МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КРУТЬ АНАТОЛІЙ ГРИГОРОВИЧ

УДК 614.2:616-082

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань 22 – Охорона здоров’я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ А. Г. Круть

Науковий консультант:

Толстанов Олександр Костянтинович, чл.-кор. НАМН України, доктор медичних наук, професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Круть А. Г. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (галузь знань 22 – Охорона здоров‘я). – Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2022.

Дисертація захищається в спеціалізованій вченій раді Д 26.613.07 Національного університету охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2023.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної проблеми вітчизняної соціальної медицини – збереженню та відновленню здоров’я порожнини рота населення – шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги.

Якість медичної допомоги визначена обов’язковою умовою досягнення Цілей сталого розвитку, які включають, зокрема, доступ до якісних основних медичних послуг як складової загального охоплення послугами охорони здоров’я (ВООЗ, ОЕСР, Світовий банк, 2018). Високі запити на якісну медичну допомогу формуються незадовільним станом здоров’я населення, у т. ч., здоров’я порожнини рота, як одного із складників загального здоров'я, благополуччя та якості життя людини (World Oral Health Report 2003; Global Burden of Disease Study 2019). Однак прогресивних тенденцій його змін за останні десятиріччя як в світі, так і в Україні, не простежується, що обумовлює актуальність дослідження.

Незадовільний стан здоров’я порожнини рота населення України та високі ризики небезпек при наданні стоматологічної допомоги постійно знаходяться в центрі уваги вітчизняних соціал-гігієністів і науковців за спеціальністю «Стоматологія» (Білоклицька Г. Ф., 2003; Павленко О. В.,

Майструк П. О., 2013; Холодняк О. В., Добровольська М. К., 2015; Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. В., 2018; Кривенко Л. С., Тіщенко О. В., Лепіліна К. М., 2020). Ставлячи за мету наблизити організаційні принципи роботи закладів стоматологічного профілю до таких у розвинених європейських країнах, поза увагою дослідників залишається можливість більш активного використання цільових механізмів управління якістю медичної, у т. ч. стоматологічної, допомоги: ліцензування медичної практики, акредитації закладів охорони здоров'я, стандартизації медичних технологій, сертифікації систем управління якістю, що підтверджує актуальність дослідження.

Актуальність проблеми значною мірою посилюється запровадженням на нормативному рівні акредитації закладів охорони здоров'я на добровільних умовах, з одночасним жорстким адміністративним регулюванням взаємозв'язку акредитації і сертифікації, дублюванням частини вимог ліцензійних умов і стандартів акредитації, відсутністю фінансової підтримки профілактичної стоматологічної допомоги дорослому населенню за програмою медичних гарантій, що слугує демотивуючими факторами для запровадження стоматологічних послуг високого рівня якості.

Дослідження проводилося впродовж 2010-2019 років в обласних стоматологічних поліклініках Житомирської, Харківської та Чернігівської областей, в діяльності яких поєднуються усі зазначені механізми регулювання якості медичної допомоги.

Установлено, що здоров'я порожнини рота населення досліджуваних регіонів, як і загалом України, на фоні значного поширення факторів ризику, спільних для хвороб порожнини рота і найбільш поширених хронічних неінфекційних хвороб, суттєво погіршилося. Зокрема, в Чернігівській області потреби населення в санації зросли з 57,5% до 61,5% від числа оглянутих осіб; рівень онкологічної патології губи й порожнини рота зріс із 6,8 до 7,8 на 100 тис. нас., рівень смертності від неї збільшився з 4,3 до 4,8 на 100 тис. нас. У Житомирській області спостерігався найвищий серед досліджуваних регіонів рівень звернень з приводу хвороб пародонту – 177,5 випадків на 10 тис. нас. та

відсоток виявлених вперше злоякісних новоутворень порожнини рота в III-IV стадіях в 2019 році – 56,6%; в Харківській області спостерігалася найактивніша динаміка зростання питомої ваги цих хвороб, виявлених в III-IV стадіях (з 37,7% до 42,0%).

Виявлено, що погіршення здоров'я порожнини рота населення одночасно супроводжувалось ліквідацією мережі стоматологічних кабінетів у закладах первинної медичної допомоги, припиненням діяльності зубних лікарів за відсутності підготовки зубних гігієністів, повільними темпами забезпечення лікарями загальної практики – сімейної медицини (на 10 тис. нас.: Житомирська область – 3,8 у 2010 році, 4,5 – у 2019; Харківська – відповідно 2,6 та 2,7; Чернігівська – відповідно 2,1 та 3,4; Україна – відповідно 1,8 і 3,6).

Результати оцінки запроваджених систем управління якістю у досліджуваних закладах переконливо засвідчили їх суттєві невідповідності вимогам стандарту до таких систем: процесна структура систем управління якістю впроваджена формально, оскільки вона суперечить адміністративно-ієрархічній структурі закладу охорони здоров'я за вимогами стандартів акредитації; позаштатні організаційні структури, дотичні до управління якістю, – медична рада, рада медичних сестер, фармакотерапевтична комісія, служба внутрішнього аудиту, – не інтегровані в діяльність закладів, а результати їх роботи не містять інформаційної складової для управлінського аналізу якості стоматологічної допомоги. Універсальний характер вимог стандарту ускладнює їх інтерпретацію та використання в специфічних умовах медичної практики.

Показано, що в закладах використовуються застарілі стандарти стоматологічної допомоги, розроблені ще в 2004 р. на основі експертних висновків, що обмежує доступ пацієнтів до надійних за ступенем доказовості стоматологічних утручань, знижує вірогідність надання якісної стоматологічної допомоги за критеріями клінічної ефективності та безпеки. Використовується ретроспективна експертна оцінка якості стоматологічної допомоги за традиційними показниками офіційної статистичної звітності. Оцінка якості

менеджменту відбувається за «моделями кінцевих результатів», що не відповідає сучасним міжнародним критеріям оцінки якості систем управління.

У той же час в закладах реєструвалися негативні відгуки й звернення громадян з приводу: незадовільної організації стоматологічної допомоги; ускладнень стоматологічних утручань; неякісного протезування, високої вартості лікування; проблем з телефонним зв'язком; незадовільного стану приміщень; некоректної поведінки працівників. Результати соціологічного дослідження показали недостатній рівень задоволеності пацієнтів вартістю стоматологічної допомоги – 3,76±0,05 – 4,34±0,59 балів, а лікарів-стоматологів – заробітною платою – 3,60±0,50 – 4,40±0,50 бали за п'ятибальною шкалою.

Виявлені недоліки обумовили необхідність обґрунтування й розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги в Україні.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги, суттєвими відмінностями якої стали: 1) посилення законодавчого регулювання попередження та зменшення вживання населенням тютюнових виробів, виробництва і обігу алкогольних напоїв, споживання цукровмісних продуктів, контролю якості питної води і гігієни довкілля як поступального розвитку державної політики профілактики спільних факторів ризику хвороб порожнини рота та найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань; 2) фінансове покриття щорічного разового профілактичного огляду кожної дорослої особи гігієністом зубним та/або лікарем-стоматологом в межах програми медичних гарантій/регіональних/місцевих програм зміцнення здоров'я населення або інших джерел, не заборонених законодавством; 3) залучення профільних лікарських асоціацій до національної адаптації міжнародних клінічних рекомендацій з надання стоматологічної допомоги на основі принципів доказової медицини з метою широкої імплементації доказових технологій у

стоматологічну практику для забезпечення якості і безпеки стоматологічних утручань; 4) диференційований підхід до фінансування стоматологічних послуг в межах програми медичних гарантій, регіональних і місцевих програм здоров'я населення із збільшенням обсягу коштів закладам охорони здоров'я, які мають акредитаційну категорію та/або сертифіковану систему управління якістю медичної допомоги; 5) специфічна для сфери охорони здоров'я, відмінна від універсальної, версія національного стандарту на системи управління якістю «ДСТУ EN 15224:2019 Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT)» як адаптована організаційна технологія забезпечення якості стоматологічної допомоги, що дозволяє більш активно та ефективно його використовувати керівниками закладів охорони здоров'я.

Доведено недосконалість законодавства України з популяційних стратегій профілактики спільних факторів ризику хвороб порожнини рота та хронічних неінфекційних захворювань, широко розповсюджених серед населення України; виявлено причини зниження доступності населення до стоматологічної допомоги: обмеження переліку стоматологічних послуг для дорослих лише ургентною стоматологічною допомогою в межах програми медичних гарантій; ліквідація мережі стоматологічних відділень і кабінетів в закладах первинної медичної допомоги; відсутність підготовки зубних гігієністів. Установлено причини низького доступу пацієнтів до лікувально-діагностичних технологій, заснованих на принципах доказової медицини, внаслідок використання застарілих вітчизняних стандартів стоматологічної допомоги, розроблених експертним шляхом. Виявлено низьку мотивацію закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю до проходження акредитації і сертифікації; доведено, що труднощі використання стандарту на системи управління якістю пов'язані з універсальністю його вимог, які не враховують специфічні умови медичної практики. Проведено оцінку менеджменту якості стоматологічної допомоги, яка засвідчила недостатній

рівень підтримки функціонування систем управління якістю, незважаючи на наявність сертифікату відповідності.

Удосконалено підходи до розподілу вимог до закладів охорони здоров'я між наявними механізмами регулювання якості: нормативно-правових – у ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з медичної практики; вимог до дотримання лікувально-діагностичних технологій і безпеки пацієнтів – у стандартах акредитації; вимог до менеджменту якості – на основі специфічної для сфери охорони здоров'я версії стандарту на системи управління якістю.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем управління якістю в закладах охорони здоров'я (на прикладі закладів стоматологічного профілю), та оцінки дотримання вимог до лікувально-діагностичних технологій і безпеки пацієнтів шляхом перевірки третьою стороною (зовнішніми експертами) в умовах реальної клінічної діяльності.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління якістю стоматологічної допомоги населенню України.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для розробки вітчизняної концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги; впровадження окремих її елементів у закладах, де проводилось дослідження, та на регіональному й галузевому рівнях управління стоматологічною допомогою (9 актів впровадження); розробки та впровадження методичних підходів до оцінки ступеня відповідності вимогам стандарту та рівня розвитку системи управління якістю стоматологічної допомоги; формування системи критеріїв і індикаторів якості стоматологічної допомоги.

Результати дослідження використані при підготовці проєктів розпорядчих документів Кабінету Міністрів України та МОЗ України, розробці та впровадженні національного стандарту України «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я. ДСТУ EN 15224:2019 (EN

15224:2016, IDT)»; розробці та внесенні змін до навчальних планів і програм навчальних циклів для лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я».

