-Дентал» заснована в 2011 році в Тернопільській компанії і проводить стоматологічне лікування. Лікування зубів відповідає всім критеріям, замовила найкраще обладнання з-за кордону і використовує тільки якісні матеріали. [37]

Стоматологія M-Dental «має форму власності: приватна та юридична адреса в місті. Тернопіль, Коновальця, 5/179. Власник - Могилиш Михайло Михайлович» [37].

Компанія не має філій, має 10 зареєстрованих співробітників.

Стоматологічний центр пропонує стоматологічну допомогу за наступними напрямками:

- «протезування,
- ортодонтія (виправлення прикусу),
- хірургічна стоматологія,
- гігієна і профілактика,
- пародонтологія
- дитяча стоматологія
- естетична стоматологія» [37].

Першочерговим завданням в роботі компанії є поєднання якісної стоматологічної допомоги і доступних цін. Для повноцінного, якісного

обслуговування стоматологія M-Dental використовує високоякісні матеріали, замовлені в Німеччині. У компанії працюють тільки висококваліфіковані фахівці, які якісно виконують свою роботу.

Підприємство знаходиться в процесі модернізації або перебудови. З кожним роком кількість стоматологічних кабінетів збільшується, а також оновлюється обладнання. Проаналізуємо кількість різних асортиментних позицій у натуральному та грошовому вираженні за два роки (2021 та 2022 роки).

Таблиця 2.1.

Таблиця 2.1

Кількість послуг, що надаються стоматологією M-Dental

Найменування послуг	Надано послуг в натуральному виразу, одиницях	
	2021 рік	2022 рік
1 .Лікування зубів	936	1273
2. Імплантація зубів	246	189
3. Протезування зубів	192	142
4. Хірургія	215	303
5. Виправлення прикусу	96	123
Разом	1685	2030

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології M-Дентал

У таблиці 2.1 наведено кількість наданих послуг стоматології «M-Дентал» у 2021 та 2022 роках у натуральному та грошовому вираженні. Для аналізу динаміки пропозицій стоматології «M-Дентал» скористаємося даними, наведеними в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Динаміка структури послуг в стоматології M-Dental

Найменування продукції	Структура асортименту, %		Відхилення у структурі, %
	2021 рік	2022 рік	
1	4	5	6
1 .Лікування зубів	43,23	41,24	-1,99
2. Імплантація зубів	15,05	14,39	-0,66
3. Протезування зубів	8,07	9,00	0,93
4. Хірургія	30,13	30,49	0,36
5. Виправлення прикусу	3,52	4,88	1,36
Разом	100,00	100,00	-

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології M-Дентал

З таблиці 2.2 видно, що більшість в асортиментній структурі потрапляє в категорію «стоматологія» - 41,24, що пов'язано з тим, що дана асортиментна група є основною спеціалізацією стоматологічного центру. На другому місці знаходиться напрямок «Хірургія», на його частку припадає 30,49%, так як ця група менш виражена в компанії, але в той же час популярна.

Третє місце займає товарна група «зубні імплантати» - 14,39%, що робить там більш затребуваними і сильними конкурентами на ринку за різними показниками.

Останні місця займають групи «протезування» і «виправлення прикусу». Якщо робити висновки, то можна помітити, що відбулися незначні зміни, тому робота компанії досить стабільна. Однак для того, щоб покращити показники, необхідно запуснути нову потужну рекламу та поширювати інформацію про надання стоматологічної допомоги.

Метою компанії є задоволення вимог та очікувань клієнтів, саме тому контролюються всі постачальники та матеріали. Для виявлення тенденцій на підприємстві проаналізуємо основні показники його діяльності (табл. 2.3).

Як видно з таблиці. 2.3 щорічний результат за 2022 рік зріс на 7,29% порівняно з 2021 роком.

Адміністративні витрати у 2022 році скоротилися на 13,15%, а загальні витрати на виробництво та збут зросли на 7,21%. Звичайно, це може позначитися тільки на зростанні вартості реалізованих товарів, яка, в свою чергу, зросла на 30,6 тис. грн., тобто 11,7%. У 2022 році прибуток від реалізації продукції зріс на 1,24 тис. Це 9,42%.

При аналізі рентабельності продажів слід зазначити, що вона дорівнює 0, що свідчить про те, що компанія все ще працює. Конкуренція іноді буває занадто жорсткою там, де слабкі не виживають. Тому дуже важливо, щоб компанія була готова до цієї битви, тобто мала правильну конкурентоспроможність і значні конкурентні переваги. Конкуренція між підприємствами, що пропонують однотипні товари і послуги, виправдовується тим, що одне або кілька підприємств мають можливість краще задовольнити потреби споживачів або

вдосконалити свою діяльність. Середовище, в якому працює компанія, постійно розвивається. Тому основним завданням є визначення факторів, що призводять до значних змін у секторі та рівні конкуренції.

Таблиця 2.3

Основні показники діяльності Стоматології М-Дентал

Показники	Один, Виміру	2021 рік	2022 рік	Відхилення	
				Абсолютне, ±	Відносне, %
1. Чистий дохід(виручка) від реалізації продукції	тис, грн	384	412	28,00	7,29
2. Собівартість реалізованої продукції	тис, грн	260,2	290,8	30,6	11,7
3. Адміністративні витрати	тис, грн	76,8	66,7	-10,10	-13,15
4. Витрати на збут	тис, грн	33,84	40,1	6,26	18,50
5. Повні витрати на виробництво і реалізацію продукції	тис, грн	370,84	397,6	26,76	7,21
6. Прибуток від реалізації продукції	тис, грн	13,16	14,4	1,24	9,42
7. Прибуток чистий	тис, грн	12,64	13,54	0,94	7,46
8. Витрати на 1 грн, чистої виручки від реалізації	коп.	96,57	96,50	-0,07	-0,07
9. Рентабельність діяльності (продаж)	%	3,29	3,28	-0,01	x
10. Рентабельність продукції	%	3,54	3,62	0,08	x

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології М-Дентал

M-Dental Treatment постійно працює над розширенням асортименту препаратів Psolugs і вдосконаленням технологічного процесу. У компанії є відділ маркетингу. Відділ маркетингу компанії постійно аналізує всі елементи комплексу маркетингу, незалежно від стимулювання збуту. Стоматологія «М-Дентал» здійснює маркетингові активності, в тому числі бере участь у виставках, і заохочує клієнтів.

Нещодавно була проведена кампанія по заохоченню співробітників компанії розіграшами численних призів. Тоді ж була проведена рекламна кампанія в ділових і відпочинкових комплексах Тернополя. Також проходила виставка стоматологічних аксесуарів M-Dental, всі відвідувачі ярмарку отримували купони зі знижками на надання послуг.

Стоматологія M-Dental ефективно здійснює свою господарську діяльність. Але фактичний результат і обсяг послуг, що надаються, не завжди об'єктивно свідчать про ефективність маркетингу. Високі ціни можуть бути пов'язані з тим, що компанія опинилася в потрібному місті в потрібний час, а не з організацією її маркетингових зусиль. Підвищення маркетингової ефективності такої компанії значно поліпшить підсумковий результат.

У сучасних ринкових умовах більшість компаній вже зрозуміли і успішно скористалися перевагами, які дає використання маркетингу. Зрозуміло, що відділ маркетингу компанії відіграє дуже важливу роль, основні функції, які він виконує, такі:

Деякі з функцій, які він виконує:

- «підготовка та заповнення планів робіт, відділів логістики та продажів.
- розробка коротко-, середньо- і довгострокових маркетингових стратегій.
- дослідження факторів, що визначають структуру і динаміку попиту на послуги і кон'юнктуру ринку на підприємстві.
- зіставлення споживчих якостей послуг, що надаються, і вимог, які до них пред'являють клієнти.
- вивчення попиту на послуги, що надаються, оцінка потреб у послугах, що надаються, вивчення та аналіз статистичних даних; аналіз і систематизація отриманих даних, підготовка до обробки.
- розробка маркетингових стратегій з урахуванням потреб цих продуктів, ємності ринку, зміни платіжних потреб, освоєння нових ринків, результатів науково-технічного прогресу.
- визначення частки послуг основних конкурентів в загальному товарообігу даного ринку.
- аналіз стану виконання послуг компанії, виявлення тих послуг, які не мають достатнього доходу, виявлення причин цього.
- налаштування рекламної стратегії. організація pr-роботи з використанням засобів масової інформації (газети, радіо і т.д.) організація та підготовка статей та інформації для журналів, газет, радіо.

- організація участі підприємства в західному регіоні та регіональних промислових ярмарках і ярмарках. Підготовка необхідних документів і матеріалів. Організація демонстрацій продукції на виставках» [33, с.48].

Для виконання тактичних завдань відділ маркетингу буде співпрацювати з великою кількістю незалежних організацій: рекламними агентствами, розробниками сайтів (їх також кілька, не по одному на всю компанію, а за адресою), виробниками різних товарів і послуг рекламного призначення. Для виконання своїх обов'язків відділ маркетингу іноді наймає фрілансерів, як правило, студентів. Приклади даного виду робіт: маркетингові дослідження на виставках, збір інформації про конкурентів і т.д

Управління маркетингом компанії бере на себе менеджер з маркетингу. У вашому розпорядженні два фахівці: маркетинг і реклама. Кожен з них відповідає за свої завдання.

Якщо мова йде про маркетингові дослідження, то дослідження ринку проводить компанія і сама компанія. Дослідження проводяться за допомогою методів вимірювання, польових методів і з використанням ділових контактів. В рамках вторинних досліджень аналізуються всі доступні джерела інформації: ЗМІ, Інтернет, соціальні мережі, офіційні дані про розвиток сегментів ринку (від Національної комісії статистики, інформація, що оплачується спеціалізованими дослідницькими агентствами і т.д.). Польовий метод використовується для проведення опитувань споживачів на виставках, міні-телефонних опитувань і анкетування в офісі. За допомогою досліджень проводяться форуми, виставки, зустрічі зі споживачами, постачальниками та партнерами компанії.

Дані, отримані в результаті дослідження, будуть проаналізовані та представлені у вигляді звітів про дослідження з обов'язковими розділами «Висновки» та «Рекомендації». Опитування проводиться в міру необхідності з конкретними і періодичними темами для отримання реальної інформації про ринок.

Маркетингові завдання, пов'язані з підтримкою послуг, що надаються, включають: інформування споживачів про цю продукцію, популяризацію цієї

продукції через засоби масової інформації та соціальні мережі, надання інформації про продукцію в статтях, оглядах, рекламному дизайні, інструменти розробки для просування цієї продукції [37].

Всі маркетингові плани компанії чітко розділені на тактики і стратегії [33, с.56].

Складаються довгострокові стратегічні плани (п'ять років). Розроблено такі тактичні плани: внутрішній маркетинг на тиждень, графік роботи на місяць, графік роботи на квартал, графік роботи на рік.

Планування маркетингової діяльності підприємства здійснюється за системою загального планування. Типові складові маркетингового плану на квартал: дослідження, пряма поштова розсилка, реклама, виставки, семінари, поліграфія, сувенірна продукція, зв'язки з громадськістю. Недоліком системи планування є те, що вона ламається через брак грошей.

Ціноутворення на підприємстві здійснюється за методиками розрахунку очікуваного прибутку (метод використовується для інноваційної та власної продукції) та з урахуванням ринкової цінової кон'юнктури (для товарів з безліччю аналогів).

Щоб приймати рішення щодо ціноутворення, відділ маркетингу створює статистику на основі даних відстеження ринкових цін. Це робиться раз на місяць для продукту (наприклад, мультимедійні проектори), раз на квартал (акустичні системи) і раз на півроку (світлодіодні дисплеї).

При наявності інформації про наявні на ринку ціни менеджер з маркетингу скликає нараду з представниками відділів продажів і дистрибуції. З урахуванням ринкових цін і витрат, пов'язаних з доставкою і зберіганням, на продукцію наступного місяця встановлюються нові ціни.

Підводячи підсумки, можна сказати, що основні недоліки організації та планування маркетингових заходів в компанії M-Dental Dentistry полягають в наступному:

- недостатня кількість маркетологів;
- обмежене фінансування комерціалізації

- поганий зворотний зв'язок між відділами маркетингу та продажів.

2.3. Оцінка взаємодії закладу охорони здоров'я в з пацієнтами

В оцінці якості медичної допомоги важливу роль відіграють суб'єкти, які беруть безпосередню участь у процесі лікування та діагностики: пацієнти та медичні працівники. Вивчення задоволеності пацієнтів як споживачів медичних послуг якістю обслуговування та взаємодії із закладом охорони здоров'я може допомогти керівництву цих закладів визначити напрями вдосконалення медичних послуг та підвищити довіру населення до діяльності медичного закладу. Проаналізуємо причини розбіжностей між очікуваннями пацієнта та фактичною задоволеністю пацієнтів.

Медичний персонал пов'язує свої інтереси з конкретним робочим місцем, де є можливість реалізувати свої професійні навички та отримати матеріальну винагороду. Задоволеність професійною діяльністю і мотивація медичного персоналу як внутрішніх споживачів медичних послуг і використання з цією метою такого інструменту управління, як зворотний зв'язок зі співробітниками, вважаються одним з найважливіших елементів організаційної культури. Останні створюють сильні конкурентні переваги, підвищують соціальну відповідальність медичних закладів та покращують якість медичного обслуговування.

Сучасний ринок стоматології вимагає від співробітників недержавного медичного закладу враховувати права, інтереси та потреби пацієнтів і вибудовувати з ними добрі відносини.