Запропонована та впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель системи управління якістю стоматологічної допомоги отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за п'ятибальною шкалою за наступними складовими: соціальною – 5,0±0,0 балів, медичною – 4,75±0,44 балів, економічною – 4,30±0,57 балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

Ключові слова: здоров'я порожнини рота; якість стоматологічної допомоги; стандарти на системи управління якістю; ліцензійні умови; акредитація; критерії та індикатори якості; безпека пацієнтів.

ANNOTATION

Krut A .G. Medical and Social Substantiation of the conceptual model of the dental care quality management system. – Manuscript.

The dissertation for a scientific degree of doctor of medical sciences in speciality 14.02.03 – Social Medicine. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2023.

The dissertation is defended in the specialized academic council D 26.613.07 of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2023.

The dissertation is dedicated to the solution of the current problem of domestic social medicine - the preservation and restoration of oral health of the population - by means of medical and social substantiation, development and implementation (by individual elements) of a conceptual functional and organizational model of the dental care quality management system.

The quality of medical care is defined as a prerequisite for achieving the Sustainable Development Goals, which include, in particular, access to quality basic medical services as a component of overall health coverage (WHO, OECD, World Bank, 2018). High demands for quality medical care are formed by the unsatisfactory state of health of the population, including oral health, as one of the components of general health, well-being and quality of human life (World Oral Health Report 2003; Global Burden of Disease Study 2019). However, the progressive trends of its changes over the past decades both in the world and in Ukraine are not traced, which determines the relevance of the study.

The unsatisfactory state of oral health of the population of Ukraine and the high risks of dangers in the provision of dental care are constantly in the center of attention of domestic social hygienists and scientists specializing in "Dentistry" (Biloklytska G.F., 2003; Pavlenko O.V., Maistruk P. O., 2013; Kholodnyak O. V., Dobrovolska M. K., 2015; Voronenko Y. V., Pavlenko O. V., Mazur I. V., 2018; Kryvenko L. S., Tishchenko O. V. ., Lepilina K. M., 2020). With the goal of bringing the organizational principles of dental institutions closer to those in developed European countries, the possibility of more active use of targeted mechanisms for managing the quality of medical, including dental, care remains beyond the attention of researchers: licensing of medical practice, accreditation of health care institutions , standardization of medical technologies, certification of quality management systems, which confirms the relevance of the research. The urgency of the problem is greatly increased by the introduction at the regulatory level of accreditation of health care institutions on voluntary terms, with simultaneous strict administrative regulation of the relationship between accreditation and certification, duplication of part of the requirements of licensing conditions and accreditation standards, lack of financial support for preventive dental care for the adult population under the program medical guarantees, which serve as demotivating factors for the introduction of dental services of a high level of quality.

The research was conducted during 2010-2019 in regional dental polyclinics of Zhytomyr, Kharkiv and Chernihiv regions, which combine all the mentioned mechanisms for regulating the quality of medical care.

It was established that the oral health of the population of the studied regions, as well as of Ukraine in general, has significantly deteriorated against the background of a significant spread of risk factors common to oral cavity diseases and the most common chronic non-infectious diseases. In particular, in the Chernihiv region, the needs of the population in sanitation increased from 57.5% to 61.5% of the number of persons examined; the level of oncological pathology of the lip and oral cavity increased from 6.8 to 7.8 per 100,000 population, and the mortality rate from it increased from 4.3 to 4.8 per 100,000 population. In the Zhytomyr region, the highest level of applications for periodontal diseases among the studied regions was observed - 177.5 cases per 10,000 population and the percentage of first detected malignant neoplasms of the oral cavity in stages III-IV in 2019 was 56.6%; the most active dynamics of growth of the specific weight of these diseases detected in stages III-IV was observed (from 37.7% to 42, 0%) in the Kharkiv region.

It was revealed that the deterioration of the oral health of the population was simultaneously accompanied by the liquidation of the network of dental offices in primary medical care institutions, the termination of the activities of dentists in the absence of training of dental hygienists, the slow pace of provision of general practice doctors - family medicine (per 10,000 population: Zhytomyr region – 3.8 in 2010, 4.5 in 2019; Kharkiv region – 2.6 and 2.7, respectively; Chernihiv region – 2.1 and 3.4, respectively; Ukraine – 1.8 and 3.6, respectively).

The results of the assessment of the quality management systems implemented in the researched institutions convincingly proved their significant non-compliance with the requirements of the national standard for such systems: part of the requirements of the standard are not fully fulfilled, in particular, the process structure of the quality management systems was implemented formally, as it contradicts the administrative-hierarchical structure of the institution health care according to the requirements of accreditation standards. Independent organizational structures related

to quality management, such as the medical board, the board of nurses, the pharmacotherapeutic commission, the internal audit service, are not integrated into the activities of the institutions, and the results of their work do not contain an informational component for managers on the quality of dental care. The universal nature of the requirements of the standard complicates their interpretation and use in the specific conditions of medical practice.

It is shown that the institutions use outdated standards of dental care, developed back in 2004 on the basis of expert opinions. This leads to limited access of patients to reliable dental interventions based on the degree of evidence, reducing the likelihood of providing high-quality dental care according to the criteria of clinical effectiveness and safety. Retrospective expert assessment of the quality of dental care is used based on the totality of cases, regardless of clinical diagnosis, based on traditional indicators of official statistical reporting. The assessment of management quality takes place according to "models of final results", which does not correspond to modern international criteria for assessing the quality of management systems.

At the same time, throughout the research period, negative reviews and appeals from citizens were constantly registered regarding: complications of dental care, high cost of treatment, rude behavior of staff, problems with telephone communication (KZOZ "Regional Dental Polyclinic", Kharkiv); unsatisfactory organization of dental care, unsatisfactory condition of premises (Regional Dental Medical Association of the Zhytomyr Regional Council); low-quality prosthetics, high cost of services, reimbursement of payment for low-quality service, improper behavior of employees (KLPZ "Chernihiv Oblast Stomatological Polyclinic" of the Chernihiv Oblast Council). The results of the sociological research showed that the level of satisfaction of patients with the cost of dental care is insufficient - 3.76±0.05 - 4.34±0.59 points, as well as the level of satisfaction of dentists - with the salary - 3.60±0.50 – 4.40±0.50 points on a five-point scale. Dentists consider the lack of national clinical protocols for dental care as obstacles to the use of sources of evidence-based medicine in real clinical practice.

The identified shortcomings determined the necessity and expediency of substantiating and developing a conceptual functional-organizational model of the dental care quality management system in Ukraine.

The scientific novelty of the obtained results is that, for the first time in Ukraine, medical and social substantiation of the conceptual functional-organizational model of the dental care quality management system was carried out. The essential differences of the model were: 1) strengthening of the legislative regulation of prevention and reduction of the population's use of tobacco products, production and circulation of alcoholic beverages, consumption of sugar-containing products, control of the quality of drinking water and environmental hygiene; 2) financial coverage of the annual one-time preventive examination of each adult by a dental hygienist and/or a dentist within the limits of the medical guarantee program/regional/local programs to strengthen the health of the population or other sources not prohibited by law; 3) involvement of specialized medical associations in the national adaptation of international clinical recommendations; 4) increasing the amount of funding for dental services provided by health care institutions that have an accreditation category and/or a certified quality management system; 5) a specific, different from the universal, version for the field of health care of the national standard for quality management systems "DSTU EN 15224:2019 Quality management systems. EN ISO 9001:2015 in the field of health care (EN 15224:2016, IDT)" as an adapted organizational technology for ensuring the quality of dental care, which allows it to be used more actively and effectively by managers of health care institutions.

The imperfection of the legislation of Ukraine on population strategies for the prevention of common risk factors has been proven for oral cavity diseases and chronic non-infectious diseases that are widespread among the population of Ukraine. The reasons for the decrease in the population's accessibility to preventive and curative and diagnostic dental care have been identified: limiting the list of dental services for adults to only urgent dental care within the limits of the medical

guarantee program; liquidation of the network of dental departments and offices in primary care institutions; lack of training of dental hygienists.

The reasons for the low access of patients to treatment and diagnostic technologies based on the principles of evidence-based medicine, as a result of the long-term use in clinical practice of outdated domestic standards of dental care developed by experts, have been established. The low motivation of dental healthcare institutions to undergo accreditation and certification was revealed; it is proved that the difficulties of using the standard for quality management systems are related to the universality of its requirements, which do not take into account the specific conditions of medical practice. The acquirer conducted an evaluation of the management of the quality of dental care, which proved an insufficient level of support for the functioning of quality management systems, despite the presence of a certificate of compliance.

The theoretical significance of the work consists in a significant addition to the theory of social medicine in the part of teaching about the management of the quality of dental care for the population of Ukraine.

The practical significance of the obtained results is that they became the basis for the development of a national conceptual functional-organizational model of the dental care quality management system; implementation of its individual elements in the institutions where the research was conducted, at the regional and branch levels of dental care management (9 acts of implementation); development and implementation of methodical approaches to assessing the degree of compliance with the requirements of the standard and the level of development of the dental care quality management system; formation of a system of criteria and indicators of the quality of dental care.

The results of the research were used in the preparation of documents of the Cabinet of Ministers of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine, the development and implementation of the national standard of Ukraine "Quality Management System. EN ISO 9001:2015 in the field of health care. DSTU EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT)"; development and introduction of changes to

educational plans and programs of educational cycles for doctors in the specialty "Organization and management of health care".

The proposed and implemented conceptual functional-organizational model of the dental care quality management system, which was proposed and implemented by individual elements, was highly rated by highly qualified independent experts on a five-point scale for the following components: social – 5.0±0.0 points, medical – 4.75±0,44 points, economic - 4.30±0.57 points, which confirmed its potential efficiency and allows to recommend it for further implementation in the sphere of health care of Ukraine.

Keywords: oral health; quality of dental care; standards for the quality management systems; license conditions; accreditation; quality criteria and indicators; patient safety.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. 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 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

2. 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.

3. 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 *(Дисертанту належать ідея*

написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).

4. Рингач Н. О., Михальчук В. М., Круть А. Г. Обізнаність населення працездатного віку про фізичну активність як фактор ризику неінфекційних захворювань. *Wiad Lek*. 2018. Т. LXXI, Nr3 cz II. С. 678–682. URL: https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/01/WL-3-cz-II-2018.pdf. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS. *(Дисертант здійснив збір частини даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

5. Круть А. Г. Здоров'я порожнини рота підлітків як потенціал зміцнення загального здоров'я. *Здоров'я суспільства*. 2021. Т. 10, № 5. С. 141–145. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.5.2021.274. URL: http://health-society.zaslavsky.com.ua; https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

6. Круть А. Г., Горачук В. В. Методичні підходи до самооцінки системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Сучасні медичні технології.* 2019. № 4. С. 79–86. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2019_4_17 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, розробка методології, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

7. Круть А. Г., Горачук В. В. Стан здоров'я порожнини рота населення окремих регіонів України. *Вісник Вінницького медичного університету*. 2022. Т. 26, № 2. С. 302–307. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(2)-22 *(Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, проведення формального медико-статистичного аналізу даних, написання основного матеріалу, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

8. Круть А. Г. Кадрове забезпечення стоматологічної допомоги в окремих регіонах України. *Здоров'я суспільства*. 2021. Том 10, № 6. С. 185–192. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.6.2021.2799. URL: https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

9. Круть А. Г. Стан управління ризиками при наданні стоматологічної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. № 1 (147) – I/II. С. 45–48. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.147.225556.

10. Круть А. Г. Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2021. Т. 6, № 5(33). С. 285–293. DOI: 10.26693/jmbs06.05.285. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2021_6_5_42.

11. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Ресурсна підтримка сертифікованих систем управління якістю стоматологічної допомоги. *Сучасні медичні технології.* 2022. № 1(52). С. 62–70. DOI: https://doi.org/10.34287/MMT.1(52).2022.11 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

12. Круть А. Г. Стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1(67). С. 66–72. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254641.

13. Круть А. Г., Проблеми управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю. *Український медичний часопис*. 2022. № 2 (148)–III/IV. С. 41–44. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.148.228722 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

14. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 3. С. 40–49. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

15. Круть А. Г., Практика визначення задоволеності пацієнтів якістю стоматологічної допомоги. *Медична інформатика та інженерія.* 2022. № 2. С.

64–67. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/19269/1/Magneto_electrochemical_theory.pdf. *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

16. Круть А. Г. Задоволеність лікарів-стоматологів професійною діяльністю. *Здоров'я суспільства*. 2021. Том 10, № 4. С. 118–126. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.4.2021.246354. URL: https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

17. Івчук В. Г., Гандурська-Павленко О. П., Наконечна Т. В., Савченко Н. П., Слонецький І. І., Круть А. Г., Одринський В. А. Внутрішній аудит як інструмент в підготовці до акредитації закладу охорони здоров'я з використанням системного підходу, що базується на вимогах стандарту ISO 9001:2008 ДСТУ ISO 9001:2009. *Сучасні медичні технології*. 2016. № 1. С. 95–105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2016_1_19 *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

18. Шекера О. Г., Круть А. Г., Горачук В. В. Підходи до планування діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту «Quality menegement systems-EN ISO 9001:2015 for healthcare». *Здоров'я суспільства*. 2019. Т. 8, № 3. С. 97–101. DOI: 1022 141/ 2306-2436 8.3 2019.192172. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_3-4_4; https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

19. Круть А. Г., Горачук В. В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2019. № 3. С. 38–43. DOI: 10.11603/1681-2786.2019.3.10590. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

20. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Мультимодальні стратегії удосконалення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю. *Український медичний часопис*. 2021. № 4 (144) – VII/VIII. С. 1–4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.144.213621 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

21. Дмитренко И. А., Круть А. Г., Толстанов К. О., Горачук В. В. Концептуальная модель организации стоматологической помощи: мировой опыт как возможность прогресса для Украины (обзор). *Georgian Medical News*. 2021. №. 5 (314). С. 70–77. URL: https://www.geomednews.com/ru/v314-may-2021.html Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, формулювання концепції та розробка моделі, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

22. Толстанов К. О., Круть А. Г., Дмитренко І. А., Горачук В. В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 166–173. DOI: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.1.254468. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних і доказів, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.

23. Krut A. G., Horachuk V. V. Patients' satisfaction with dental care (on the results of sociological research). *Wiad Lek.* 2021. Vol. LXXIV, Issue 3, Part 2. P. 674 – 677. DOI: 10.36740/WLek202103220. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS *(Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму та методику соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив дані, провів формальний медико-статистичний аналіз даних, здійснював курацію даних та фінансову підтримку дослідження, підготував статтю до друку).*

24. Anatoly G. Krut. Use of evidence based medicine by dentists. *Wiad Lek.* 2022. Vol. LXXV, Issue 5, Part 1. P. 1100–1104. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS. DOI: 10.36740/WLek202205109.

Опубліковані праці апробаційного характеру

1. Круть А. Г., Глухова О. І., Кравченко Г.В. Створення системи управління якістю у закладі відповідно до міжнародних стандартів. *Організація і управління охороною здоров'я 2015 :* матеріали наук.-практ. конф. з міжн. участю 20 – 21 жовт. 2015 р. Київ, 2015 С. 30 – 31 *(Дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, адміністрування дослідження).*

2. Круть А. Г., Горачук В. В. Характеристики якості стоматологічної допомоги за вимогами стандартів ISO 9001:2015 на системи управління якістю. *Наука, технології та практика в стоматології» з нагоди 40-річчя відновлення кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету:* зб. тез наук.-практ. конф. з міжн. участю, 30 жовт. 2019 р. Харків, 2019. С. 102 – 108 *(Дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, адміністрування дослідження).*

3. Круть А. Г. Інфекційна безпека як складова якості стоматологічної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до *Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року*, 17 вересня 2021 року. Київ, 2021. С. 81 – 83.

4. Круть А. Г. Підходи до підтримки стоматологічного здоров'я громади. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти* : матеріали наук.-практ. конф. 9 грудня 2021 р., м. Київ. Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 33 – 35.

5. Круть А. Г. Перспективи удосконалення акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *New trends and unsolved issues in medicine* : conference proceedings, July 29 – 30, 2022. Riga, the Republic of Latvia. Riga, Latvia : Baltija

Publishing, 2022. P. 315 – 318. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-83.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

1. Національний стандарт України «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT)». URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page?id_doc=82162 *(Автор очолював структури-розробники національного стандарту - Технічний комітет стандартизації «Стоматологія. Система управління якістю» (ТК 181) та ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України за дорученням Українського медичного центру сертифікації; йому належить ідея розробки стандарту, написання початкового проєкту, відповідальність за ведення і керівництво процесом розробки стандарту, адміністрування проєкту стандарту).*

2. Котуза А. С., Круть А. Г., Заградська О., Каташинська Н. Розробка, впровадження та удосконалення системи управління якістю у закладах охорони здоров'я відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015. *Практика управління медичним закладом.* Збірник. Спецвипуск: спеціаліз. вид. ТОВ «Пресс Альянс». Київ : Пресс Альянс, 2017. II півріччя (13). 104 с. *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

3. Горачук В. В., Круть А. Г., Михальчук В. М. Підходи до нормативного врегулювання обігу медичних виробів як умова запобігання ризикам їхнього використання. *Лікарська справа*. 2018. № 1 – 2. С. 166 – 170. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2018_1-2_30 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір і аналіз даних, розробка нормативної моделі, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

4. Семенів І. П., Котуза А. С., Строкань А. М., Круть А. Г., Москаленко Т. Я. Організація та проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості у закладі охорони здоров'я (відповідно до вимог

міжнародного стандарту ISO 9001:2015). *Метод. вказівки*. Держ. упр. справами, Клініч. лікарня «Феофанія», Укр. асоц. якості мед. допомоги. Київ : Леся, 2015. 206 с. *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту методичних вказівок, підготовку висновків).*

ЗМІСТ

Стор.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ 25

ВСТУП 27

РОЗДІЛ 1. ЯКІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК СВІТОВА ПРОБЛЕМА (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ) 41

1.1. Аналіз стану здоров’я порожнини рота населення світу та України 41

1.2. Провідні фактори ризику порушень здоров’я порожнини рота населення 48

1.3. Категорія якості в сфері охорони здоров’я: трансформація поняття від започаткування до сьогодення 56

1.4. Державне регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні 69

1.5. Сертифікація закладів охорони здоров’я на відповідність стандартам на системи управління якістю як один із перспективних напрямів підвищення якості вітчизняної стоматологічної допомоги населенню 75

Висновки до розділу 1 82

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МЕТОДИ, МАТЕРІАЛИ І ОБСЯГ ДОСЛІДЖЕННЯ 84

2.1. Обґрунтування методологічної основи дослідження 84

2.2. Розробка програми та характеристика емпіричної бази дослідження 89

2.3. Обґрунтування методичних підходів до проведення соціологічного дослідження та експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги 97

Висновки до розділу 2 105

РОЗДІЛ 3. ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА НАСЕЛЕННЯ ЖИТОМИРСЬКОЇ, ХАРКІВСЬКОЇ ТА ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ. РЕСУРСИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЙОГО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ 108
3.1. Потреби населення Житомирської, Харківської, Чернігівської областей у стоматологічній допомозі 108
3.2. Мережа закладів охорони здоров'я та стан кадрового забезпечення потреб населення у стоматологічній допомозі 118
Висновки до розділу 3 135
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ 139
4.1. Підходи до реагування системи управління якістю стоматологічної допомоги на чинники зовнішнього та внутрішнього середовища. Організаційна структура системи управління якістю 140
4.2. Лідерство в системі управління якістю стоматологічної допомоги 158
4.3. Планування в системі управління якістю стоматологічної допомоги 161
4.4. Аналіз ресурсного забезпечення системи управління якістю стоматологічної допомоги 168
Висновки до розділу 4 185
РОЗДІЛ 5. ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ 189
Висновки до розділу 5 216
РОЗДІЛ 6. МОНІТОРИНГ, ОЦІНКА, АНАЛІЗ І УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ В СЕРТИФІКОВАНИХ СИСТЕМАХ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ 220

ДОПОМОГИ
6.1. Моніторинг, вимірювання, оцінка та аналіз в сертифікованих системах управління якістю 220
6.2. Поліпшення діяльності в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги 239
Висновки до розділу 6 253
РОЗДІЛ 7. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ, ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ – ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ. АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ДО ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ (РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ) 256
7.1. Оцінка задоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою 257
7.2. Задоволеність лікарів-стоматологів професійною діяльністю 263
7.3. Ставлення лікарів-стоматологів до використання медичних технологій на принципах доказової медицини 273
Висновки до розділу 7 281
РОЗДІЛ 8. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ. ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ 283
8.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги 283
8.2. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги 303
8.3. Упровадження окремих елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю 319