Організація стоматології є і залишається важливим аспектом для задоволення потреб пацієнтів і зі змінами на стоматологічному ринку в бік збільшення кількості недержавних клінік, підвищення якості лікування, підвищення рівня сервісу і власних вимог пацієнтів, це особливо актуально. Догляд, що надається медичним та допоміжним персоналом, є важливою частиною формування враження пацієнта про стоматологічну клініку та побудови нових відносин із пацієнтом.

Що стосується ставлення пацієнта і споживача в ринкових умовах, то ми

орієнтуємося, зокрема, на підхід відомого американського підприємця Л. Біна: «Споживач - це найважливіша людина, яка коли-небудь відвідувала вашу практику... Споживач не залежить від вас, навпаки, ми всі залежимо від нього. Ми не надаємо послуги споживачам, якщо дбаємо про них. Саме він робить нам велику послугу, звертаючись до нашої компанії. Споживач - це той, з ким ми не можемо сперечатися..., споживач - це той, хто приносить нам свої бажання. Наше завдання полягає в тому, щоб виконати це бажання так, щоб це було вигідно як нам, так і йому». [66]

Ще більш лаконічні думки американських фахівців з менеджменту Б. Тошича, Я. Філіповича і Я. Руссо. «якщо ти не розумієш споживача, ти не можеш зрозуміти суть свого бізнесу» [97].

Саме такі підходи споживач-пацієнт призводять стоматологічну клініку до максимального задоволення ними. Це, в свою чергу, зажадало розробки добре функціонуючої регульованої системи управління пацієнтом або моделі (рис. 2.5), яка також служить інструкцією для всього персоналу, задіяного в процесі обслуговування, з урахуванням всіх аспектів діяльності лікарні.

Практика клініки показала, що для задоволення потреб пацієнта необхідно ототожнювати себе з персоналом і спілкуватися з ним, що для них є стандартом якості. Отриманий досвід дозволяє уявити собі повну реалізацію всього, що найкраще доступно кожному пацієнту, у вигляді глобального рішення, спрямованого на надання повної стоматологічної послуги з урахуванням максимальної кількості факторів і ступеня їх важливості, з максимальною безпекою, в максимально комфортних умовах, у відповідному місці, у зручний час, з максимальним гарантійним терміном та можливістю післягарантійного обслуговування.

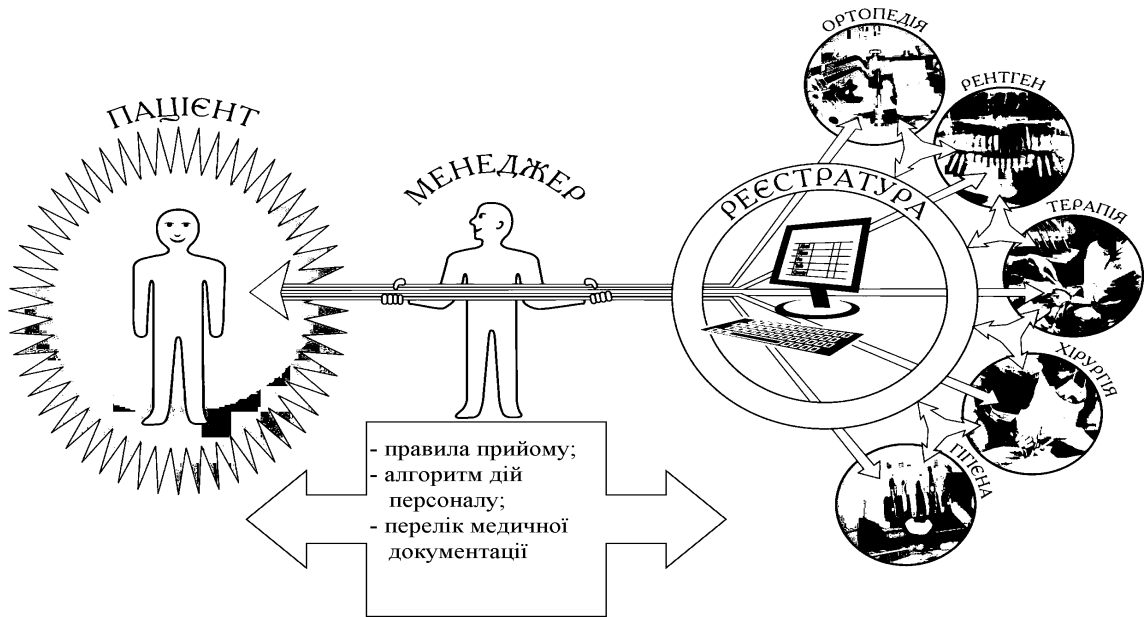


Рис. 2.5. Модель поводження з пацієнтом

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології М-Дентал

Ми застосували ці фактори до моделі, спеціально розробленої, впровадженої та прийнятої протягом останніх п'яти років стоматологічної допомоги пацієнту як частини інструменту управління якістю, який постійно вдосконалюється протягом усієї діяльності клініки (див. рис. 2.5). У ньому містяться всі необхідні правила відбору, послідовність операцій персоналу і необхідний перелік медичної документації.

В таблиці 2.4 наведені дані анонімного опитування 60 пацієнтів клініки М-Dental за спеціально визначеними критеріями оцінки на основі десятибальної системи якості стоматології для визначення їх задоволеності ними та враженнями від самого закладу.

Як видно з даних таблиці. 2.4 із середнім балом $9,5 \pm 0,1$ за загальну оцінку якості обслуговування, чистоти та комфорту клініки, зручності способу оплати та гарантії в договорі між споживачем стоматологічної допомоги та закладом, знань та навичок лікарів, ваших профілактичних порад та відповідності персоналу обслуговуванню пацієнтів винагороджується 10 балами. На середньому рівні показника ($9,5 \pm 0,1$) вивчався термін перебування лікаря в консультації, а також знання і навички лікуючих лікарів. При цьому показники

пацієнтів за доступністю медичних роз'яснень ($9,3\pm 0,2$), зручністю перебування в клініці ($9,2\pm 0,2$), професіоналізмом адміністраторів ($9,1\pm 0,3$) та простотою системи запису ($9,0\pm 0,3$) були дещо нижчими.

Таблиця 2.4

Задоволеність пацієнтів (в балах) діяльністю стоматології M-Dental

Критерії оцінки	Оцінка задоволеності (бали)
	(M+m)
Зручність режиму роботи клініки	$9,2\pm 0,2$
Зручність системи запису на прийом	$9,0\pm 0,3$
Чистота та комфорт у клініці	10
Зручність форм оплати	10
Гарантійне обслуговування	10
Професіоналізм адміністраторів	$9,1\pm 0,3$
Час, який приділяє Вам лікар під час прийому	$9,5\pm 0,1$
Доступність пояснень лікаря	$9,3\pm 0,2$
Поради лікаря щодо попередження захворювань	$9,8\pm 0,1$
Знання та вміння лікарів, які працюють з Вами	10
Знання та вміння асистентів	$9,5\pm 0,1$
Дотримання конфіденційності обслуговуючим	10
Оцінка якості обслуговування в клініці в цілому	$9,5\pm 0,1$

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології M-Дентал

Тобто, якщо пацієнти в цілому задоволені якістю стоматологічних послуг, що надаються в клініці, то увага адміністрації була необхідна для поліпшення способу роботи, особливо системи запису, а також для підвищення знань і навичок асистентів, лікарів, професіоналізму адміністраторів і наявності медичних довідок.

Отримані дані стали основою для вдосконалення моделі догляду за пацієнтами, яку ми пропонуємо. Для того, щоб досягти найвищого рівня задоволеності діяльністю клініки, необхідно було запровадити золоте правило для персоналу: пацієнт завжди повинен знаходитися в центрі допомоги, а персонал, кожен на своєму місці, повинен мати необхідну інформацію про своє відділення професійно: на якому етапі лікування перебував пацієнт, на які додаткові питання слід відповісти, на чому і коли слід зосередитися?

Відомо, що найбільш стійке враження, яке складається у пацієнта про рослину, формується при першому відвідуванні заводу. Тому завдання всієї команди і кожного співробітника - організувати зустріч таким чином, щоб вони

відчували, що чекають на нього. Згідно з моделлю, головна роль в цьому плані відводиться адміністратору, чийі знання про клініку, як правило, з'являються і від якого результати формують загальне враження про стоматологічний заклад.

Для поведінки адміністратора важлива кожна деталь: зустріч з пацієнтом, привітання, що відповідає стилю компанії, відкритість, участь, щирість у розмові. При цьому їх робота полягає в тому, щоб створити умови для перебування пацієнта на прийомі і заспокоїти його, а також домогтися того, щоб він увійшов в установу на потрібному рівні.

Виходячи з вищесказаного, в рамках моделі ведення пацієнта ми розробили план його першого огляду (рис. 2.5), для якого необхідно запросити його за 5 або навіть 15 хвилин до початку прийому. Це дозволяє адміністратору збирати інформацію про персональні дані та історію пацієнта, дозволяє спілкуватися з пацієнтом, забезпечує конфіденційність інформації, представленої в куточку споживача, пропонує напої. Адміністратор може навіть здійснити міні-візит до клініки або надати інформацію про роботу закладу, методи та технології, які використовують лікарі, а також ознайомитися з договором на стоматологію.

При зборі первинних даних про пацієнта адміністратору також необхідно врахувати всі побажання пацієнта, навіть найменші. При цьому різні аспекти Вашої картки, від Ваших психологічних особливостей та особистих уподобань до способу оплати, зручної мови та зручності, фіксуються в години роботи рецепції. При використанні стандартної анкети, розробленої спеціально для пацієнтів в клініці, роль адміністратора полягає в тому, щоб жодне з питань не залишилося без відповіді. Він також пропонує пацієнту заповнити анамнез і пояснити компоненти, пов'язані із загальним станом здоров'я та здоров'ям зубів. Якщо пацієнти не хочуть відповідати на питання про своє здоров'я перед адміністратором, тому що вважають адміністратора сторонньою особою, вони мають можливість відповісти на всі питання і узгодити це безпосередньо з лікарем. В обов'язки адміністратора також входить супровід пацієнта до відповідної практики та зустріч з лікарем. Після закінчення прийому, в супроводі

лікаря або асистента, Ви повернетесь на прийом, де менеджер призначить запис на наступний прийом згідно з вказівками лікаря щодо передбачуваної дати, тривалості лікування, запланованої процедури та вартості. Ми вважаємо, що даний елемент моделі, який полягає в наданні пацієнту достатньої інформації від кожного члена всієї команди, не тільки працює на його власний імідж, але, перш за все, формує його враження про клініку в цілому.

Важливим елементом моделі ведення пацієнта, з точки зору тісної співпраці з пацієнтом, що впливає на рівень задоволеності, є повна координація плану лікування. Крім того, з ним обговорюються різні альтернативні варіанти лікування в залежності від обсягу послуг і обладнання, яке може надати клініка, виділяючи їх позитивні якості. При цьому особлива увага приділяється медичним показанням до застосування того чи іншого матеріалу або методики з урахуванням фінансових можливостей пацієнта. Якщо йому відразу складно прийняти рішення, у нього буде мало часу на роздуми, адже консультації фахівців клініки для нього насичені несподіваним обсягом інформації, на реалізацію якої потрібен час.

План лікування, адаптований до пацієнта, спрощує загальну роботу всієї команди. Перш за все, своїм підписом ви погоджуєтесь на певний вид втручання, а також чітко розумієте весь обсяг робіт, можете контролювати і контролювати процес лікування, управляти фінансовими умовами і знати графік роботи. По-друге, лікар і асистент можуть заздалегідь спланувати роботу. По-третє, це покращить роботу адміністративного персоналу, якому потрібні, серед іншого, знання питань стоматологічного здоров'я, а також знання та розуміння специфічної термінології. Таким чином, на момент останнього прийому пацієнт акцентує увагу на суті запланованих втручань щодо термінів їх виконання та попередніх витрат на цю роботу.

Якщо пацієнт звернеться за невідкладною допомогою після лікування, йому буде запропоновано пройти більш ретельне обстеження для виявлення інших проблем, пов'язаних зі станом ротової порожнини. Якщо ви виявите бажання їх видалити, лікар проведе необхідне обстеження, заповнить форми

«Попередній огляд» і «Пародонтальна схема», пройде додаткові обстеження (ортопантомографія, періапикальна візуалізація, лабораторні аналізи) і продемонструє стан ротової порожнини пацієнту на інтраоральну відеокамеру.

Після необхідного обстеження буде проведена консультація стоматологів обмеженої спеціальності (ортопед, терапевт, ондодонто, пародонтолог, імплантолог), які запропонують Вам план лікування, що враховує Ваші потреби щодо часу, матеріалу, дизайну та ціни послуг.

Перед початком прийому лікар пояснює пацієнту деталі процедур і приймає вартість прийому, а після лікування асистент лікаря дає пацієнту письмові «рекомендації», а лікар заповнює «щоденник» і «план лікування». У формі «Планові процедури» лікар вказує дату наступного візиту, час запланованої процедури, орієнтовну вартість, лікаря та інформує пацієнта. Після прийому лікар або асистент буде супроводжувати пацієнта на прийом. Тому пацієнт завжди знаходиться під контролем персоналу клініки: будь то сторож, лікар або помічник. У запропонованій моделі ведення пацієнта важливим є догляд за пацієнтами після первинної консультації. Наприклад, адміністратор повинен зателефонувати вам через добу після прийому в клініці і запитати, чи плануєте ви починати лікування: відповісти на додаткові питання або записатися на додатковий прийом до лікаря для уточнення.

Тому ідеологія запропонованої моделі догляду за пацієнтом полягає в тому, що найкращий пацієнт – це впевнений у собі пацієнт, який свідомо прийняв рішення про своє лікування в обраній ним клініці та підписав відповідний договір, а його довіра забезпечується тим, що він отримує всі процедури від спеціалістів на суму, визначену під час консультації.

Наприклад, програма відстежує та аналізує кількість первинних пацієнтів, які прийшли в клініку в пошуках джерела інформації і у 2020 році клініку вперше відвідали 573 первинних пацієнти, у 2021 році – 709, у 2022 році – 1050 осіб (рис. 2.6).

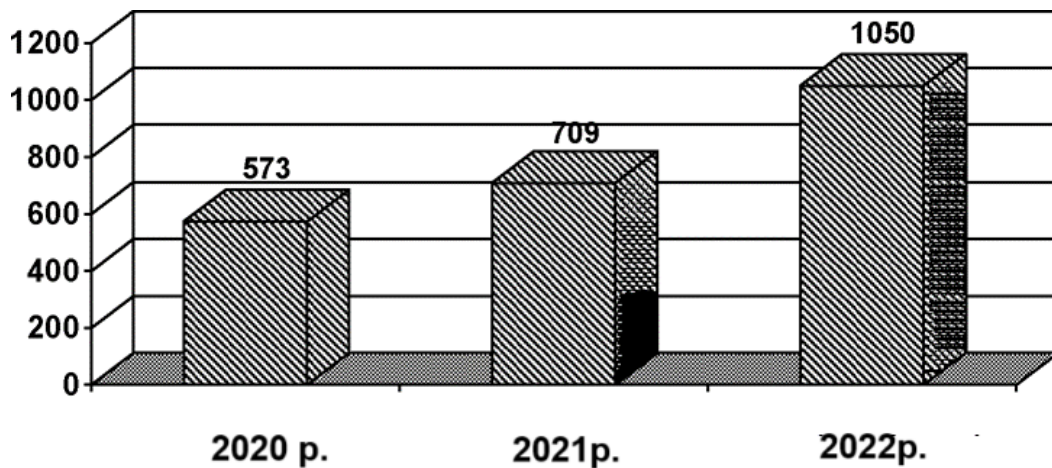


Рис. 2.6. Первинна динаміка пацієнтів за період 2020-2022 рр.

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології М-Дентал

На рисунку 2.7 показано кількість людей, які отримали повне лікування, з розбивкою за повним типом, що вказує на збільшення частки пацієнтів, які отримують комплексне лікування.

Робота адміністратора, як впливає з моделі, полягає в тому, щоб регулярно контролювати візит пацієнта і нагадувати йому про наступний візит за день або кілька годин до нього. Як показує практика, це також заохочує «впертих» пацієнтів. Якщо завдання лікаря полягає в тому, щоб супроводжувати пацієнта для подальшого втручання, роль адміністратора полягає в тому, щоб уточнити у лікаря дату та час візиту і, у разі відсутності, дізнатися причину візиту та узгодити інший час візиту, внісши його до картки пацієнта. У таких ситуаціях керівник повинен освоїти метод мотивації, щоб уникнути подібних випадків.

Головне в діяльності адміністратора, яку передбачає модель, - контролювати повторні дзвінки, так як завдання установи - не допустити втрати пацієнта. Перед початком лікування вам повідомлять, що ваш стоматолог повинен повторювати регулярні огляди навіть після закінчення всього лікування. Робота лікаря полягає в тому, щоб контролювати вже виконану роботу, а зубний гігієніст - зустрічатися з пацієнтом для контрольованої гігієни.

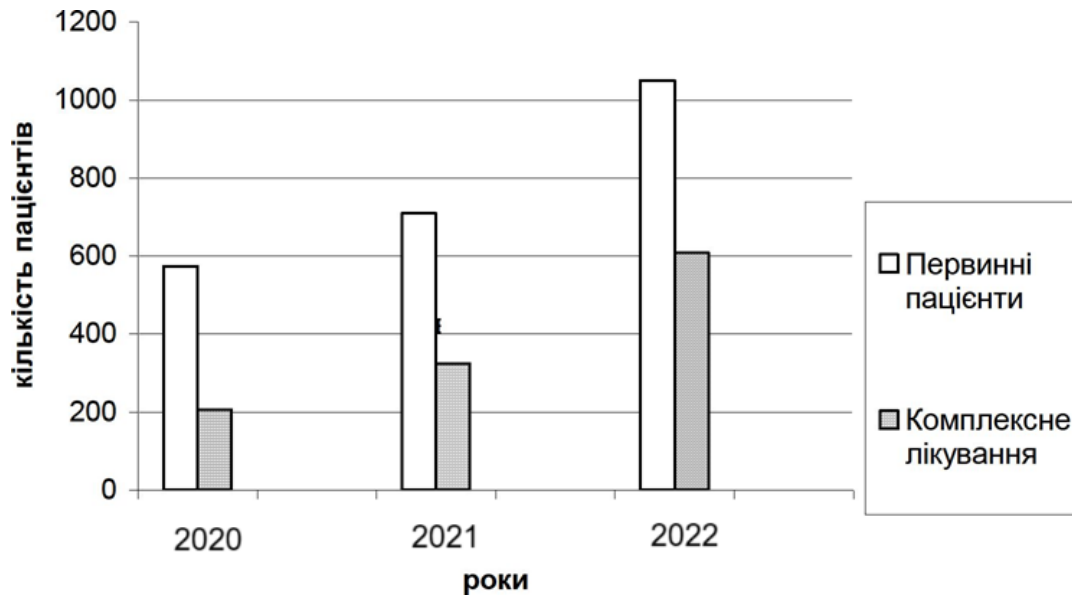


Рис. 2.7. Відсоток первинних та складних пацієнтів у досліджуваній стоматології

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології М-Дентал

Адміністратор може організувати повторні виклики пацієнтів на наступний місяць, починаючи з середини попереднього місяця, з урахуванням обсягу завантаженості клініки з поточним записом. Це упередження працює як для лікаря, якщо він не повністю обтяжений прийомом наступного місяця, так і для пацієнта, який може запланувати візит заздалегідь.

Корисною для вирішення облікових питань планування пацієнтів, їх ведення на різних етапах лікування та повторних бесід розроблена та впроваджена нами комп'ютерна програма «1С: Стоматологія», яка дає можливість формувати вищезазначену інформацію у вигляді каталогів, що полегшує роботу адміністрації клініки та дозволяє аналізувати якість цієї роботи (рисунок 2.8). Він поєднує в собі управління лікувальним процесом з адміністративним управлінням клінікою з урахуванням всіх етапів догляду за пацієнтами, починаючи від служби прийому і закінчуючи процедурними кабінетами і закінчуючи бухгалтерським обліком і статистичною звітністю.

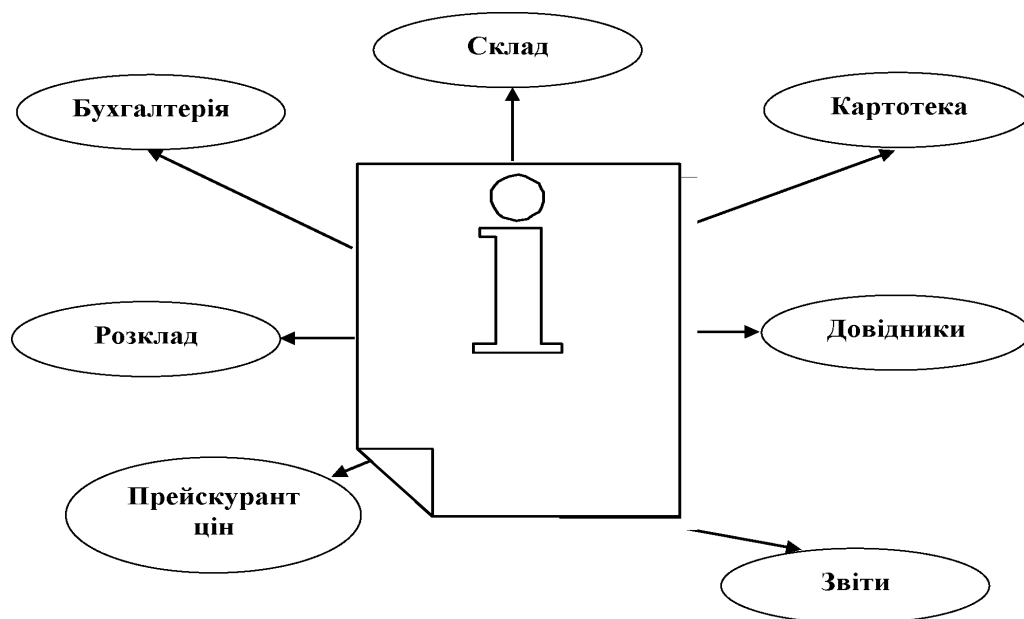


Рис. 2.8. Програмне забезпечення «1С: стоматологія»

Примітка: Сформовано автором за матеріалами Стоматології М-Дентал

Ця програма поєднує в собі управління лікувальним процесом та адміністративне управління клінікою (можливість практичного статистичного аналізу роботи клініки та оптимізацію бухгалтерського обліку), враховує всі етапи роботи клініки, такі як планування роботи приймальні, лікувальної роботи, бухгалтерської та статистичної звітності. Можливе налаштування та передача інформації індивідуально по відділах з визначенням відповідальних осіб та обмежень доступу виходячи з функцій, які виконують ці люди. Згодом ця програма була апробована і вдосконалена в інституті і в інших клініках, де вона пропонується.

Ця програма дозволяє задавати певні параметри та отримувати необхідну інформацію в кожній сфері діяльності, виконувати статистичні та аналітичні розрахунки, підтримувати внутрішню маркетингову діяльність. Програмний продукт має патент на винахід, авторські права захищені.

Висновки до розділу 2

Збереження здоров'я зубів населення України є важливою складовою системи охорони здоров'я та потребує додаткових заходів з реформування та

впровадження профілактичних програм.

Стоматологія «М-Дентал» заснована в 2011 році в Тернопільській компанії і проводить стоматологічне лікування. Лікування зубів відповідає всім критеріям, замовила найкраще обладнання з-за кордону та використовує лише якісні матеріали.

З'ясовано, що із середнім балом $9,5 \pm 0,1$ загальної оцінки якості обслуговування, чистоти та комфорту клініки, зручності способу оплати та гарантії, яку надає договір між споживачем стоматології та закладом, знання та навички лікарів, Ваші профілактичні консультації та дотримання персоналом конфіденційності обслуговування пацієнтів були оцінені 10 балами. На середньому рівні показника ($9,5 \pm 0,1$) вивчався термін перебування лікаря в консультації, а також знання і навички лікуючих лікарів. При цьому показники пацієнтів за доступністю медичних роз'яснень ($9,3 \pm 0,2$), зручністю перебування в клініці ($9,2 \pm 0,2$), професіоналізмом адміністраторів ($9,1 \pm 0,3$) та простотою системи запису ($9,0 \pm 0,3$) були дещо нижчими.

Тобто, якщо пацієнти в цілому задоволені якістю стоматологічних послуг, що надаються в клініці, то увага адміністрації була необхідна для поліпшення способу роботи, особливо системи запису, а також для підвищення знань і навичок асистентів, лікарів, професіоналізму адміністраторів і наявності медичних довідок.

Отримані дані стали основою для вдосконалення моделі догляду за пацієнтами, яку ми пропонуємо. Для того, щоб досягти найвищого рівня задоволеності діяльністю клініки, необхідно було запровадити золоте правило для персоналу: пацієнт завжди повинен знаходитися в центрі допомоги, а персонал, кожен на своєму місці, повинен мати необхідну інформацію про своє відділення професійно: на якому етапі лікування перебував пацієнт, на які додаткові питання слід відповісти, на чому і коли слід зосередитися?

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги

Загальноприйняті підходи до побудови систем управління, які є всесвітньо визнаними та актуальними, включають визначення мети створення системи, розробку цільових показників, які можуть вказувати на ступінь досягнення цілей, структурні елементи системи та їх зв'язок із досягненням цілей, особливості структурних елементів та механізмів управління. Елементи, що відносяться до цієї категорії, додаються в системи управління якістю, а в охороні здоров'я рекомендується додавати специфічні компоненти, що відображають особливості медичної діяльності.

При розробці планової моделі автором були враховані потреби населення в стоматологічній допомозі, задоволення яких є центральним завданням системи як найважливішого елемента функціонально-організаційної концептуальної моделі системи управління якістю стоматології. Потреба, з іншого боку, складається з попиту на профілактичні технології та лікувально-діагностичне лікування, результат якого повинен відповідати критеріям якості.

На думку автора, за результатами дослідження звільнення від вимог щодо виконання лише законодавчих та нормативних вимог стандартів акредитації має бути замінено вимогами щодо чіткого та поступового здійснення лікувально-діагностичного процесу на особистісному рівні, тобто на рівні пацієнта. Оскільки загальний агрегований підхід, який досі використовувався в стандартах акредитації та виводив галузеві рамки у сфері якості медичної допомоги, і який лише частково охоплює охорону здоров'я, акредитація експертів, тобто третіх сторін, не дозволяє об'єктивно та достовірно визначити фактичну якість

медичної допомоги на рівні окремого пацієнта та перевірити, чи постійно покращується якість.