стоматологічної допомоги. Експертна оцінка ефективності моделі
Висновки до розділу 8 331
ВИСНОВКИ 334
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 339
ДОДАТКИ 371

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров’я
ГО	Громадська організація
ДСТУ	Державний стандарт України
ДУ	Державна установа
КЗОЗ	Комунальний заклад охорони здоров’я
КІК	Комісія з інфекційного контролю
КЛПЗ	Комунальний лікувально-профілактичний заклад
КН	Клінічні настанови
КНП	Комунальне неприбуткове підприємство
Лікар ЗП-СЛ	Лікар загальної практики – сімейний лікар
МІС	Медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров’я
ХНІЗ	Хронічні неінфекційні захворювання
НКПМД	Нові клінічні протоколи медичної допомоги
НСЗУ	Національна служба здоров’я України
НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Національний університет охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика
ОЕСР	Організація економічного співробітництва і розвитку
ПІІК	Профілактика інфекцій та інфекційного контролю
Центр ПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
УкрНДНЦ	Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості
ADA	American Dental Association
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
PDCA	Plan-Do-Study-Act
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Якість медичної допомоги розглядається світовими політиками як один із провідних принципів охорони здоров’я, як суспільне благо, як оновлений фокус уваги на отриманні результатів, очікуваних пацієнтом. Разом з тим накопичення інформації про прогалини в забезпеченні ефективної, безпечної та орієнтованої на людину медичної допомоги актуалізує проблему її якості й одночасно розуміння того, що без належної уваги до якості неможливо отримати бажані результати щодо здоров'я населення (Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ), Організація економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР), 2019).

Якість медичної допомоги визначена обов’язковою умовою досягнення Цілей сталого розвитку, які включають, зокрема, доступ до якісних основних медичних послуг як складової загального охоплення послугами охорони здоров’я (ВООЗ, ОЕСР, Світовий банк, 2018).

У європейському політичному просторі якість визнається як важлива складова ефективності системи охорони здоров’я, тобто тієї міри, в якій вона відповідає встановленим цілям (Європейська комісія, 2016; Fekri O., Macarayan E. R., Klazinga N., 2018).

Високі запити на якісну медичну допомогу формуються незадовільним станом здоров’я населення, зокрема, здоров’я порожнини рота, як одного із складників загального здоров'я, благополуччя та якості життя людини (World Oral Health Report 2003; Global Burden of Disease Study 2019). Однак прогресивних тенденцій його змін за останні десятиріччя як в світі, так і в Україні, не простежується. Найбільш значимими патологіями порожнини рота населення як промислово розвинених країн, так і країн, що розвиваються, є карієс зубів, хвороби пародонту, рак губи і ротової порожнини. За 2010-2019 роки поширеність хвороб пародонту зросла з 12,036.80 до 14,053.28 на 100 тис. нас. світу, раку губи та ротової порожнини – з 15.42 до 18.12 на 100 тис. нас.

Стабільно високими залишалися рівні ураженості населення карієсом – 26,338.48 на 100 тис. нас. у 2010 році, 26,245.85 – у 2019 році.

Серед українців поширеність хвороб пародонту зросла відповідно з 15,216.46 до 15,931.00 на 100 тис. нас., раку губи та ротової порожнини – з 24.56 до 31.92 на 100 тис. нас.; поширеність карієсу незначно зменшилась з 31,501.68 до 30,833.52 на 100 тис. нас.

Крім медичних та соціальних наслідків для суспільства, хвороби порожнини рота завдають значних збитків для економік країн. Прямі економічні витрати, пов'язані з лікуванням захворювань порожнини рота, дорівнювали в 2010 році 298 млрд дол. США, або 4,6% світових витрат на охорону здоров'я. Непрямі витрати, зумовлені захворюваннями зубів у всьому світі, склали 144 млрд. дол. США на рік, а загальні економічні наслідки становили 442 млрд. дол. США (Listl S., Galloway J., Mossey P. A., 2015).

Незадовільний стан здоров’я порожнини рота населення постійно знаходиться в центрі уваги вітчизняних соціал-гігієністів і науковців зі спеціальності «Стоматологія» (Мазур І. П., 2003; Білоклицька Г. Ф., 2003; Павленко О. В., Майструк П. О., 2013; Малий Д. Ю., Антоненко М. Ю., 2013; Бойцанюк С. І., Кузняк Б. В., Кузняк Л. В.; 2014; Холодняк О. В., Добровольська М. К., 2015; Бойцанюк С. І., Залізняк М. С., 2016; Якубова І. І., Кузьміна В. А., 2017; Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. В., 2018; Кривенко Л. С., Тіщенко О. В., Лепіліна К. М., 2020). За даними національних досліджень, потребували стоматологічної допомоги/санації 50,9% населення з числа оглянутих стоматологами в 2016 році; розповсюдженість карієсу у дорослого населення сягає 95,0 – 98,0%; на захворювання тканин пародонту страждає від 81,5% до 86,0% дорослого населення; питома вага злоякісних новоутворень губи та порожнини рота становить 2,0 – 10,0% від усіх злоякісних новоутворень серед населення; на травматичні пошкодження щелепно-лицьової ділянки припадає від 3,2 до 8,0% травм.

Дослідженнями також показано, що внесок у порушення здоров’я порожнини рота українців здійснюють численні фактори ризику: погіршення

якості питної води за бактеріологічними та санітарно-хімічними показниками й незбалансований вміст фтору (Зоріна О. В., 2018; Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, 2019); широке розповсюдження серед населення поведінкових факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), які одночасно є факторами ризику здоров'я порожнини рота (40,0% смертей серед чоловіків працездатного віку та 22,0% смертей серед жінок 20 – 64 років стали наслідком вживання алкоголю; 58,0% українців мають зайву вагу; 6,3 млн. осіб палять тютюн; раціон харчових продуктів пересічного українця незбалансований; фізична активність учнівської молоді нижча за середньодобову норму і з віком зменшується) (Державна установа (ДУ) «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2018).

Завдяки даним дослідженням визначені основні напрями вирішення проблеми здоров’я порожнини рота населення України: посилення профілактичної складової стоматологічної допомоги; своєчасне виявлення онкологічної патології; удосконалення організації планових оглядів населення; підготовка кадрів стоматологічного профілю та їх безперервний професійний розвиток; розробка національних стандартів стоматологічної допомоги; поліпшення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю; удосконалення нормативно-правового регулювання стоматологічної допомоги населенню (Мазур І. П., Павленко О. В., Близнюк В. Г., 2017). Разом з тим, ставлячи за мету наблизити організаційні принципи роботи закладів стоматологічного профілю до таких у розвинених європейських країнах, поза увагою дослідників залишається можливість більш активного використання цільових механізмів управління якістю медичної, у т. ч. стоматологічної, допомоги: ліцензування медичної практики, акредитації закладів охорони здоров’я, сертифікації систем управління якістю, стандартизації медичних технологій.

Актуальність проблеми значною мірою посилюється високими ризиками небезпек при наданні стоматологічної допомоги: інфекційних післяопераційних

ускладнень; травмування пацієнтів під час та запальні процеси в результаті встановлення імплантатів та зубопротезування; підвищення чутливості або виникнення зубного болю в результаті встановлення вінірів та пломбування зубів; механічних пошкоджень зубів та щелеп при інструментальних утручаннях; ускладнень внаслідок місцевого знеболення тощо (Dallaserra M, Poblete F, Vergara C, et al., 2020; Antipovienė A, Narbutaitė J, Virtanen JI. 2021; Smielak, B., Armata, O. & Bojar, W., 2021; Ho JTF, van Riet TCT, Afrian Y, et al. 2021). Це потребує особливої уваги до якості стоматологічних утручань та управління нею з боку керівників закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю.

Актуальності додає введення з 01.01.2019 р. на нормативному рівні добровільної акредитації закладів охорони здоров'я, що в умовах обмежень фінансової підтримки за програмою медичних гарантій слугує демотивуючим фактором щодо запровадження стоматологічних послуг високого рівня якості. У той же час існує можливість підвищення конкурентоспроможності закладів, що надають стоматологічну допомогу, через використання таких механізмів, як акредитація та сертифікація систем управління якістю (Вороненко Ю. В., Павленко О. В., 2018).

Таким чином, в Україні низький рівень здоров'я порожнини рота населення, значне поширення факторів ризику його порушень, високі ризики стоматологічних утручань та слабкий розвиток механізмів управління якістю вимагають подальшого пошуку ефективних моделей систем управління якістю, затребуваних як постачальниками, так і споживачами стоматологічної допомоги та стоматологічних послуг, що обумовило необхідність проведення даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота відповідає темам науково-дослідних робіт кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я (НУОЗ) України імені П. Л. Шупика «Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та

покращення здоров'я населення України» (державний реєстраційний номер 0109U008304, термін виконання – 2009-2014 рр.) та «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020-2024 рр.).

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги; впровадити окремі елементи моделі в сферу охорони здоров'я України.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання наступних **завдань**:

- провести аналіз: стану здоров'я порожнини рота населення світу й України, феномену якості медичної допомоги, міжнародних і вітчизняних досліджень з проблеми якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги, механізмів управління нею та особливостей їх застосування в Україні;
- здійснити аналіз регіональних особливостей стану здоров'я порожнини рота населення Житомирської, Харківської та Чернігівської областей; надати оцінку потреб населення в стоматологічній допомозі;
- визначити ресурсні можливості мережі закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю Житомирської, Харківської та Чернігівської областей у задоволенні потреб населення в стоматологічній допомозі;
- провести дослідження систем управління якістю обласних стоматологічних поліклінік м. Житомир, м. Харків, м. Чернігів, де запроваджені усі управлінські інструменти регулювання якості медичної допомоги (ліцензування, акредитація закладу, стандартизація медичних технологій, сертифікація системи управління якістю стоматологічної допомоги);
- визначити рівень задоволеності стоматологічною допомогою пацієнтів, професійною діяльністю – лікарів-стоматологів досліджуваних закладів;
- дослідити ставлення лікарів-стоматологів до використання технологій стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини;

- здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги в Україні;
- впровадити окремі елементи моделі в сферу охорони здоров'я України та провести експертну оцінку її ефективності.

Об'єкт дослідження: система управління якістю стоматологічної допомоги в Україні.