Ідеологія процедури акредитації повинна бути спрямована на підтвердження відповідності інструкцій, методів, алгоритмів і процедур як складових процесу охорони здоров'я на особистісному рівні, оскільки її якість гарантується, перш за все, на робочому місці лікаря, де він забирає пацієнта і надає медичну допомогу. Такий підхід потребує удосконалення стандартів акредитації, зміст яких диференціюється за видами лікування, видами та профілями закладів охорони здоров'я, а в рамках на процедурному рівні алгоритмів дій, прийомів, інструкцій, процедур, операцій, тобто найпростіших прийомів, що використовуються медичними працівниками для медикаментозного лікування пацієнта з цим захворюванням.

Тому суть процедури акредитації має бути спрямована на демонстрацію зовнішнім експертам через директорів, лікарів та інший персонал закладу правильності поетапного здійснення процесу надання медичної допомоги пацієнту з тим чи іншим захворюванням, дотримання норм безпеки медичних втручань та дотримання стандартів безпеки медичних втручань. Управління охороною здоров'я, відповідний розподіл ресурсів та постійне вдосконалення цієї діяльності шляхом усунення прогалин та невідповідностей та впровадження інноваційних технологій. Тобто вимоги стандартів акредитації повинні бути спрямовані на перевірку відповідності стандартам клінічної практики та її присвоєння третіми особами в реальних клінічних умовах.

Це, в свою чергу, вимагає детальних покрокових інструкцій, процедур, алгоритмів, процедур тощо для здійснення процесу лікування та діагностики, що вимагає проведення незалежної зовнішньої оцінки акредитованими експертами в системі охорони здоров'я, яка забезпечує конкретний вид та профіль медичної допомоги, особливо стоматологічної.

Оскільки процес охорони здоров'я тісно пов'язаний з розподілом та управлінням ресурсами, процес оцінки процесу охорони здоров'я, що підлягає акредитації, автоматично включатиме оцінку додаткових компонентів процесу

(розподіл ресурсів та управління процесами), тобто компонентів структури та процесів управління.

Процедури, маніпуляції та всі інші дії, які є частиною оздоровчого процесу, пов'язані з певними ризиками як для пацієнта, так і для найближчого оточення, в якому відбувається процес. Тому є сенс визнати безпеку профілактичних, лікувальних та діагностичних втручань, таких як стандарти акредитації, та піддати їх оцінці відповідності їх вимогам. З цієї точки зору слід враховувати рекомендації ОЕСР та ризики щодо глобальних заходів щодо забезпечення безпеки пацієнтів [89]. Це найпоширеніші небезпеки, такі як: «помилки у вживанні лікарських засобів; внутрішньолікарняні інфекції; недотримання норм безпеки при проведенні хірургічних обробок; недотримання правил техніки безпеки при виконанні ін'єкцій; діагностичні помилки; недотримання заходів безпеки при проведенні переливання крові; помилки у застосуванні діагностичних і лікувальних методів променевої терапії; Зараження крові; венозна тромбоемболія» [89].

У більшості випадків багато з цих небезпек присутні в стоматології; При медикаментозному лікуванні онкологічної патології ротової порожнини можуть виникати практично всі ці небезпеки.

Для детального розмежування стандартів акредитації у сфері безпеки пацієнтів можна використовувати міжнародну класифікацію безпеки пацієнтів, застосування принципу гармонізації стандартів до робочого місяця медичних працівників, коли вони безпосередньо контактують з пацієнтом та надають медичну допомогу. Прийнята ВООЗ і Глобальним альянсом з безпеки пацієнтів (2009 р.) і визначає небезпеки «за такими напрямками: 1) клінічне введення пацієнта (клінічне лікування); 2) клінічний процес або процедура (3) документація; 4) внутрішньолікарняна інфекція; 5) лікарські засоби/рідини для інфузій; кров/препарати крові; 6) харчові продукти 7) медичні гази (кисень); 8) медичні вироби та обладнання; 9) поведінка персоналу та пацієнтів; 10) нещасні випадки з пацієнтами; 11) інфраструктура, будівлі та споруди; 11) управління та організація ресурсів» [89].

Отже, можна буде досягти проактивного управління ризиками, забезпечити їх «підключення» до процесів стоматологічної допомоги, комунікувати та підтримувати ризик-орієнтоване мислення за допомогою постійної інформації та навчання співробітників, як того вимагають стандарти системи менеджменту якості. і, таким чином, досягти точок дотику між останніми та стандартами акредитації відповідної Сторони.

За аналогією з вимогами до стандартизації заходів у процесі охорони здоров'я, які вимагають розробки процедур, алгоритмів дій, прийомів, інструкцій, процедур, операцій тощо як для лікарів загальної практики, так і для зовнішніх експертів/аудиторів, заходи щодо запобігання ризикам вимагають розробки та впровадження стандартизованих процедур (протоколів, наприклад, чек-листів, контрольних списків, стандартних операційних процедур), які зменшують залежність від скорочення рутинних операцій на людський фактор і дозволяють максимально ефективно впроваджувати, наприклад, миття рук, поводження з одиничними інструментами та інструментами, що підлягають переробці, поводження з відходами тощо.

Тому концептуальні підходи до вдосконалення стандартів акредитації полягають у докорінній зміні змісту, а саме у запровадженні вимог щодо поступового здійснення лікувально-діагностичного процесу за певними процедурами, алгоритмами дій, процедурами, інструкціями та іншими стандартизованими методами та вимогами до безпеки медичного процесу та самого процесу діагностики/профілактики та навколишнього середовища, що здійснюється в Блірі. Цей процес відбувається в системі охорони здоров'я.

Результати акредитації мають використовуватися розпорядниками бюджетних коштів – Національною службою здоров'я України – та іншими посадовими особами, відповідальними за фінансування закладів охорони здоров'я з джерел, не заборонених законодавством, для диференційованого підходу до оплати послуг, що надаються акредитованим закладом охорони здоров'я. та пацієнтами – для першочергового вибору закладу охорони здоров'я, який може задовольнити їхні потреби у сфері охорони здоров'я.

Розробкою стандартів акредитації, зокрема вимог до процедур за стандартними методами застосування та заходами безпеки пацієнтів, має займатися незалежний орган, діяльність якого координується з Міністерством охорони здоров'я України, наприклад, взаємодія НСЗУ з Міністерством охорони здоров'я України. До завдань цієї агенції також має входити підготовка експертів з акредитації для всіх типів закладів охорони здоров'я, профілів посад та видів охорони здоров'я. Підготовка експертів має бути спрямована на розвиток їхніх навичок та компетенцій з метою здійснення процесу акредитації за кардинально іншими підходами, а саме:

1) мінімізація бюрократичних процедур для визначення того, що діяльність відповідає вимогам законодавства, що призводить до процедури перевірки відповідності вимогам дозволів;

2) контроль виконання персоналом процедур та догляд за пацієнтами в режимі реального часу;

3) особисте спілкування експертів з пацієнтами (опитування) з метою визначення їх задоволеності перебуванням у цьому закладі охорони здоров'я та результатами (проміжними та остаточними результатами) надання медичної допомоги;

4) особисте спілкування експертів з медичним персоналом (опитування) для оцінки знань і навичок, необхідних для виконання певних процедур за встановленими методиками, алгоритмами, інструкціями тощо.

Стандарти акредитації повинні постійно вдосконалюватися з перевітками не рідше ніж кожні 3 роки, при необхідності частіше.

Наступним інструментом моніторингу якості стоматологічної допомоги є «стандарти медичних технологій, що розроблені відповідно до принципів доказової медицини. Досвід розробки УКМД за нозологічним принципом мультидисциплінарних робочих груп за методичної підтримки фахівців Державного експертного центру МОЗ України засвідчив позитивне ставлення місцевої медичної спільноти безпосередньо в закладах охорони здоров'я до використання цих препаратів. Оскільки результати дослідження показали, що

вони не здатні самостійно адаптуватися до системи охорони здоров'я, в якій проводилося дослідження, на практиці застосовуються міжнародні клінічні рекомендації. Адаптація клінічних рекомендацій, навіть за наявності методики адаптації, розробленої МОЗ України, є складним творчим процесом, що потребує консолідованої участі науковців, лікарів, експертів та перекладачів. Згідно з даними дослідження, спроби запровадити їх у закладах охорони здоров'я, де більшість персоналу складають лікарі, які присвячують більшу частину свого робочого часу наданню медичної допомоги пацієнтам, виявилися неефективними» [89].

Стандартизація медичних технологій в Україні має бути відроджена шляхом подальшої адаптації клінічних настанов, розробки галузевої директиви про недобросовісну комерційну практику для найбільш поширених та найважливіших з точки зору соціальних наслідків захворювань, зокрема захворювань порожнини рота, а також перегляду та оновлення цих документів. Більше п'яти років тому. Особлива увага повинна бути приділена розробці шляху пацієнта, який спрямований на адаптацію різних типів і фаз медичного лікування, його швидкість, безперервність, міждисциплінарність і обсяг.

Розробку та впровадження галузевої УКМД у практику стоматологічних закладів слід довірити не лише мультидисциплінарним робочим групам за методичної підтримки фахівців Державного центру досконалості МОЗ України, а й представникам медичних асоціацій, що спеціалізуються на цих процесах.

Моніторинг адаптації міжнародних клінічних настанов до національних умов може здійснювати одна зі структур МОЗ України, яка вже виконувала ці функції, Державний експертний центр, у співпраці з представниками національних медичних асоціацій у сфері медичних спеціалістів та громадськими асоціаціями пацієнтів.

Локальна адаптація протоколів клінічної допомоги на основі галузевих, маркетингових та епідеміологічних досліджень і пов'язаного з ними поглибленого аналізу даних, розробка клінічних маршрутів лікування пацієнтів вимагає здійснення дослідницьких функцій, створення відповідних

організаційних структур та розподілу ресурсів у закладах охорони здоров'я. Зі стратегічної точки зору це може бути реалізовано шляхом поступового укрупнення та трансформації спеціалізованих медичних служб в академічні клініки як ключовий функціональний та структурний елемент охорони здоров'я. Лікарі в академічних клініках повинні стати професіоналами високого рівня, які практикують свою клінічну професію в тісній співпраці зі своєю дослідницькою діяльністю.

Концептуальний підхід до вдосконалення цього інструменту державного регулювання якості як стандарту систем управління якістю та його подальшої сертифікації полягає в адаптації стандарту до сфери охорони здоров'я. Метою є виготовлення автентичного перекладу та надання офіційного дозволу на використання національної версії у сфері медичної допомоги. Такий підхід сприятиме кращому методологічному забезпеченню [24], а отже, і бажанню керівників закладів охорони здоров'я активніше їх використовувати.

Керівники закладів охорони здоров'я повинні мати певний стандарт здоров'я, щоб надійно налагодити і підтримувати роботу системи управління якістю в підвідомчому закладі.

«Основою національної версії та її умов слід вважати міжнародний стандарт для сфери охорони здоров'я» [24]. Текст цього стандарту повинен бути доповнений анотаціями, що пояснюють конкретні вимоги сектора охорони здоров'я, а детальне пояснення цих вимог має бути надано в додатках до стандарту.

Відмінності між стандартами охорони здоров'я полягають головним чином у необхідності уточнення термінології. Це дозволить директорам закладів охорони здоров'я, аудиторам, радам з іншими наглядовими ролями, медичному персоналу та пацієнтам чітко тлумачити поняття та говорити спільною та зрозумілою мовою про якість медичної допомоги.

Моніторинг та оцінка якості медичної допомоги, зокрема стоматологічної, бажано здійснювати в рамках удосконалених механізмів регулювання якості, але на основі принципу демократизації їх застосування. Зокрема, мають проводитися

планові або позапланові перевірки на відповідність умовам погодження із залученням не лише представників Міністерства охорони здоров'я України, а й представників регіональних органів влади, медичних асоціацій, громадських пацієнтських організацій та засобів масової інформації. Таким чином, процес інспектування буде більш демократичним, а місцеве населення буде краще поінформоване про діяльність установи, що призведе до того, що вони приймуть рішення про додаткові ресурси з власних джерел для місцевої програми профілактики захворювань та зміцнення здоров'я порожнини рота, або обмежити виділення ресурсів, якщо є об'єктивні докази цього, Заклади охорони здоров'я не в змозі виконати взяті на себе зобов'язання. Це матиме функцію мотивації закладів охорони здоров'я надавати кращу медичну допомогу та застосовувати диференційований підхід до пріоритизації фінансування акредитованої та сертифікованої медичної допомоги.

Як свідчать результати дослідження, існує безліч критеріїв якості медичної допомоги, в тому числі і стоматологічної, але в цілому бажано використовувати найбільш актуальні: ефективність, безпеку, своєчасність, доступність, доказовість і орієнтованість на пацієнта (OECD, 2010), що дозволяє виміряти їх відразу:

1) результативність - відсоток пацієнтів, які отримали медикаментозне лікування за медико-технологічними нормами, заснованими на принципах доказової медицини;

2) безпека пацієнта - частота розбіжностей у наданні медичної допомоги, які не повинні були допускатися, і частота профілактичних заходів, кількість яких може бути зменшена більш економічно ефективними методами діагностики та лікування;

3) орієнтація на пацієнта: визначається задоволеністю пацієнта дослідженнями та включає складність медичної (стоматологічної) допомоги порівняно з випадками безперервної, послідовної та комплексної допомоги, адаптованої до потреб пацієнта.

Ці критерії мають стати основою для якісних втручань у закладах охорони

здоров'я всіх профілів, зокрема стоматологічної допомоги, та для моніторингу прогресу на шляху до вищого рівня якості. Однак для цього потрібні зусилля медичних центрів та інших установ.

Міністерство охорони здоров'я України має бути визнано координатором діяльності установ та галузей на державному рівні, залучених до реалізації Загальнодержавної програми зміцнення та відновлення здоров'я населення, зокрема порожнини рота, на регіональному рівні (компетентні служби охорони здоров'я) та на місцевому рівні (медичні послуги органів управління ТЗ). У закладах охорони здоров'я координаційні завдання мають бути делеговані на операційному рівні представнику управління якістю закладу або одному з віцепрезидентів, а на стратегічному рівні – медичній консультативній раді закладу охорони здоров'я.

У зв'язку із запропонованими змінами до стандартів акредитації, очікується, що діяльність з підготовки закладів охорони здоров'я до акредитації та перевірки відповідності вимогам акредитації буде майже постійною. З цією метою незалежний орган з акредитації має стати ключовим пунктом для визначення порядку акредитації, навчання та направлення профільних фахівців до закладів охорони здоров'я певного типу та профілю охорони здоров'я шляхом проведення екстрених перевірок або підтримки стандартів акредитації у вже акредитованих закладах. подання звітності з метою присвоєння або верифікації категорії акредитації. Акредитація. Це призводить до постійного моніторингу та оцінки дотримання клінічних протоколів охорони здоров'я, розроблених відповідно до принципів доказової медицини та заходів безпеки пацієнтів зовнішніми експертами.

«Моніторинг та оцінка системи управління якістю стоматологічної продукції в закладах охорони здоров'я повинні здійснюватися на всіх рівнях управління (самоуправління; супервізор - моніторинг і оцінка складових процесу; керівник установи - оцінка системи менеджменту) в рамках виконання вимог» [24] з урахуванням методологічної складової, зазначеної в [76]. Індивідуальна система догляду вдома завдяки автентичному перекладу.

Моніторинг та оцінка повинні стати інструментами зворотного зв'язку в системі управління якістю стоматології, поряд із внутрішніми аудитами та різними методами для розуміння задоволеності пацієнтів стоматологією.

У разі невдачі в закладі охорони здоров'я вводиться медична юридична діяльність для офіційного розслідування причин і вжиття заходів щодо запобігання рецидиву. До числа фахівців даного закладу охорони здоров'я бажано віднести фахівців інших закладів охорони здоров'я, представників медичних асоціацій та громадських асоціацій пацієнтів. Залежно від складності питання, керівні органи об'єднаних регіонів створюватимуть експертні групи з питань охорони здоров'я та медичних послуг у разі необхідності.

Медична рада закладу охорони здоров'я виконує функції колегіального органу прийняття рішень для планування, організації, координації діяльності, моніторингу та оцінки якості стоматологічної допомоги та її вдосконалення. З цією метою до складу Медичної ради входять представники всіх структурних підрозділів закладу охорони здоров'я, представники медичних асоціацій, обласних асоціацій пацієнтів та органів місцевого самоврядування, всупереч практиці утворення Медичної ради з обмеженого кола осіб, які фактично складають керівництво закладу. Це підтверджують результати дослідження.

Функція управління підвищенням якості в галузі охорони здоров'я відповідно до вимог стандарту системи менеджменту якості полягає у проведенні коригувальних дій за результатами моніторингу, аудиту (внутрішнього, зовнішнього) та впровадження інновацій, тобто абсолютно нових технологій. Вони можуть мати організаційний, фінансовий, матеріально-технічний, освітній, освітній, цифровий та інший характер, на відміну від тих, що є результатом результатів досліджень (використання нових медичних виробів та лікарських засобів).

Концептуальна, функціональна та організаційна модель системи менеджменту якості стоматології представлена на рисунку 3.1.

3.2. Особливості концептуального підходу до формування моделі приватної стоматологічної клініки

Концептуальний підхід до створення клініки полягає у визначенні її стратегічної діяльності відповідно до принципу та статуту з метою досягнення лідируючих позицій в Україні та світі на ринку стоматології, на основі впровадження нових технологій, управління процесами організації та безпосереднього надання стоматологічної допомоги. При цьому досягнення лідерства було нерозривно пов'язане з якісною політикою клініки, яка поширюється на всі процеси надання стоматологічної допомоги, підбору та навчання персоналу, маркетингових досліджень.

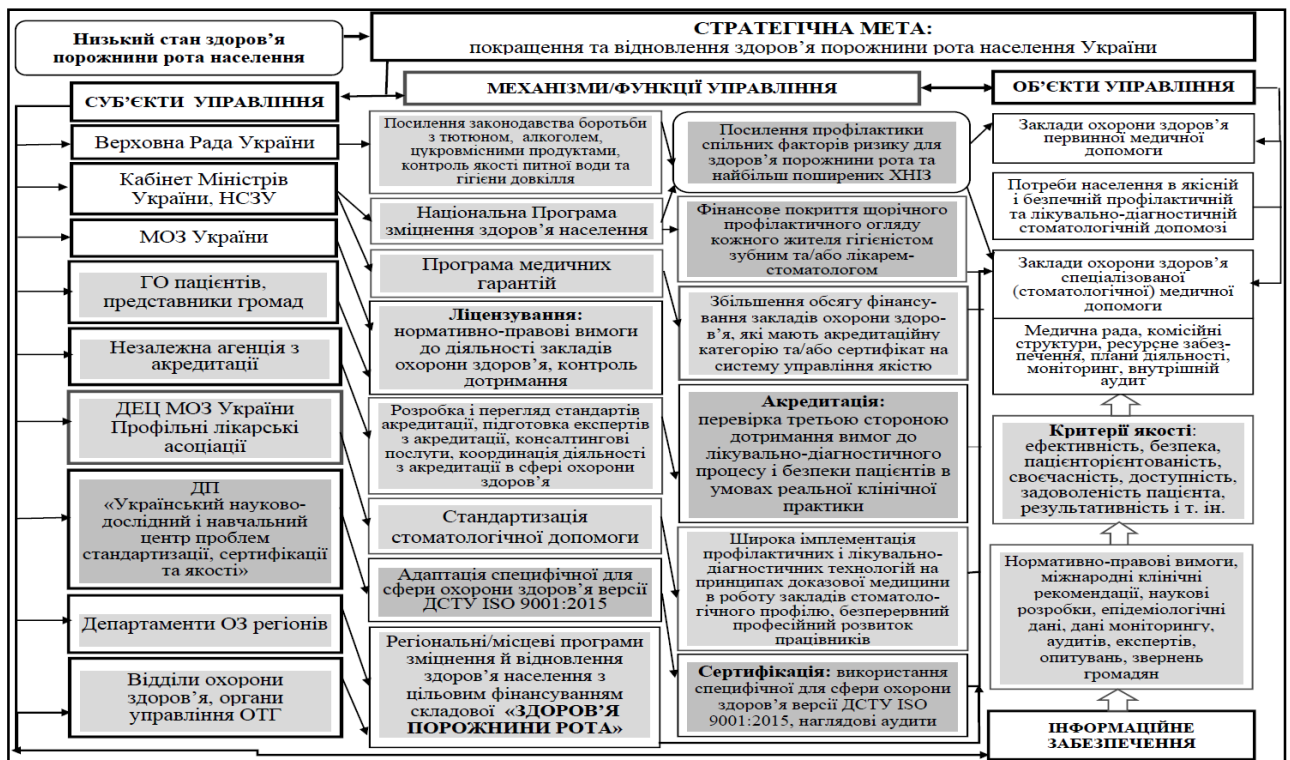


Рис. 3.1. Концептуальна, функціональна та організаційна модель системи менеджменту якості стоматології

Примітка: Створено автором

При такому підході основою реалізації самої стратегії є якість, визначенням її цілей і мети є:

- «організація системи відповідно до вимог якості;
- впровадження міжнародних стандартів якості ISO 9001:2015;

- забезпечити прозорість процесів, що відбуваються в клініці;
- виконувати вимоги всіх обов'язкових нормативних і нормативних документів, що застосовуються до діяльності та послуг клініки;
- взаємовигідне партнерство
- максимальне задоволення зростаючих потреб споживачів в якості обслуговування;
- залучення персоналу клініки до управління якістю на основі мотивації та організації навчання;
- підвищення добробуту та соціального захисту персоналу клініки» [76].

При такому підході клініці було доцільно взяти на себе відповідальність за:

- дотримання цінової політики клініки;
- фінансові, кадрові, матеріально-технічні ресурси персоналу для реалізації політики в області якості;
- постійне вдосконалення політики та цілей клініки відповідно до вимог якості стоматологічної допомоги;
- постійне підвищення ефективності системи менеджменту якості.

Відповідно до розроблених нами правил клініки, основними завданнями є наступні:

- своєчасне, якісне та комплексне надання стоматологічної допомоги населенню в галузі терапії, ортопедії, пародонтології, ортодонції, ортопедії та імплантації, а також дитячої стоматології;
- забезпечити впровадження нових прогресивних технологій і різних методів дослідження в стоматології;
- раціональна організація діяльності зацікавлених відділень (терапевтичного, ортопедичного, хірургічного, рентгенологічного, фармацевтичного, приймального).

Загальна концептуальна схема завдань клініки дозволила диференційовано підійти до визначення різних функцій для кожної з них. Особливо, якщо мова йде про надання стоматологічної допомоги, основними з

них є:

- якісна, якісна стоматологічна допомога з різноманітними заходами з використання сучасного та терапевтичного спеціального стоматологічного обладнання та матеріалів;

- комплексний підхід до лікування з консультаціями в присутності всіх лікарів, які беруть участь в даному клінічному випадку, з метою максимально виключити можливі помилки і надати пацієнту максимально ефективну допомогу;

- чітке дотримання інструкції виробника по застосуванню матеріалів;

- постійне професійне підвищення кваліфікації лікарів для підвищення якості надання медичної допомоги;

- передбачуваний і уважний індивідуальний підхід до персоналу для кожного пацієнта, що створює комфорт.

Що стосується функції забезпечення впровадження нових прогресивних стоматологічних технологій, то її реалізація планувалася і здійснювалася шляхом постійного моніторингу виконання стоматологічних процедур в сучасному світі, використання в роботі досвіду зарубіжних фахівців, залучення учасників до тематичних тренінгів, курсових заходів, лекцій з актуальних питань сучасної стоматології і т.д. (рис. 3.2).

Головним у створенні умов для належного функціонування медичного персоналу у відділеннях (елементах) клініки згідно з посадовими інструкціями є контрольна функція директора.

В основу моделі якісно нового приватного стоматологічного закладу в Україні з комплексним обслуговуванням протягом усього циклу лягло визначення концептуальних підходів до освіти, усвідомлення конкурентоспроможності клініки в умовах раціонального управління якістю послуг, регулювання відносин з пацієнтами, застосування принципів внутрішнього та зовнішнього стоматологічного маркетингу та формування свого іміджу з метою задоволення потреб пацієнтів у якісній стоматологічній допомозі Якість на сучасному рівні.

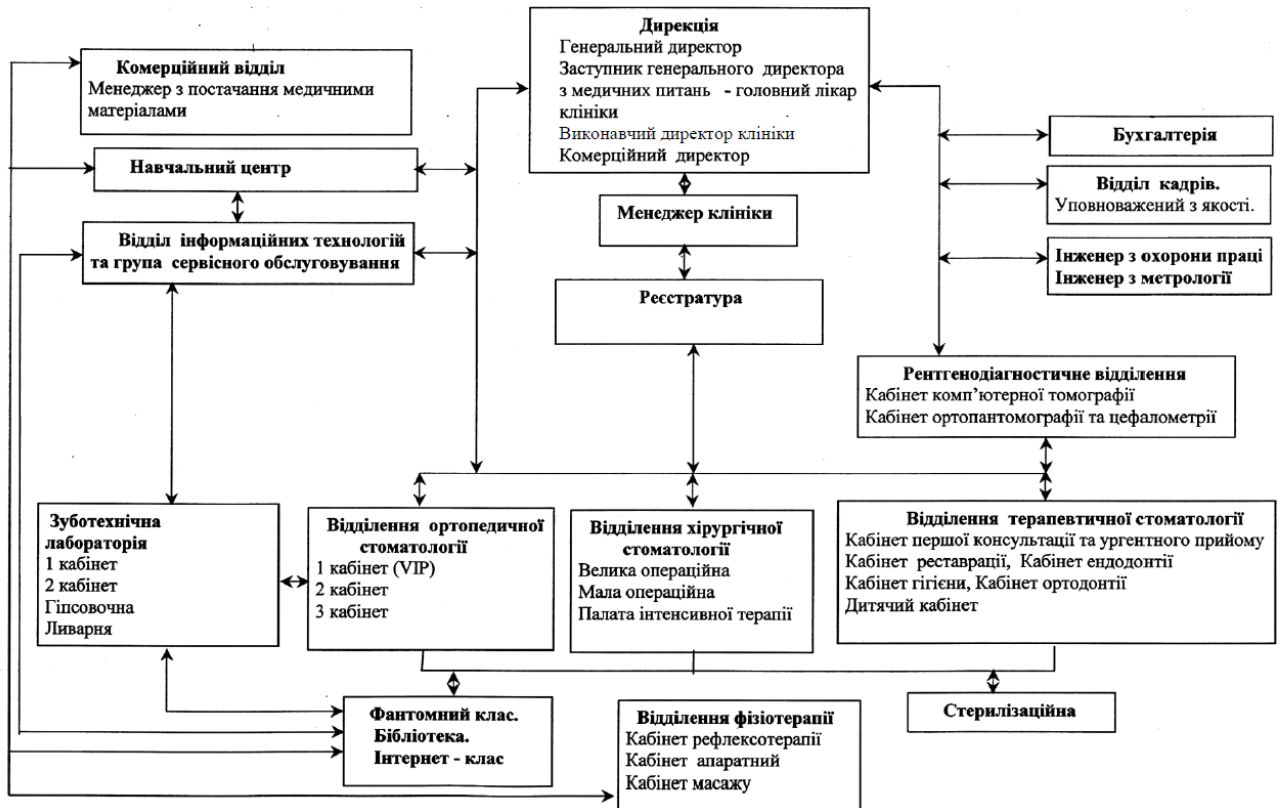


Рис. 3.2. Функціональна та організаційна модель майбутньої стоматологічної клініки M-Dental

Примітка: Створено автором

Тому теоретичні засади концептуальних підходів та положень Статуту медичної стоматології вимагають створення набагато потужнішої підсистеми – своєї клініки, яка відповідатиме сучасним європейським стандартам, а не традиційної підсистеми приватного стоматологічного закладу.