Предмет дослідження: стан здоров'я порожнини рота населення України та її окремих регіонів; фактори ризику стоматологічних захворювань; законодавче й нормативно-правове регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні; стандарти (протоколи) стоматологічної допомоги; ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, стандарти акредитації закладів охорони здоров'я, міжнародні й вітчизняні стандарти на системи управління якістю; мережа закладів, що надають стоматологічну допомогу, та їх ресурсне забезпечення; менеджмент якості стоматологічної допомоги; задоволеність пацієнтів стоматологічною допомогою, а лікарів- стоматологів – професійною діяльністю; ставлення лікарів-стоматологів до використання технологій стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини.

База наукового дослідження: Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради; Комунальний заклад охорони здоров'я (КЗОЗ) «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків); Комунальний лікувально-профілактичний заклад (КЛПЗ) «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради (усього 3 од.).

З метою вирішення поставлених завдань використовувались наступні методи дослідження:

1) системного підходу і аналізу – для комплексного дослідження системи управління якістю стоматологічної допомоги як складної сукупності взаємопов'язаних між собою і зовнішнім середовищем елементів – суб'єкту управління, об'єкту управління та їх інформаційного забезпечення за шістьма

аспектами (системно-компонентним, системно-функціональним, системно-структурним, системно-інтегративним, системно-комунікаційним, системно-історичним), а також для виявлення та аналізу проблем в наявній системі й визначення концептуальних підходів до їх вирішення;

2) бібліосемантичний – для отримання результатів міжнародних і вітчизняних досліджень з проблеми якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги, механізмів управління нею та особливостей їх застосування в Україні;

3) історичний – для вивчення феномену якості медичної допомоги у його історичній трансформації;

4) медико-географічний – з метою дослідження регіональних особливостей стану здоров’я порожнини рота населення України та факторів ризику, що їх обумовлюють;

5) процесного підходу – для дослідження підходів до ідентифікації та структури процесів в системі управління якістю, методів управління ними та їхньою взаємодією;

6) контент-аналізу – з метою дослідження змісту та організації діяльності закладів охорони здоров’я – провайдерів стоматологічних послуг за визначеними змістовними поняттями, обраними за одиниці аналізу, з виявленням частоти їх згадувань у матеріалах дослідження;

7) соціологічний (анкетне опитування, глибинне інтерв’ю) – з метою отримання релевантної інформації від цільових груп респондентів (пацієнтів – щодо їх задоволеності отриманою стоматологічною допомогою, лікарів-стоматологів – професійною діяльністю, а також щодо ставлення лікарів-стоматологів до використання технологій стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини);

8) медико-статистичний – для математико-статистичної обробки отриманих кількісних даних;

9) графічний – для систематизації й візуалізації текстової та цифрової інформації, отриманої на етапах дослідження;

10) моделювання: концептуального – для медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги; функціонально-структурного – для розробки обґрунтованої моделі;

11) організаційного експерименту – для впровадження окремих елементів запропонованої моделі;

12) експертних оцінок – для отримання незалежної оцінки запропонованої моделі висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги, в основу якої покладено ідеологію збереження, підтримки й відновлення здоров’я порожнини рота населення України як важливої складової загального здоров’я людини, суттєвими інноваційними елементами якої стали:

1) посилення законодавчого регулювання попередження та зменшення вживання населенням тютюнових виробів, виробництва і обігу алкогольних напоїв, споживання цукровмісних продуктів, контролю якості питної води і гігієни довкілля як поступального розвитку державної політики профілактики спільних факторів ризику хвороб порожнини рота та найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань;

2) фінансове покриття щорічного разового профілактичного огляду кожної дорослої особи гігієністом зубним та/або лікарем-стоматологом в межах програми медичних гарантій/регіональних/місцевих програм зміцнення здоров’я населення або інших джерел, не заборонених законодавством;

3) залучення профільних лікарських асоціацій до національної адаптації міжнародних клінічних рекомендацій з надання стоматологічної допомоги на основі принципів доказової медицини з метою широкої імплементації доказових технологій у стоматологічну практику для забезпечення якості і безпеки стоматологічних утручань;

4) диференційований підхід до фінансування стоматологічних послуг в межах програми медичних гарантій, регіональних і місцевих програм здоров'я населення із збільшенням обсягу коштів закладам охорони здоров'я, які мають акредитаційну категорію та/або сертифіковану систему управління якістю медичної допомоги;

5) специфічна для сфери охорони здоров'я, відмінна від універсальної, версія національного стандарту на системи управління якістю «ДСТУ EN 15224:2019 Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT)» як адаптована організаційна технологія забезпечення якості стоматологічної допомоги, що дозволяє більш активно та ефективно його використовувати керівниками закладів охорони здоров'я.

Автором доведено недосконалість законодавства України в частині популяційних стратегій профілактики спільних факторів ризику хвороб порожнини рота та хронічних неінфекційних захворювань, широко розповсюджених серед населення України. Виявлено причини зниження доступності населення до профілактичної та лікувально-діагностичної стоматологічної допомоги: обмеження переліку стоматологічних послуг для дорослих лише ургентною стоматологічною допомогою в межах програми медичних гарантій; ліквідація мережі стоматологічних відділень і кабінетів в закладах первинної медичної допомоги; відсутність підготовки зубних гігієністів.

Установлено причини низького доступу пацієнтів до лікувально-діагностичних технологій, заснованих на принципах доказової медицини, внаслідок тривалого використання в клінічній практиці застарілих вітчизняних стандартів стоматологічної допомоги, розроблених експертним шляхом. Виявлено низьку мотивацію закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю до проходження акредитації і сертифікації; доведено, що труднощі використання стандарту на системи управління якістю пов'язані з універсальністю його вимог, які не враховують специфічні умови медичної практики. Здобувачем проведено оцінку менеджменту якості стоматологічної

допомоги, яка засвідчила недостатній рівень підтримки функціонування систем управління якістю, незважаючи на наявність сертифікату відповідності.

Удосконалено підходи до розподілу вимог до закладів охорони здоров'я між наявними механізмами регулювання якості (на прикладі закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю):

1) нормативно-правових вимог – у ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з медичної практики;

2) вимог до дотримання лікувально-діагностичних технологій і безпеки пацієнтів – у стандартах акредитації;

3) вимог до менеджменту якості – на основі специфічної для сфери охорони здоров'я версії стандарту на системи управління якістю.

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до дослідження систем управління якістю в закладах охорони здоров'я, зокрема, стоматологічного профілю;

- науково-методичні підходи до оцінки дотримання вимог до лікувально-діагностичних технологій і безпеки пацієнтів шляхом перевірки третьою стороною (зовнішніми експертами) в умовах реальної клінічної діяльності.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема, управління якістю стоматологічної допомоги населенню України.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

а) *розробки* вітчизняної концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги;

б) *впровадження* окремих елементів системи в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради, на регіональному та галузевому рівнях управління стоматологічною допомогою;

в) *розробки та впровадження методичних підходів до:*

- оцінки ступеня відповідності та рівня розвитку системи управління якістю стоматологічної допомоги вимогам стандарту на системи управління якістю;
- планування діяльності із забезпечення якісної стоматологічної допомоги;
- формування системи критеріїв і індикаторів якості стоматологічної допомоги як необхідної умови ефективного управління нею.

Результати дослідження використані:

а) *на державному рівні:*

- при підготовці проєкту Постанови Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;
- при розробці та впровадженні національного стандарту України «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я. ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT)» (накази ДП «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості» («УкрНДНЦ») від 26 лютого 2019 р. № 37 «Про прийняття національних стандартів» та від 26 грудня 2019 р. № 505 «Про прийняття та скасування національних стандартів, прийняття змін та поправок до національних стандартів»);

б) *на галузевому рівні:*

- при підготовці проєктів наказів Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від: 14 березня 2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»; 20 грудня 2013 р. № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»; 3 серпня 2021 р. № 1614 «Зміни до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України»; 6 грудня 2021 р. № 2711 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908»;

- при розробці навчального плану та програми циклу тематичного удосконалення лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров’я» кафедри управління охороною здоров’я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» (затверджено вченою радою НУОЗ України імені П. Л. Шупика 13 жовтня 2021 р., протокол № 8); при внесенні змін до навчальних планів і програм циклів спеціалізації та стажування для лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров’я» тривалістю 18, 2 та 1 місяць кафедри управління охороною здоров’я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика в розділі «Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності» (протоколи засідання кафедри № 1 від 06.01.2012 р., № 3 від 15.03.2013 р., № 1 від 15.01.2014 р.);

- при підготовці та виданні методичних вказівок (Семенів І. П., Котуза А. С., Строкань А. М., Круть А. Г., Москаленко Т. Я. Організація та проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості у закладі охорони здоров'я (відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001:2015). *Метод. вказівки*. Держ. упр. справами, Клініч. лікарня «Феофанія», Укр. асоц. якості мед. допомоги. Київ : Леся, 2015. 206 с.);

в) *на регіональному рівні* при внесенні змін до систем управління якістю стоматологічної допомоги в*:* Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради; КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків); КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради упродовж 2018-2021 років, що засвідчено актами впровадження (усього 9 од.).

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначені мета і завдання дослідження, розроблена його програма, обрані методи дослідження, виконані заплановані заходи на усіх етапах дослідження, власноруч сформована база даних з матеріалів дослідження, проведений медико-статистичний аналіз отриманих даних, розроблено примірники анкетних

опитувальників для пацієнтів і лікарів-стоматологів, а також перелік питань для глибинних інтерв'ю для лікарів-стоматологів, написані усі розділи дисертації, сформульовані основні положення та висновки за результатами дослідження, обґрунтовано й розроблено національну концептуальну функціонально-організаційну модель системи управління якістю стоматологічної допомоги, обґрунтовано достовірність отриманих результатів. Здобувачем одноосібно опубліковано вісім наукових праць у наукових фахових виданнях України, три тези у матеріалах науково-практичних конференцій з міжнародною участю.

У роботах, виконаних у співавторстві, внесок автора є визначальним і полягає в висуванні ідеї написання статті/тез, постановці завдань, збиранні даних, написанні основної частини, проведенні формального медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Апробація матеріалів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладені в доповідях та тезах доповідей, представлених автором на міжнародному рівні на:

- міжнародній науково-практичній конференції «New trends and unsolved issues in medicine : conference proceedings (July 29–30, 2022. Riga, the Republic of Latvia). Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2022;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, (м. Київ, 17 вересня 2021 р.);
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «Наука, технології та практика в стоматології» з нагоди 40-річчя відновлення кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету (м. Харків, 30 жовтня 2019 р.);
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015» (м. Київ, 20-21 жовтня 2015 р.);

на національному рівні на:

- науково-практичній конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти» (м. Київ, 9 грудня 2021 р.);

Структура та обсяг дисертації. Повний текст дисертаційної роботи викладений на 410 сторінках друкованого тексту (основний – на 312 сторінках), і складається з анотації, вступу, восьми розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 225 од. (з них 79 – англомовних), 10 додатків. Дисертація ілюстрована 32 таблицями, 17 рисунками.