У цих умовах пріоритетним завданням було органічне поєднання традиційних елементів стоматології в єдину систему, тобто майбутню клініку, з якісно новими елементами, яких не вистачає приватним стоматологічним установам України і які лягли в наукову основу функціонально-організаційної моделі стоматології М. які повинні формуватися поступово. У повному вигляді він показаний на рис. 3.3.

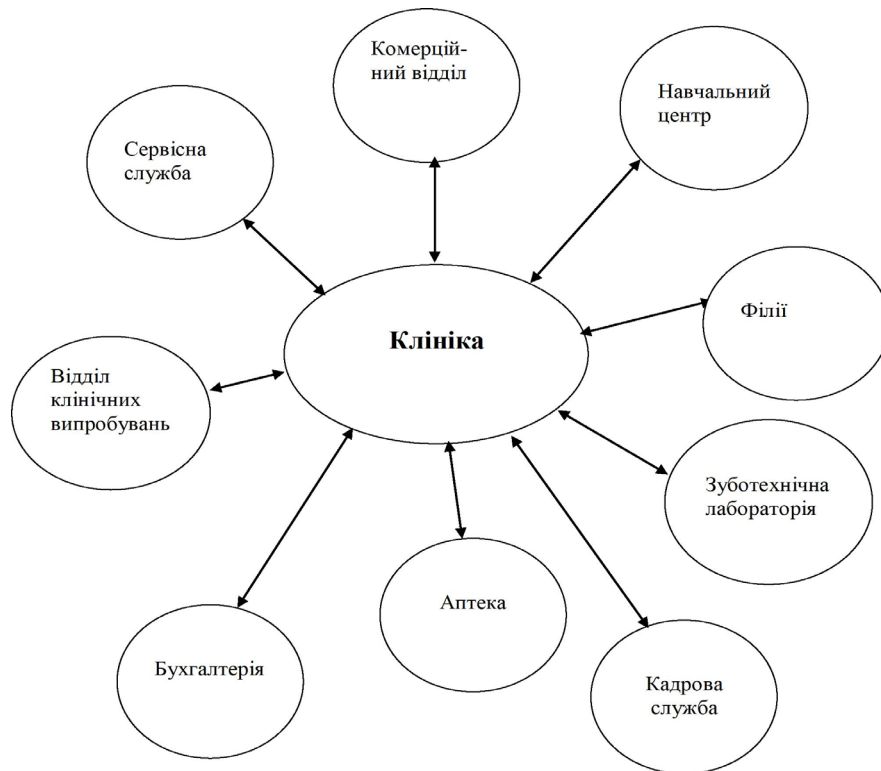


Рис. 3.3. Модель клініки M-dental як системи

Примітка: Створено автором

Як показано на рисунку 3.3, приватна стоматологія M-Dental складається з двох підсистем: традиційної системи стоматологічної практики (терапевтична, хірургічна та ортопедична стоматологія, рентгенологічне відділення, зуботехнічна лабораторія та стерилізаційна) та нової якісної системи (ортодонтія, пародонтологія, імплантологія та дитячі кабінети, відділення клінічних досліджень тощо). гігієна та профілактика, гастрономія, нетрадиційна стоматологія та фізіотерапія, косметика та клініки), які взаємодіють функціонально.

Функціональне поєднання і взаємодія між традиційними і новими елементами клініки як системи надасть їй нових інтегративних якостей. У той час як традиційні представляють основний лікувальний процес, нові сприятимуть розширенню асортименту своєї продукції, тобто впровадженню нових видів стоматології відповідно до потреб пацієнта, за рахунок діяльності тренажерного залу, майже безперервної перепідготовки лікарів-стоматологів та підготовки нових типів фахівців стоматологічної сфери. раніше був відсутній в

Україні.

Однак практика показала, що навчених на початковому етапі потужностей клініки буде недостатньо для досягнення головної концептуальної мети: впровадження комплексної стоматології. Тому другий етап був присвячений розширенню за рахунок встановлення додаткових стоматологічних крісел та відкриття зуботехнічної лабораторії з широким асортиментом протезів. Аналіз діяльності клініки в динаміці показує, що перші відділення з етапу найнеобхіднішого навчання стали унікальними структурами української стоматології, яка дуже сильна за якістю.

Можливість проведення технічних робіт безпосередньо в лабораторії клініки дозволяє індивідуально підбирати колір і анатомічну форму зубів. Доступність найсучасніших матеріалів, серед яких кераміка на основі золота або титану, а також пресована кераміка та безметалевий цирконій, забезпечує бездоганну точність та можливість враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта в роботі, особливо це стосується протезів на імплантатах. А вся робота артикулятора ЗРК вселяє впевненість у результаті.

Слід зазначити, що створення клініки супроводжувалося одночасним відкриттям відділення для проведення клінічних досліджень, що не характерно для традиційних приватних стоматологічних установ, як це відбувається з деякими великими європейськими стоматологічними установами.

Відділ продажів повинен мати власний сервісний центр з гарантійного та післятехнічного обслуговування обладнання, технічні фахівці якого повинні пройти спеціальне навчання, в тому числі і за кордоном, і обов'язково повинні мати сертифікати від виробників на право ремонту техніки.

В рамках комерційного відділу має бути створено стоматологічний репозиторій, який забезпечить українські стоматологічні установи та зуботехнічні лабораторії повним спектром необхідного обладнання та матеріалів провідних вітчизняних та зарубіжних виробників, а також матиме повний спектр витратних матеріалів, інструментів, засобів гігієни, стерилізації та дезінфекції.

У відділенні хірургічної та парадентохірургії, яка повинна мати власну

операційну, є кабінет для догляду за прооперованими хворими, операційна та кімната для анестезіологічного відділення, повноцінного лікування захворювань тканин пародонту, всіх видів дентальної імплантації та хірургічних процедур для реконструкції кісток та м'яких тканин при підготовці до імплантації та подальшого протезування.

Ортодонтична практика повинна надавати допомогу як дорослим, так і дітям, а однією з інструкцій з ортодонтичного лікування має бути використання лінгвістичних або «невидимих» пристосувань, а також технології Iruisia і ряду пристосувань, що дозволяють виправити прикус без допомоги пломб. У співпраці з хірургами повинна бути проведена пластика лінії ясен, вуздечки губ і язика, «розкриття» зубів, які не прорізалися, установка ортодонтичних імплантатів і міні-імплантів.

Збільшення кількості пацієнтів, які потребують ендодонтичного лікування, в останні роки призвело до відкриття ендодонтичної практики, оснащеної найсучаснішими стоматологічними технологіями. Основна мета лікаря-ендодонтиста – видалити інфекції з кореневої системи зубів шляхом лікування кореневих каналів, навіть «зневірених» зубів.

У їдальні, завдяки використанню новітніх технологій реставрації, ресторатор повинен відновити зламані або гнилі зуби і повернути їм первісний вигляд, повторюючи анатомічну будову зубів, колір, прозорість і функціональність натуральних зубів.

В альтернативній стоматології необхідно буде використовувати метод рефлексотерапії (голковколювання) для премедикації та наркозу, а також для лікування, наприклад, періодонтиту, обумовленого захворюваннями ендокринної та кісткової систем, органів травлення та інших, що служить доповненням до традиційних методів лікування.

У косметичній практиці, крім традиційного догляду, переважає застосування контурної пластики ін'єкціями препаратів на основі агарози і гіануранідази, як допоміжний засіб в боротьбі з мімічними зморшками, що дозволяє виправити асиметрію м'яких тканин і надовго відкласти пластичну

операцію. а також досягти повного естетичного результату завдяки спільній роботі косметолога та стоматолога.

У кабінеті гігієни стоматолог-гігієніст повинен підбирати для пацієнта засоби гігієни та догляду за порожниною рота, виходячи з клінічного випадку, і вивчити правила використання. Основний принцип їх роботи полягає в турботі про пацієнта на всіх етапах лікування і після його завершення.

Особливістю пропонованої дитячої стоматологічної консультації є індивідуальний підхід дитячого стоматолога до лікування стоматологічних захворювань у дітей в залежності від віку, стадії розвитку зубів, використання відповідних матеріалів і залучення педіатра і психолога, а основний акцент повинен бути зроблений на ряд профілактичних заходів, які забезпечать повноцінне функціонування дитини зубощелепної системи, і попередять появу стоматологічного захворювання в ранньому віці.

Діяльність сектору підпадає під дію сертифікату якості ISO 9001:2015.

В оглядовій таблиці вказані основні напрямки діяльності та потужності процедурних кабінетів клініки M-Dental.

Поступове збільшення потужностей дозволить структурувати клініку як систему, що складається з п'яти підсистем: чотирьох відділень (терапевтичного, хірургічного, ортопедичного, рентгенологічного) та зуботехнічної лабораторії. Взаємодія цих клінічних підсистем забезпечує терапевтичну, хірургічну, паровидологічну, ортопедичну, ортодонтичну, імплантологічну, невідкладну та планову допомогу, супровід у дитячій стоматології та радіологічній діагностиці.

Тому запропонована модель стоматологічної клініки M-Dental спрямована на досягнення найважливішого результату: максимального задоволення пацієнта якісною стоматологічною допомогою.

Таблиця 3.1

Основні напрямки діяльності та місткість процедурних кабінетів

Кабінет	Напрямок діяльності	Можливості
1	2	3
Рентгенівської ортопантомографії та цефалометрії	Високотехнічна діагностика Високоякісна телерентгенографія	Цифровий ортопантомограф в десятки разів зменшує променеве навантаження проти звичайних апаратів
Дентальної і комп'ютерної томографії	Високотехнічна діагностика Короткий період обстеження	Низьке променеве навантаження
Стерилізації	Попередження ризику передання інфекції під час лікування, виконання програм «АнтиСНІД» та «Антигепатит»	Контроль якості стерилізації за допомогою комп'ютера та спеціальних індикаторів
Зуботехнічний	Виготовлення широкого асортименту зубопротезних виробів та частин імплантантів Виконання робіт в артикуляторі	Литво з золото-платинових сплавів, титану; виконання замовлень інших стомат. закладів Тернополя і індивідуальний підбір кольору та анатомічної форми зубів
Гігієни	Супровід пацієнта на всіх етапах лікування та після його завершення	Індивідуальний підбір засобів гігієни та навчання догляду за ротовою порожниною
Реставрації	Відновлення зруйнованих (вражених) карієсом зубів за новітніми реставраційними технологіями	Повернення зубів до функціонального та естетичного вигляду
Ортодонтичний	Виправлення патології прикусу, зубо-щелепних деформацій та аномалій положення зубів	Виправлення прикусу без брекетів або за допомогою лінгвальних брекетів, відкриття (разом з хірургами) непрорізаних зубів, встановлення міні-імплантантів
Хірургії та парадонтології	Комплексне лікування захворювань тканин парадонту	Усі види зубних імплантацій та відповідних оперативних втручань на тканинах парадонту
Ендодонтії	Усунення інфекцій в кореневій системі зубів	Використання мікроскопу, трьохмірна obturaція корневих каналів
Дитячої стоматології	Лікування та профілактика стоматологічних захворювань у дітей	Забезпечення повного функціонування зубощелепної системи дитини
Нетрадиційної стоматології	Анестезія методом рефлексотерапії (голковколювання), лікування нейростоматологічних захворювань	Доповнення традиційних методів лікування
Косметологічний	Позбавлення мімічних зморшок	Відсушення терміну пластичної операції, поліпшення естетичного результату протезування

Примітка: Створено автором

Висновки до розділу 3

Доведено, що передумовами медико-соціальної бази та розробки концептуальної, функціональної та організаційної моделі системи менеджменту якості стоматології є активний розвиток механізмів регулювання якості в охороні здоров'я на міжнародному рівні та їх стагнація в Україні: ліцензії, акредитація, медична стандартизація, сертифікація систем управління якістю. Іншими аргументами на користь обґрунтування та розвитку моделі були неправомірний вплив адміністрації на ці механізми, нечіткий розподіл нормативів якості відповідно до них, недостатнє методичне забезпечення стандартів системи менеджменту якості, відсутність механізмів мотивації закладів охорони здоров'я проходити акредитацію та сертифікацію.