РОЗДІЛ 1
ЯКІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК СВІТОВА ПРОБЛЕМА (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Аналіз стану здоров’я порожнини рота населення світу та України

Здоров'я порожнини рота є одним із складників загального здоров'я, благополуччя та якості життя людини. ВООЗ визначає здоров'я порожнини рота як «стан, що характеризується відсутністю хронічного болю в порожнині рота й в області обличчя, раку ротової порожнини й горла, інфекцій і виразок порожнини рота, захворювань пародонту, зубного карієсу, випадіння зубів та інших захворювань і порушень здоров'я, що обмежують можливості людини кусати, жувати, посміхатися й говорити, та її психосоціальне благополуччя» [1]. За даними експертів, найчастіше патологічні ураження порожнини рота включають зубний карієс, захворювання пародонту (ясен), онкологічні захворювання, внутрішньоротові прояви ВІЛ-інфекції, травми порожнини рота і зубів, розколину губи й піднебіння та ному. Серед них карієс зубів, періодонтит, рак ротової порожнини та глотки є найбільш актуальною проблемою охорони здоров'я як у промислово розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються [2].

Загалом, за даними глобального дослідження тягаря хвороб 2016 року, на захворювання порожнини рота страждає половина населення світу. Зокрема, невиліковним карієсом постійних зубів уражено від 2 до 3 млрд. осіб, а первинних – більше 560 млн. дітей. Важкі періодонтальні захворювання серед найбільш поширених хвороб у світі займають 11-е місце [3].

За 2010 – 2019 роки у показниках поширеності усіх хвороб цієї локалізації рівень їх зріс з 43,667.26 до 45,035.06 на 100 тис. нас. світу, зокрема, хвороб пародонту – з 12,036.80 до 14,053.28 на 100 тис. нас., раку губи та порожнини рота – з 15,42 до 18,12 на 100 тис. нас. Високими залишалися рівні

ураженості населення карієсом – 26,338.48 на 100 тис. нас. у 2010 році, 26,245.85 – у 2019 році. У країнах Східної Європи за вказаний період при зростанні накопичення хвороб порожнини рота з 51,654.99 до 51,876.10 на 100 тис. нас. цього регіону, поширеність хвороб пародонту зросла з 12,036.80 до 14,053.28 на 100 тис. нас., а раку губи та ротової порожнини – з 1493 до 1675 на 100 тис. нас. Поширеність карієсу незначно зменшилася – з 32,703.78 до 31,275.23 на 100 тис. нас., але перевищувала світові показники [4, 5].

Результати дослідження, опубліковані Listl S. та співавторами, засвідчили, що в 2010 році прямі економічні витрати, пов'язані з лікуванням захворювань порожнини рота, були оцінені на рівні 298 млрд дол. США, що відповідає в середньому 4,6% світових витрат на охорону здоров'я. Непрямі витрати, зумовлені захворюваннями зубів у всьому світі, склали 144 млрд дол. США на рік. Таким чином, загальні економічні наслідки стоматологічних захворювань становили у 2010 році 442 млрд дол. США [6].

За даними Patel R., в світі спостерігається нерівність у стані здоров'я порожнини рота, яка залежить від віку, статі, соціально-економічного та освітнього рівнів, країни проживання. Існує нерівність між соціальними класами та між окремими групами етнічних меншин [7].

Проблема здоров’я порожнини рота зберігається тривалий час актуальною й в Україні, на що постійно вказують ряд авторів (Мазур І. П., 2003; Білоклицька Г. Ф., 2003; Павленко О. В., Майструк П. О., 2013; Малий Д. Ю., Антоненко М. Ю., 2013; Иванов В. С., Деньга О. В., Рейзвих О. Э., 2013; Бойцанюк С. І., Кузняк Б. В., Кузняк Л. В.; 2014; Холодняк О. В., Добровольська М. К., 2015; Бойцанюк С. І., Залізняк М. С., 2016). Однак аналіз наукових публікацій засвідчив, що епідеміологічні дослідження захворювань порожнини рота в нашій країні носять фрагментарний характер; в базі даних Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України відсутні європейські індикатори стоматологічного здоров’я, рекомендовані в 2003 році Генеральною директорією Європейської Комісії з охорони здоров'я та захисту прав споживачів. Зокрема, на популяційному рівні не відстежуються

число каріозних, пломбованих або вирваних зубів у населення віком 12 років, середня чисельність людей з відсутніми зубами у віковій групі 35 – 44 роки, відсоток дітей без карієсу в віці п’яти років, відсоток загального зубопротезування у віковій групі 65 – 74 роки. Бракує аналітичних матеріалів, які б дозволили визначити стратегічні й оперативні цілі з покращення стоматологічного здоров’я українців. Отже, невирішеність проблеми вимагає подальших наукових досліджень.

За тими ж даними глобального дослідження тягаря хвороб 2016 року, поширеність усіх хвороб порожнини рота серед українців зросла з 50,700.65 у 2010 році до 51,351.75 у 2019 році на 100 тис. нас., у т. ч., хвороб пародонту – з 15,216.46 до 15,931.00 на 100 тис. нас., раку губи та ротової порожнини – з 2456 до 3192 на 100 тис. нас.; поширеність карієсу незначно зменшилась з 31,501.68 до 30,833.52 на 100 тис. нас., але залишається на високих рівнях.

Результатами аналізу доступних вітчизняних наукових і статистичних джерел встановлено, що стан здоров’я порожнини рота населення України визначається за потребами у стоматологічній допомозі [8]. Як вказують автори, впродовж 2008-2017 років серед планово оглянутих пацієнтів потребували санації 52,7% (55,6% дорослих та 48,7% дітей до 17 років). Найвища потреба у лікуванні відмічалась у 2017 р. у населення Закарпатської (74,7%), Львівської (72,3%), висока потреба – у населення Чернігівської (66,9%), Тернопільської (61,6%), Івано-Франківської (64,0%) областей.

Серед дитячого населення найбільш висока потреба в лікуванні виявлялась у Закарпатській (73,6%), Львівській (68,6%) областях та м. Києві (59,1%).

Розповсюдженість карієсу серед дорослого населення досягала 95,0 – 98,0% в залежності від регіону України при значній інтенсивності (число каріозних, пломбованих або вирваних зубів дорівнює 4 – 6). Найбільша поширеність карієсу та його ускладнень спостерігалася в регіонах із екологічно несприятливими умовами [9].

Проведені дослідження поширеності та інтенсивності раннього дитячого карієсу у дітей України засвідчили значні коливання показників при загальній тенденції до їх високих рівнів. Так, за даними аналізу Якубової І. І. та Кузьміної В. А., у дітей 3-х років простежувались відповідні показники: в м. Київ – 31,7% та 2,6 (Савичук, 2011), м. Дніпропетровськ (зараз – м. Дніпро) – 43,47±2,18%, 3,03±0,16 (Ковач, 2010), м. Львів – 42,7% та 1,61 (Смоляр, Безвушко і Чухрай, 2009), м. Луганськ – 21,0% та 1,3 (Онопрієнко, Устименко і Яремчук, 2012), м. Запоріжжя – 48,72% та 3,28±0,27 (Гавриленко, 2007) [10].

Дослідження стану здоров'я порожнини рота дітей м. Чорноморськ Одеської області показали, що поширеність карієсу постійних зубів у дітей віком 15 років становила 70,5% [11]. Поширеність карієсу постійних зубів у дітей віком 15 років м. Полтава на рівні 81,0±3,8% виявлено дослідженнями Поліщук Т. В. [12]. Серед усіх підлітків м. Харків поширеність карієсу постійних зубів становила 91,0% [13]. Широкомасштабні дослідження стану здоров'я порожнини рота дітей України, проведені в 2003 – 2017 роках, засвідчили високу поширеність карієсу зубів у дітей 15 років у різних регіонах: Волинській – 96,67%; Луганській – 75,0%; Дніпропетровській – 78,33%; Київській – 95,0%; Полтавській – 63,33%; Одеській областях – 76,0%; м. Львів – 80,0%; поширеність запалення тканин пародонту становила в середньому по регіонам 53,2%, а симптом кровоточивості ясен виявлявся у 37,9% підлітків [14, 15].

На захворювання тканин пародонту в Україні, за даними Смірнової І. В., (2016), страждає від 81,5% до 86,0% дорослого населення, а за даними Безценної Т. С. (2016) – 85,0 – 95,0% населення, зокрема, 60,0 – 80,0% дітей [16, 17].

У різних регіонах України захворюваність пародонту має свої відмінності, зберігаючись практично на одному рівні по кожному регіону за поширеністю та інтенсивністю впродовж 2008 – 2015 років (близько 0,27 ± 0,02 на 100 тис. нас. у Чернігівській та 0,23 ± 0,01 – у Сумській областях, 0,37 ± 0,04 на 100 тис. нас. – в Харківській області [18].

Окремі дослідження серед осіб молодого віку засвідчили, що більш ніж у 70,0% обстежених спостерігались ті чи інші ознаки ураження пародонту, а найбільш значимими серед них були явища запалення та кровоточивості [19]. Поширеність хвороб пародонту, за даними досліджень Малого Д. Ю., Антоненка М. Ю. (2013), становила: у м. Кіровоград (тепер – м. Кропивницький) у осіб 15 – 17 та 20 – 24 роки 66,0%; у м. Київ у осіб 16 – 18 років – 33,6%, 19 – 20 років – 57,2%, 21 – 25 років – 61,2%, 26 – 30 років – 73,3%; у м. Одеса в осіб віком 17 – 25 років – 45,7%; у м. Полтава в осіб 17 – 26 років – 62,7% [20].

У дітей з хвороб пародонту найчастіше спостерігають хронічний катаральний гінгівіт, розповсюдженість якого, за даними різних авторів, становить до 90,0% Загалом частота ураження населення України хворобами пародонту має тенденцію до зростання, особливо у дітей та осіб молодого віку [21].