Закладено медико-соціальний фундамент та розроблено функціонально-організаційну концептуальну модель системи управління якістю стоматології, відповідні складові якої можуть бути застосовані до державних, галузевих, регіональних, місцевих та закладів охорони здоров'я незалежно від профілю діяльності та виду надання медичної допомоги. на основі глибокого наукового аналізу теорії та практики глобального управління якістю, програмних документів ВООЗ, ОЕСР, Джакартської декларації про зміцнення здоров'я у 21 столітті, результатів власних досліджень

Необхідно враховувати основні відмінності запропонованої моделі: соціальна спрямованість на задоволення потреб населення у зміцненні та відновленні здоров'я порожнини рота; посилення профілактики захворювань порожнини рота населення на законодавчому рівні; чітке розмежування вимог до управління якістю між вимогами до акредитації, стандартами акредитації, стандартами медичних технологій та стандартами систем управління якістю; запровадження елементів демократичного управління якістю шляхом залучення медичних асоціацій, неурядових пацієнтських організацій та представників громадськості до процедур визнання та акредитації; Підвищення публічності фінансування акредитованих та сертифікованих медичних послуг.

Великим досягненням у вдосконаленні методичного забезпечення системи менеджменту якості стоматології стало розробка та впровадження конкретного стандарту «ДСТУ ISO 9001:2015 для охорони здоров'я» завдяки чіткому визначенню критеріїв якості стоматології, підґрунтя для формування показників якості як інструменту управління ефективним управлінням клінічними процесами та іншою діяльністю у сфері охорони здоров'я. Заклад охорони здоров'я.

Концептуальний підхід до створення приватної стоматологічної структури за європейським зразком у м. Тернополі нового закладу, якого раніше не існувало в Україні, клініки «M-Dental Dentistry», полягав у тому, щоб відвести їй роль закладу, який би надавав повний спектр відомих послуг у сучасній стоматології, створював систему безперервного знання про досягнення світової стоматології та новітні розробки. Технології, впровадження яких забезпечить конкурентоспроможність компанії на ринку стоматології.

Відведення чільного місця в структурі стоматології М клініці, основним завданням якої є повне надання стоматологічної допомоги в повному циклі, зажадало наукового обґрунтування їх моделі, в основу якої лягло органічне поєднання в системі традиційних елементів стоматології (терапевтичних, хірургічних, ортопедичних послуг) та рентгенології, зуботехнічної лабораторії, стерилізації) з новими, яких не вистачає в приватних стоматологічних закладах України (ортодонція, пародонтологія, педіатрія, гігієна та профілактика, реставрація, нетрадиційна медицина, косметика), свідомо взаємодія яких з традиційними елементами та якісно новими властивостями інтегровані в досягнення головної мети.

Доведено, що особливістю впровадженої в клініці системи управління якістю надання стоматологічних послуг є те, що виробники високоякісної стоматологічної продукції залучаються на ринок України, оснащуючи себе найсучаснішим стоматологічним обладнанням, розширюючи спектр послуг за результатами маркетингових досліджень вимог пацієнтів та впроваджуючи міжнародні стандарти ISO 9001: Серія 2015 року, модель догляду за пацієнтами,

яка, на відміну від інших приватних закладів, вимагає укладення з ними договорів на лікування, їх інформованої згоди на медичні втручання, які дотримуються постулатів правового захисту пацієнтів, а також розробки та впровадження комп'ютерної програми «1С: Стоматологія», що в сукупності сприяло формуванню іміджу клініки ха.

Запропонована та впроваджена функціонально-організаційна концептуальна модель системи менеджменту якості стоматології була високо оцінена висококваліфікованими незалежними експертами за п'ятибальною шкалою: для соціальної складової: $5,0 \pm 0,0$ бала, для медичної складової: $4,75 \pm 0,44$ бала, для економічної складової: $4,30 \pm 0,57$ бала, що підтверджує її потенційні можливості та дозволяє використовувати для подальшого впровадження у сфері охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

Незадовільний стан гігієни порожнини рота та фактори ризику, що його викликають, визначають потреби населення в стоматологічній допомозі, а використання стоматологічних технологій з невеликою доказовістю та високим ризиком ускладнень у стоматології висуває вимоги до якості цих послуг. Сьогоднішні вимоги до якості вимагають клінічно ефективної, безпечної, орієнтованої на пацієнта та доступної медичної допомоги.

Україна має міцну законодавчу базу регулювання якості медичної допомоги, яка включає всі міжнародні механізми забезпечення якості: умови ліцензування медичної практики, акредитацію закладів охорони здоров'я, сертифікацію систем управління якістю, стандартизацію медичних технологій. Ці механізми слабо розвинені і не мотивують, оскільки спонукають заклади охорони здоров'я гарантувати лише мінімальний рівень якості.

Світовий досвід підвищення якості медичних послуг підтвердив можливість застосування в закладах охорони здоров'я вимог міжнародного стандарту ISO 9001 версії 2000 року. Сертифікація систем менеджменту якості допомагає продемонструвати споживачам високу якість медичної допомоги. В Україні дуже мало закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу з сертифікованими системами управління якістю, які відповідають вимогам універсального національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015.

Результати теоретичного дослідження підтвердили актуальність наукових досліджень щодо концептуальної моделі більш ефективного використання відомих механізмів управління якістю з урахуванням особливостей стоматології, які користуються високим попитом як серед постачальників, так і серед споживачів. Це можуть бути моделі, засновані на вимогах стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, придатні для закладів охорони здоров'я, та оновлені компоненти інших механізмів управління якістю.

Збереження здоров'я зубів населення України є важливою складовою системи охорони здоров'я та потребує додаткових заходів з реформування та

впровадження профілактичних програм.

Стоматологія «М-Дентал» заснована в 2011 році і проводить стоматологічне лікування. Лікування зубів відповідає всім критеріям, на найкращому обладнанні з-за кордону та лише на якісних матеріалах.

З'ясовано, що із середнім балом $9,5 \pm 0,1$ загальної оцінки якості обслуговування, чистоти та комфорту клініки, зручності способу оплати та гарантії, яку надає договір між споживачем стоматології та закладом, знання та навички лікарів, Ваші профілактичні консультації та дотримання персоналом конфіденційності обслуговування пацієнтів були оцінені 10 балами. На середньому рівні показника ($9,5 \pm 0,1$) вивчався термін перебування лікаря в консультації, а також знання і навички лікуючих лікарів. При цьому показники пацієнтів за доступністю медичних роз'яснень ($9,3 \pm 0,2$), зручністю перебування в клініці ($9,2 \pm 0,2$), професіоналізмом адміністраторів ($9,1 \pm 0,3$) та простотою системи запису ($9,0 \pm 0,3$) були дещо нижчими.

Тобто, якщо пацієнти в цілому задоволені якістю стоматологічних послуг, що надаються в клініці, то увага адміністрації була необхідна для поліпшення способу роботи, особливо системи запису, а також для підвищення знань і навичок асистентів, лікарів, професіоналізму адміністраторів і наявності медичних довідок.

Отримані дані стали основою для вдосконалення моделі догляду за пацієнтами, яку ми пропонуємо. Для того, щоб досягти найвищого рівня задоволеності діяльністю клініки, необхідно було запровадити золоте правило для персоналу: пацієнт завжди повинен знаходитися в центрі допомоги, а персонал, кожен на своєму місці, повинен мати необхідну інформацію про своє відділення професійно: на якому етапі лікування перебував пацієнт, на які додаткові питання слід відповісти, на чому і коли слід зосередитися?

Доведено, що передумовами медико-соціальної бази та розробки концептуальної, функціональної та організаційної моделі системи менеджменту якості стоматології є активний розвиток механізмів регулювання якості в охороні здоров'я на міжнародному рівні та їх стагнація в Україні: ліцензії,

акредитація, медична стандартизація, сертифікація систем управління якістю. Іншими аргументами на користь обґрунтування та розвитку моделі були неправомірний вплив адміністрації на ці механізми, нечіткий розподіл нормативів якості відповідно до них, недостатнє методичне забезпечення стандартів системи менеджменту якості, відсутність механізмів мотивації закладів охорони здоров'я проходити акредитацію та сертифікацію.

Закладено медико-соціальний фундамент та розроблено функціонально-організаційну концептуальну модель системи управління якістю стоматології, відповідні складові якої можуть бути застосовані до державних, галузевих, регіональних, місцевих та закладів охорони здоров'я незалежно від профілю діяльності та виду надання медичної допомоги. на основі глибокого наукового аналізу теорії та практики глобального управління якістю, програмних документів ВООЗ, ОЕСР, Джакартської декларації про зміцнення здоров'я у 21 столітті, результатів власних досліджень

Необхідно враховувати основні відмінності запропонованої моделі: соціальна спрямованість на задоволення потреб населення у зміцненні та відновленні здоров'я порожнини рота; посилення профілактики захворювань порожнини рота населення на законодавчому рівні; чітке розмежування вимог до управління якістю між вимогами до акредитації, стандартами акредитації, стандартами медичних технологій та стандартами систем управління якістю; запровадження елементів демократичного управління якістю шляхом залучення медичних асоціацій, неурядових пацієнтських організацій та представників громадськості до процедур визнання та акредитації; Підвищення публічності фінансування акредитованих та сертифікованих медичних послуг.

Великим досягненням у вдосконаленні методичного забезпечення системи менеджменту якості стоматології стало розробка та впровадження конкретного стандарту «ДСТУ ISO 9001:2015 для охорони здоров'я» завдяки чіткому визначенню критеріїв якості стоматології, підґрунтя для формування показників якості як інструменту управління ефективним управлінням клінічними процесами та іншою діяльністю у сфері охорони здоров'я. Заклад охорони

здоров'я.

Концептуальний підхід до створення приватної стоматологічної структури за європейським зразком у м. Тернополі нового закладу, якого раніше не існувало в Україні, клініки «M-Dental Dentistry», полягав у тому, щоб відвести їй роль закладу, який би надавав повний спектр відомих послуг у сучасній стоматології, створював систему безперервного знання про досягнення світової стоматології та новітні розробки. Технології, впровадження яких забезпечить конкурентоспроможність компанії на ринку стоматології.

Відведення чільного місця в структурі стоматології М клініці, основним завданням якої є повне надання стоматологічної допомоги в повному циклі, зажадало наукового обґрунтування їх моделі, в основу якої лягло органічне поєднання в системі традиційних елементів стоматології (терапевтичних, хірургічних, ортопедичних послуг) та рентгенології, зуботехнічної лабораторії, стерилізації) з новими, яких не вистачає в приватних стоматологічних закладах України (ортодонція, пародонтологія, педіатрія, гігієна та профілактика, реставрація, нетрадиційна медицина, косметика), свідомо взаємодія яких з традиційними елементами та якісно новими властивостями інтегровані в досягнення головної мети.

Доведено, що особливістю впровадженої в клініці системи управління якістю надання стоматологічних послуг є те, що виробники високоякісної стоматологічної продукції залучаються на ринок України, оснащуючи себе найсучаснішим стоматологічним обладнанням, розширюючи спектр послуг за результатами маркетингових досліджень вимог пацієнтів та впроваджуючи міжнародні стандарти ISO 9001: Серія 2015 року, модель догляду за пацієнтами, яка, на відміну від інших приватних закладів, вимагає укладення з ними договорів на лікування, їх інформованої згоди на медичні втручання, які дотримуються постулатів правового захисту пацієнтів, а також розробки та впровадження комп'ютерної програми «1С: Стоматологія», що в сукупності сприяло формуванню іміджу клініки ха.

Запропонована функціонально-організаційна концептуальна модель

системи менеджменту якості стоматології була високо оцінена висококваліфікованими незалежними експертами за п'ятибальною шкалою: для соціальної складової: $5,0 \pm 0,0$ бала, для медичної складової: $4,75 \pm 0,44$ бала, для економічної складової: $4,30 \pm 0,57$ бала, що підтверджує її потенційні можливості та дозволяє використовувати для подальшого впровадження у сфері охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р., Демків І. О. Удосконалення системи менеджменту в органах місцевого самоврядування на прикладі управління розвитком локальних інтегрованих структур. *Академічні візії*. 2023. Вип 16. URL: <https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/403>.
2. Августин Р. Р., Демків І. О. Модернізація громадської інституційно-організаційної системи менеджменту в сфері розвитку внутрішнього ринку. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія економічна. Серія юридична*. 2023. Вип. 36. С. 322-327.
3. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>.
4. Августин Р. Р., Стахів О. В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2023. № 37. С. 13-21.
5. Августин Р., Демків І. Засоби стимулювання розвитку малого бізнесу як чинника подолання депресивності віддалених населених пунктів територіальних громад. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2023. Вип 3, С. 151-155.
6. Безродна С. М. Управління якістю: навч. посіб. для студентів економічних спеціальностей. Чернівці: ПБКФ «Технодрук», 2017. 174 с.
7. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я. *Електронний журнал Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 4. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/4_2018/3.pdf
8. ВІЛ- інфекція у дорослих та підлітків. *Клінічна настанова, заснована на доказах*, 2018. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/2018_10_19_KN_VIL_.pdf
9. Віленський А. Б. Сучасний стан та перспективи розвитку державного регулювання акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 6. С. 61 - 65. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/6_2018/15.pdf

10. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
11. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008-2022 роки: довідник. Кропивницький: Поліум, 2022. 143 с.
12. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Круть А. Г., Горачук В. В. Категорія якості в сфері охорони здоров'я: трансформація поняття. Здоров 'я суспільства. 2019. Т. 8, № 1. С. 1 - 6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_1-2_4; <https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive>.
13. Гаврилюк І.В. Розвиток персоналу лікувальних закладів як фактор конкурентоспроможності. URL: <http://archive.nbuv.gov.ua>
14. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2015. С. 231 - 239.
15. Глебова А. О. Карчевський Б. О. Системи управління якістю на підприємстві в умовах євроінтеграційних процесів. Глобальні та національні проблеми економіки: електронне фах. вид. Миколаїв, 2015. № 8. С. 352 - 356. URL: <http://global-national.in.ua/issue-8-2015/16-vipusk-8-listopad-2015-r/1450-glebova-a-o-karчевskij-b-o-sistemi-upravlinnya-yakisty-na-pidpriemstvi-v-umovakh-evrointegratsijnikh-protsesiv>
16. Гненний М. В. Мотивація персоналу в системі менеджменту якості [Електронний ресурс] / М. В. Гненний // Вісник економіки транспорту і промисловості. - 2017. - № 58 (спец. вип.). - С. 257-259. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vetp_2017_58__144
17. Даниленко Л.І. Концептуальні засади підготовки медичних та керівних кадрів охорони здоров'я України в сучасних умовах. / Л. І. Даниленко // Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи.– К.: Логос, 2011.– Вий. 4.– С. 69-79.
18. Демків І. О. Гнучкість підприємства як засіб досягнення його конкурентоспроможності. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки». 2011. № 6 (51), ч. 2. С. 164 –

168.

19. Демків І. Теоретичні засади гнучкості підприємства як засобу забезпечення його конкурентоспроможності: виробничо-управлінський аспект. Наука молода: зб. наук. праць молод. вчених Терноп. нац. екон. унту. Тернопіль: Економічна думка, 2010. № 14. С. 20-25. 224.
20. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02>
21. ДСТУ ISO 19011:2012. Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління. URL: http://m.tntu.edu.ua/storage/pages/00000651/dstu19011-2012_audytory.pdf
22. ДСТУ ISO 9000:2007 (ISO 9000:2005, IDT). Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів К.: Держспоживстандарт України, 2008. 34 с.
23. ДСТУ ISO 9001:2009 (ISO 9001:2008, IDT). Системи управління якістю. Вимоги. URL: <http://nads.gov.ua/control/uk/index>
24. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги. URL: <http://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf>
25. ДСТУ IWA 1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я (IWA 1:2005, IDT). URL: <https://www.twirpx.com/file/1551270/>
26. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.
27. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2020 рік. URL: http://moz.gov.Ua/uploads/1/5004-zvit_gak_2012.pdf
28. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2021 рік. URL: http://moz.gov.Ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2021.pdf
29. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2022 рік. URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacij

noi_komisii_pri_moz_ukraini_za_20122_rik.pdf

30. Каталог нормативних документів ДП «УкрНДНЦ». URL: <http://shop.uas.org.ua/ua/katalog-normativnih-dokumentiv/11-okhrona-zdorovya.html>.
31. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 року 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
32. Круть А. Г. Аналіз стану стоматологічного здоров'я населення України (огляд літератури). Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2019. Вип. 33. С. 47-56. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2019_33_8.
33. Круть А. Г., Горачук В. В., Михальчук В. М. Державне регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2019. Вип. 34. С. 293 - 306. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2019_34_33.
34. Лист Мінекономрозвитку України від 25.04.2016, вих. № 3433-06/12226-07. URL: http://www.certatom.kiev.ua/images/files/26_04_16_schodo_chinnost_sertif_kat_v_n_a_SUYa_9001.pdf
35. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. С. 261-293. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf
36. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
37. Офіційний сайт Стоматологія М Дента. URL: <https://www.mdenta.com.ua>.
38. Перелік закладів охорони здоров'я, яким видано, переоформлено, акредитаційні сертифікати, видано дублікати акредитаційних сертифікатів, відмовлено в присвоєнні акредитаційної категорії Головною акредитаційною комісією при МОЗ України у 2022 році. URL: http://moz.gov.ua/uploads/2/10967-perelik_zoz_za_2022.pdf
39. Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України

від 14.03.2011 р. № 142. Ред. від 17.01.2014. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11>

40. Про визначення державного підприємства, яке виконує функції національного органу стандартизації: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.11.2014 № 1163. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1163-2014-%D1%80>
41. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. Ред. від 20.03.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>
42. Про затвердження одинадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності: наказ МОЗ України від 18.04.2019 р. № 892. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18042019--892-pro-zatverdzhennja-odinadcjatogo-vipusku-derzhavnogo-formuljara-likarskih-zasobiv-ta-zabezpechennja-jogo-dostupnosti>
43. Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень: наказ МОЗ України від 02.03.2011р. № 127. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0127282-11>
44. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія»: наказ МОЗ України від 23.11.2004 р. № 566. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.html
45. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру: наказ МОЗ України від 31.10.2011р. № 739. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0739282-11>
46. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 року № 222-VIII. Ред. від 01.05.2019. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>

47. Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності: Закон України від 5 квітня 2007 року № 877-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-16>
48. Про стандартизацію. Закон України 5 червня 2014 року № 1315-VII із змінами, внесеними Законом України № 2254-IX від 12.05.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1315-18> (дата звернення: 21.01.2022).
49. Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій. URL: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/itemlist/category/58-sestrynska-sprava>
50. Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з надання допомоги в підтриманні пацієнтом особистої гігієни: наказ Міністерства охорони здоров'я від 01.06.2013 р. № 460. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0460282-13>
51. Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 2 (4). С. 89 - 99.
52. Сенюта І. Нові підходи до стандартів якості надання медичної допомоги та їх можливі юридично-правові наслідки. Укр. мед. часопис. 2017. 10 травня. URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2017/05/Seniuta.pdf?upload=>
53. Скринінг у первинній допомозі. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2018. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/2018_09_21_KN_scrinning.pdf
54. Співак М. В. Державна політика інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я в сучасних умовах. Політикус. 2016. № 3. С. 92 - 95. URL: dspace.pdpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/8198
55. Степанова О. В. Сучасні процеси фінансової децентралізації в охороні здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2015. № 23. С. 84 - 86.
56. Степурко Т. Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. Наукові записки НаУКМА. 2016. Т. 187. Соціологічні науки. С. 82 - 89.

57. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям з ВІЛ-інфекцією: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2015р. № 92. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2015_92_VIL_dity/2015_92%20YKPM%D%20VIL%20dity.pdf
58. Шекера О. Г. Історія виникнення і розвитку медичного страхування та систем охорони здоров'я деяких розвинених країн світу. *Семейная медицина*. 2013. № 4 (48). С. 10 - 16.
59. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. 258 с.
60. Шкільняк М.М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 22-30.
61. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.
62. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: Юридичні науки: збірник наукових праць. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2017. № 876. С. 227 - 235.
63. Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study / Lam M. B. et al. *BMJ*. 2018. P. 363:k4011. doi:10.1136/bmj.k4011
64. Avhustyn R., Demkiv I., Kotys N. Modeling the assessment of the probability of shadowing and spread of corruption in the social system and the sphere of public services Conference Proceedings Advanced Computer Information Technologies. Cheske Budejovice, Czech Republic, June 5-7, 2019, S.388-392.
65. Avhustyn, R., & Demkiv, I. (2020). Management innovations as a factor of improving competitiveness of enterprises. *Efektivna Ekonomika*. <https://doi.org/10.32702/2307->

2105-2020.4.14

66. Bajonaid AM, Park SE, Villa A. Oral medicine education in predoctoral programs in US dental schools. *J Dent Educ.* 2022. № 86(7). P. 846-852. doi: 10.1002/jdd.12896.
67. Bhaumik S. Use of evidence for clinical practice guideline development. *Trop Parasitol.* 2017. Vol. 7(2). P. 65 - 71. doi:10.4103/tp.TP_6_17.
68. Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatr Dent.* 2017 Sep 15. № 39(6). P. 197-204. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29179357/>
69. Comparing Public Quality Ratings for Accredited and Nonaccredited Home Health Agencies / Scott C. Williams et al. *Home Health Care Management & Practice.* 2018. Vol. 30(1) P. 24 - 29. doi: 10.1016/j.jamda.2016.07.025.
70. Evaluation of Potentially Malignant Disorders in the Oral Cavity Clinical Practice Guideline. 2017. URL: <https://ebd.ada.org/en/evidence/guidelines/oral-cancer>
71. Fellows JL, Atchison KA, Chaffin J, Chavez EM, Tinanoff N. Oral Health in America: Implications for dental practice. *J Am Dent Assoc.* 2022. № 153(7). P. 601-609. doi: 10.1016/j.adaj.2022.04.002.
72. Gheorghe R., Zurcher A., Filippi A. Dental tourism from Switzerland to Germany. *Swiss Dent J.* 2017. № 127(7-8). P. 618 - 633.
73. Guerra Bretana R. M., Marin Alvarez Y. A. Accreditation and certification of hospital quality: different or similar? *Rev. ing. biomed.* 2017. Vol. 11. № 21. P. 35 - 41. DOI: <https://doi.org/10.24050/19099762.n21.2017.1170>.
74. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Edited by: Reinhard Busse, Niek Klazinga, Dimitra Panteli, Wilm Quentin. World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) and OECD. 2019. 447 p.
75. ISO 10001:2018. Quality management – Customer satisfaction – Guidelines for codes of conduct for organizations. URL: <https://www.iso.org/standard/71579.html> (Last accessed: 27.06.2019).
76. ISO 10004:2018. Quality management – Customer satisfaction – Guidelines for

- monitoring and measuring. URL:<https://www.iso.org/standard/71582.html>
- 77.ISO 19011:2011. Guidelines for auditing management system. URL:
<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:19011:ed-2:v1:en>
- 78.ISO 19011:2018. Guidelines for auditing management systems. URL:
<https://www.iso.org/standard/70017.html> (Last accessed: 27.06.2019).
- 79.ISO 9000:2005. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary. URL:
<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:en> (
- 80.ISO 9000:2015. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary. URL:
<https://www.iso.org/ru/iso-9001-quality-management.html> (Last accessed:
27.06.2019).
- 81.ISO 9001:2008. Quality management systems – Requirements. URL:
<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-4:v1:en>
- 82.ISO 9001:2015. Quality management systems - Requirements. URL:
<https://www.iso.org/ru/standard/62085.html>
- 83.JCI Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. 2020. 424 p. URL:
<https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition/>
- 84.Johannesen, D.T.S., Wiig, S. Why adopt ISO 9001 certification in hospitals? A case study of external triggers and sensemaking in an emergency department in Norway. *Saf Health*. 2017. № 3:7. 14 p. DOI: 10.1186/s40886-017-0058-5.
- 85.Kabachenko D., Churikanova O., Oneshko S., Avhustyn R., Slatvinska V. Application of Information Technologies for Management Decision Making in the Conditions of the Instability of the External Economic Space. *International Journal for Quality Research*. Volume 16 Number 4. 2022. s. 1121-1132
- 86.Kebschull M., Chapple I. Evidence-based, personalised and minimally invasive treatment for periodontitis patients - the new EFP S3-level clinical treatment guidelines. *Br Dent J*. 2020. № 229. P. 443 - 449. URL:
<https://doi.org/10.1038/s41415-020-2173>.
- 87.Kravitz A. S., Bullock A., Cowpe J., Barnes E. *Manual of Dental Practice* 2014.United Kingdom. Council of European Dentists. 2014. P. 4 - 5.

88. Mansour W., Boyd A., Walshe K. The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Policy Plan.* 2020. Vol. 35(6). P. 684 - 700. doi:10.1093/heapol/czaa011
89. Mehta A., Goldstein S. D., Makary M. A. Global trends in center accreditation by the Joint Commission International: growing patient implications for international medical and surgical care. *J Travel Med.* 2017. Vol. 1. № 24(5). P. 1 - 4. doi: 10.1093/jtm/tax048.
90. Moving from ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015. International Organization for Standardization. 2019. 8 p. URL: <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100370.pdf>
91. Nomura M. Dental healthcare reforms in Germany and Japan: A comparison of statutory health insurance policy. *Japanese Dental Science Review.* Vol. 44. Issue 2. October 2008. Pages 109 - 117. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2008.06.004>
92. Qiu H., Du W. Evaluation of the Effect of PDCA in Hospital Health Management. *J Healthc Eng.* 2021. Article ID 6778045, 7 pages. URL: <https://doi.org/10.1155/2021/6778045>
93. Ruslan Avhustyn, & Iryna Demkiv. (2021). Anti-corruption mechanism and means of detinization in the social sphere. *The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series: International Relations. Economics. Country Studies. Tourism,* (13), 27-37. <https://doi.org/10.26565/2310-9513-2021-13-03>
94. Sanz M., Herrera D., Keschull M., Chapple I., Jepsen S., Beglundh T., Sculean A., Tonetti M.S.; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2020. № 47 Suppl 22. P. 4 - 60. doi: 10.1111/jcpe.13290.
95. Stahiv O., Biletska I., Perepolkina O., Avgustyn R., Mykytyn O. (2023). Efficiency of the Implementation of Innovation and Investment Projects at Healthcare Institutions: Integral Analysis and Ways of Enhancement. *Science and Innovation,* 19(5), 18–33. <https://doi.org/10.15407/scine19.05.018>
96. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare / Taylor M. J. et. al. *BMJ Qual Saf.* 2014. № 23(4). P. 290 - 298.

doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862.

97. Tosic B., Filipovic J., Ruso J. Quality management in health care: concepts, principles and standards. 3rd International Conference on Quality of Life. November 2018. Center for Quality, Faculty of Engineering, University of Kragujevac. P. 201 - 207. URL: <https://plus.cobiss.net/cobiss/sr/sr/bib/327929863>
98. Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan / Halasa Y. A. et al. East Mediterr Health J. 2015. Vol. 21(2). P. 90 - 99. DOI: 10.26719/2015.21.90