Питома вага злоякісних новоутворень губи та порожнини рота становить від 2,0 до 10,0% від усіх злоякісних новоутворень населення України. У 2016 – 2017 роках серед чоловіків питома вага злоякісних новоутворень губи складала 2,7%, ротової порожнини – 1,7%, серед жінок – по 0,5% відповідно. Поширеність злоякісних новоутворень губи загалом дорівнювала 32,7 на 100 тис. нас., у т. ч. серед чоловіків – 52,9, жінок – 15,2 на 100 тис. відповідного населення, ротової порожнини – відповідно 25,1, 34,4, 17,1 на 100 тис. нас. Однак, незважаючи на відносно невисокі показники поширеності, при злоякісних новоутвореннях губи не прожили й року 9,4% хворих, а в деяких областях – від 12,1 до 33,3% осіб; при злоякісних новоутвореннях ротової порожнини – 38,8%, а в окремих областях – більше 45,0%, що підкреслює соціальне значення цих форм злоякісних новоутворень [22, 23].

За даними дослідників, в Україні щороку зростає число осіб, травмованих у дорожньо-транспортних аваріях, побутових умовах та криміногенних ситуаціях. Особливістю травм є значне зростання поєднаних, множинних і комбінованих пошкоджень. Дані аналізу архіву пацієнтів із травматичними

пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки клініки кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О. О. Богомольця показали, що переважну більшість пошкоджень складають травми м'яких тканин – 73,6%, зубів – 18,8%, кісток – 20,5%, серед останніх переважають переломи нижньої щелепи – 16,2%, зокрема, переломи альвеолярного відростка щелепи складають 65,0%. Травми м'яких тканин траплялись у 12,3% випадків, переважно внаслідок укусів тваринами [24].

За даними тих же досліджень, найчастіше травма постійних зубів виявлялась у віковій групі 7 – 15 років; травмувались переважно фронтальні зуби верхньої щелепи, як у тимчасовому, так і в змінному прикусі. Хлопчики травмувались у два рази частіше дівчаток. Траплялись також пошкодження зв’язкового апарату постійних зубів, частіше у віці 6 – 12 років, а твердих тканин – після 12 років. Травми тимчасових зубів спостерігались у 30,0 - 45,0% усіх травмованих відповідної вікової категорії. Серед пошкоджень тимчасових зубів виявлялись вивихи, які переважали у віці до двох років, та переломи, в основному коронкової частини зуба, які частіше діагностувались у дітей віком від 2,5 до п’яти років [25].

Розколини верхньої губи та піднебіння являються однією з найбільш розповсюджених вад розвитку обличчя, в світі діагностується один випадок на 500-1000 новонароджених, з яких 70,0% складають вроджені розколини верхньої губи та піднебіння, а 30,0% — різні форми крантосиностозів та черепно-лицьових дизостозів [26, 27]. У різних областях України, за даними аналітичних досліджень, показники частоти народження дітей з розколинами верхньої губи та піднебіння наближаються до середньоєвропейських і становлять 1:650 від усіх новонароджених та 0,99 на 1000 дітей в різних регіонах країни [28].

За даними МОЗ України, захворюваність слизової оболонки порожнини рота серед усього населення України, зареєстрована за зверненнями до закладів охорони здоров’я системи МОЗ України, зростала за період 2008 – 2012 років з

101,5 до 110,2 на 10 тис. нас. У 2017 р. показник знизився до 93,7 на 10 тис. нас.; на цей показник вплинули зміни у військово-політичній ситуації в Україні, внаслідок якої відсутні дані по Автономній Республіці Крим і частині територій Донецької та Луганської областей. Аналогічна динаміка, але більш високі показники за рівнями, простежувалась серед дитячого населення (відповідно 153,7, 179,0 та 144,9 на 10 тис. дит. нас.); серед населення віком 18 років і старше рівні складали відповідно 89,2, 95,6 та 82,4 на 10 тис. дитячого населення.

Ураження слизової оболонки порожнини рота зустрічаються у 30,0 - 80,0% людей з ВІЛ-інфекцією. Вони включають грибкові, бактеріальні або вірусні інфекції. Найпоширенішим є кандидоз ротової порожнини, що часто стає першим симптомом хвороби на її ранній стадії, та постійним джерелом опортуністичних інфекцій [29]. Україна залишається регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ та лідером у Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції постійно зростає. За даними Центру громадського здоров’я МОЗ України, станом на січень 2019 р., із 1987 р. в Україні офіційно зареєстровано 335 111 випадків ВІЛ-інфекції, з яких у 111 706 пацієнтів діагностовано синдром набутого імунодефіциту. Така епідемічна ситуація збільшує ризики ураження слизової оболонки порожнини рота.

Таким чином, стан стоматологічного здоров’я населення України можна охарактеризувати загалом як несприятливий внаслідок високого рівня розповсюдженості карієсу та хвороб пародонту, зокрема, серед дітей, підлітків та осіб молодого віку, значного внеску випадків злоякісних новоутворень губи та ротової порожнини в рівень смертності населення, значимого впливу травматичних пошкоджень щелепно-лицьової ділянки (м’яких тканин, постійних та тимчасових зубів, переломів щелеп) та вроджених аномалій розвитку (розколини верхньої губи та піднебіння) на формування здоров’я дитячого населення, постійної загрози зростання інфекційних уражень слизової оболонки ротової порожнини внаслідок несприятливої епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції.

Стан здоров’я населення, зокрема, порожнини рота, формується під впливом багатьох факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, розуміння особливостей яких дозволяє формувати та удосконалювати напрями профілактики захворювань та організації стоматологічної допомоги.

1.2. Провідні фактори ризику порушень здоров’я порожнини рота населення

Експерти ВООЗ розподіляють фактори ризику для здоров'я, зокрема, порожнини рота, на екологічні, економічні, соціальні, поведінкові, фізіологічні та метаболічні [30, 31].

Серед екологічних факторів ризику провідне значення для стану загального здоров’я та, зокрема, порожнини рота, належить якості води, як незамінної складової середовища для життєдіяльності людини, та доступу населення до послуг водопостачання.

У 2014 – 2018 роках в Україні спостерігалось погіршення якості питної води як за бактеріологічними, так і за санітарно-хімічними показниками, особливо в сільських водопроводах і джерелах децентралізованого водопостачання. За оперативними даними Держспоживслужби України, на 68,0% перевірених об’єктів централізованого водопостачання встановлено порушення санітарного законодавства. Зокрема, 5,0% проб питної води не відповідали нормам за мікробіологічними показниками, 1,0% – за санітарно-хімічними показниками. На об’єктах децентралізованих джерел водопостачання відповідні показники складали 18,0% та 14,0%. Воду з цих джерел, переважно колодязів та індивідуальних свердловин, які знаходяться в переважній більшості в незадовільному технічному стані, споживає три чверті сільського населення України [32, 33].

Головними чинниками забруднення джерел децентралізованого водопостачання дослідники вважають використання органо-мінеральних та фосфатнокалійних добрив, що містять іони важких металів, хімічних засобів

захисту рослин, а також антропогенний вплив стічних вод, органічних відходів, звалищ і локальне забруднення повітря. [34].

Крім гігієнічної складової, докорінним чином на стан здоров'я порожнини рота впливає хімічний склад води, зокрема, її насиченість фтором. Оптимальна для людини концентрація фтору у воді становить 1,2 мг/л, низькі концентрації (0,45 мг/л) спричиняють карієс, дуже низькі (0,25 мг/л) призводять до ендемічних уражень карієсом. У той же час споживання води з понаднормовим вмістом фтору є причиною ендемічного флюорозу у населення, а незбалансованість вмісту фтору в воді викликає, крім стоматологічних захворювань, остеосклероз, нервові хвороби, порушення обміну речовин в організмі, порушення роботи нирок, прискорене старіння організму людини. За даними ВООЗ, в світі 2,1 млрд осіб не забезпечені безпечно організованими послугами водопостачання, зберігається чітко виражена географічна, соціальна та економічна нерівність до доступу поліпшених джерел питної води. Це зумовлює низький рівень дотримання санітарії, що негативно впливає на загальну гігієну та, зокрема, на гігієну порожнини рота [35 – 37].

За даними науковців у сфері геохімії фтору Інституту геохімії, мінералогії та рудоутворення ім. Н. П. Семененко Національної академії наук України Жовинського Е. Я. та Крюченко Н. О. (2007), в Україні виділено чотири основні геохімічні області з різним вмістом фтору та його сполук у природних водах. Нульовий і низький рівні вмісту фтору в питній воді (0,0 – 0,3 мг/л) спостерігаються в Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Львівській, Волинській, Рівненській областях. Знижений рівень вмісту фтору в питній воді (0,3 - 0,6 мг/л) має місце у Житомирській, Хмельницькій, Вінницькій, Одеській, Миколаївській, Херсонській, Київській, Запорізькій областях та АР Крим. До областей з нормальним вмістом фтору (0,6 – 1,5 мг/л) відносяться Чернігівська, Черкаська, Луганська, Сумська та Харківська області. Підвищений вміст фтору (1,5 – 3,0 мг/л) спостерігається в питній воді в Полтавській, Кіровоградській, Дніпропетровській, Донецькій областях. Однак державна програма «Питна вода

України» на 2001-2020 роки не містила заходів контролю за мікроелементним складом води, зокрема, його відповідності змісту фтору [34, 38].

До поведінкових факторів ризику здоров'я експерти відносять поширеність тютюнопаління (кількість цигарок в день) серед дорослого населення, споживання фруктів і овочів менше 400 грамів на день (менше п'яти порцій) дорослим населенням, споживання алкоголю, споживання солі більше п'яти грамів на день дорослим населенням), поширеність гіподинамії (30-хвилинна фізична активність помірного ступеня менше п'яти разів на тиждень або 20-хвилинна фізична активність високого ступеня інтенсивності менше трьох разів на тиждень) [39, 40]. Зазначені фактори є спільними для багатьох хвороб, у т. ч., порожнини рота [41, 42].

Зокрема, підвищення рівня фізичної активності грає важливу роль у скороченні на 25,0% ризику передчасної смертності від основних ХНІЗ, поширеності підвищеного артеріального тиску та зупинення зростання розповсюдженості діабету й ожиріння, які є фізіологічними та метаболічними факторами ризику здоров'я порожнини рота [43].

Фізіологічні та метаболічні фактори ризику, разом із поведінковими, є спільними для більшості хвороб порожнини рота та для домінуючих ХНІЗ у структурі захворюваності й смертності населення світу (серцево-судинних хвороб, раку, хронічних респіраторних захворювань і діабету): поширеність діабету серед дорослого населення (рівень цукру в сироватці крові натще ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) або прийом препаратів для зниження рівня цукру в крові), артеріальної гіпертензії серед дорослого населення (рівень систолічного тиску ≥ 140 мм рт. ст. та / або рівень діастолічного тиску ≥ 90 мм рт. ст. або прийом антигіпертензивних препаратів), надлишкової маси тіла й ожиріння серед дорослого населення й підлітків (надмірна вага = ІМТ> 25 кг/м^2, ожиріння = ІМТ> 30 кг/м^2; для підлітків – згідно з довідковими показниками зростання ВООЗ), низької маси тіла при народженні (<2,5 кг), гіперхолестеринемії серед дорослого населення (загальний рівень холестерину в сироватці крові ≥ 5,0 ммоль/л або 190 мг/дл) [44].

Установлений також тісний взаємозв'язок між захворюванням на цукровий діабет і розвитком та прогресуванням хвороб пародонту, між споживанням цукру, ожирінням і зубним карієсом [45 – 48].

Як зазначають дослідники, по стану порожнини рота можна розпізнати ознаки діабету, ВІЛ/СНІДу, гепатиту, артриту, кардіоваскулярних хвороб, імунних порушень, патології шлунково-кишкового тракту. І, навпаки, ураження порожнини рота призводять до підвищеного ризику погіршення загального здоров'я. Отже, усунення цих загальних факторів ризику може покращити як загальне здоров'я, так і здоров’я порожнини рота [49 – 51].

Разом з тим, поведінкові фактори ризику залишаються актуальною проблемою серед населення країн світу, зокрема, України. Так, за даними видання Health at a Glance 2017 OECD Indicators [52], у країнах ОЕСР більше 18,0% дорослих щодня палять тютюном (14,0% жінок і 23,0% чоловіків). Найвищі ставки в Греції, Угорщині та Туреччині, а також Індонезії (понад 25,0%), а найнижчі – в Мексиці та Бразилії (менше 10,0%). Незважаючи на зменшення в цілому споживання алкоголю в ОЕСР з 2000 року з 9,5 літрів до 9,0 літрів чистого спирту на душу населення щорічно, в 13 країнах ОЕСР споживання фактично збільшилося в межах з 0,1 до 1,0 літра. У середньому лише 60,0% людей в ОЕСР споживають овочі щодня (65,0% жінок, 55,0% чоловіків). По всьому ОЕСР в середньому 66,5% людей виконують 150 хвилин помірної фізичної активності на тиждень, а 54,0% населення має надлишкову вагу, в тому числі 19,0% страждають ожирінням.

За виокремленими даними по Європейському регіону ВООЗ показники поширеності вживання тютюну серед дорослих найвищі в світі в усіх шести регіонах – серед 29,0% громадян у віці 15 років і старше. Споживання алкоголю в Європейському регіоні в цілому, як і в країнах ОЕСР, за останні роки знижується, але в порівнянні з іншими регіонами залишається найвищим в світі з великими коливаннями в рівнях споживання в різних країнах, які становили в 2014 році від 1,1 до 15,2 літра на душу населення на рік. Показник надлишкової

маси тіла збільшився з 55,9% населення в 2010 році до 58,7% в 2016 р, а показник ожиріння – з 20,8% до 23,3% [53].

Серед населення України широко розповсюджені поведінкові фактори ризику хронічних неінфекційних хвороб, які одночасно є факторами ризику здоров'я порожнини рота. За період 2010 – 2019 років знизилось вживання молока та молочних продуктів українцями з 19,2 до 19,0 кг, риби та рибних продуктів – з 1,8 до 1,5 кг, рослинних жирів – з 1,8 до 1,4 кг, овочів – з 9,5 до 8,8 кг на місяць на одного жителя при рекомендованих нормах овочів 12 кг на місяць на одну особу. Споживання цукру також знизилось з 3,0 до 2,6 кг на місяць на одну особу, але залишалось майже у два рази вище норм, що рекомендує ВООЗ [54].

За даними опитування населення в 2018 році, у віці 12 років і старше курили тютюн 5 959,1 тис. осіб. Висока інтенсивність куріння – від 11 до 15 сигарет на добу – спостерігалась у 12,9% курців, від 16 до 20 сигарет на добу – у 33,1% курців, усього у 46,0% курців [55]. У той же час Україні не розроблені заходи контролю за виконанням законодавства щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів.

Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю реєструвались на кінець 2018 р. у 456 158 осіб, що складало 1080,51 на 100 тис. нас., а гострі психотичні алкогольні розлади – у 2 544 осіб, або у 6,03 на 100 тис. нас. У той же час цільового законодавства щодо боротьби з алкоголізмом в Україні не напрацьовано. Основним регуляторним актом боротьби з алкоголізмом слугує «Кодекс про адміністративні порушення», яким передбачаються низькі штрафи за розпивання спиртних напоїв у невстановлених місцях, порушення правил їх реалізації або вживання неповнолітніми [56].

Цільовими дослідженнями серед окремих контингентів населення України доведено, що основними факторами ризику хвороб порожнини рота, зокрема, карієсу, серед молоді є: нераціональне харчування (74,81±0,56%), низький рівень гігієни порожнини рота (59,27±0,73%), наявність соматичних

захворювань (40±0,30%), шкідливі звички (31,85±0,24%), зневага до спорту (48,88±0,36%), хронічне психоемоційне напруження (38,51±0,29%) [57].

Ключовими факторами розвитку карієсу в дітей вважають споживання солодких продуктів і напоїв. Встановлено чітке співвідношення між споживанням цукрів і карієсом зубів. Вагомий внесок у розвиток карієсу належить недостатньому використанню фторованої зубної пасти, води, молока. Підтримка здоров'я порожнини рота у дітей молодшого віку та сімей полягає у чищенні зубів двічі на день, використанні ефективної фторованої зубної пасти, зменшенні споживання цукристих продуктів і напоїв щодня, достатнє вживання фруктів і овочів [58, 59]. У той же час споживання цукоровмісних напоїв в Україні законодавчо не регулюється.

В антенатальний період серед найвагоміших некерованих чинників ризику виникнення карієсу встановлені: особливості перебігу вагітності, наявність супутніх хронічних захворювань органів і систем у жінки, порядковий номер вагітності, вік її під час вагітності. До керованих чинників ризику в антенатальній період відносяться харчування жінок та їх стоматологічний статус. У постнатальний період некеровані чинники – це стан немовляти при народженні та через 5 хвилин за шкалою APGAR, вага, наявність супутніх хронічних захворювань. Керованими чинниками ризику в постнатальний період є вигодовування (його вид і тривалість), стан гігієни порожнини рота, наявність дисбіозу, уживання дитиною надмірної кількості вуглеводів [60, 61].

Хронічне запалення слизової оболонки пародонту викликається неналежною гігієною порожнини рота та вживанням тютюну, а також різними видами незнімних зубних конструкцій, патогенними мікроорганізмами (вірусами, бактеріями, грибами), що потрапляють до порожнини рота або циркулюють у організмі; зневодненням організму, а також станами, що призводять до пересушування слизової оболонки, хімічними та термічними опіками, гормональними змінами під час вагітності та менопаузи. Вживання

тютюну, алкоголю та горіха катеху (бетеля) входить до числа основних причин раку порожнини рота [62 – 64].

Причинами травм порожнини рота і зубів можуть бути: стан ротової порожнини (неправильний прикус, при якому верхня щелепа значно перекриває нижню); фактори, пов'язані з навколишнім середовищем (наприклад, небезпечні ігрові майданчики і школи); поведінка високого ризику; насильство [65]. Генетична схильність є важливим фактором вроджених патологій, інші змінні фактори ризику включають неналежне харчування матері, вживання тютюну й алкоголю, а також ожиріння під час вагітності.

Рівень гігієни порожнини рота визначений одним із чинників ризику виникнення стоматологічних захворювань. Проведені дослідження підтвердили важливість якісного догляду та дотримання гігієни порожнини рота. Зокрема, проведене дослідження серед населення працездатного віку великого промислового міста України показало, що провідними факторами низького рівня гігієни порожнини рота є гігієнічна неграмотність досліджуваного контингенту. Установлено, що мають місце зневага до загальновідомих банальних правил догляду за порожниною рота, зокрема, заміна зубної щітки кожні три місяці, чищення зубів не менше ніж двічі на добу, планове відвідування стоматолога не рідше ніж один раз на півроку, відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю 1 – 2 рази на тиждень і частіше) [66, 67].

Дані Європейського обстеження санітарної грамотності населення засвідчили, що майже у половини обстежених жителів європейських країн санітарна грамотність недостатня або проблематична, що корелює з більш ризикованою поведінкою та, як наслідок, більш слабким здоров’ям, у тому числі, порожнини рота [68].

Відомий тісний зв’язок між соціально-економічним статусом населення (доходом, родом занять і рівнем освіти) й поширеністю та ступенем тяжкості захворювань порожнини рота. Низький рівень життя виявився майже у чверті населення нашої країни, оскільки з 2004 по 2019 роки кількість населення з

середнім доходом на одну особу на місяць нижче фактичного прожиткового мінімуму зросла з 6,3 млн осіб до 8,9 млн осіб, або з 16,7% до 23,1% від усього населення [69 – 71].

За даними аналізу самооцінки доступності медичної допомоги членам домогосподарств, кількість населення, яка зверталася за останні 12 місяців до стоматолога в державний заклад охорони здоров’я, дорівнювала в 2016 році 13,9% від усієї чисельності, в 2017 році – 14,2%, а в заклади приватної форми власності – відповідно 8,1% та 7,8%, тобто, пацієнти віддавали перевагу більш дешевим послугам у закладах державної форми власності. Бар’єри на шляху до стоматологічної допомоги відчули члени 1215,3 тис. домогосподарств у 2016 році, 1483,3 тис. домогосподарств – у 2017 році, з них з причин високої вартості послуг у 2016 році – 95,7% осіб, у 2017 році – 98,0% осіб [72].

Дослідження факторів ризику здоров’я порожнини рота дозволили експертам ВООЗ та науковцям зробити висновки, що тягар захворювань найбільш поширених ХНІЗ, зокрема, порожнини рота, можна зменшити за допомогою заходів громадської охорони здоров'я, спрямованих проти загальних факторів ризику, та перехід від традиційного лікувального підходу до профілактичного [73].

Вони включають:

- просування добре збалансованого раціону харчування (з низьким вмістом вільних цукрів, належним споживанням фруктів і овочів);
- скорочення масштабів паління, використання бездимного тютюну, включаючи жування горіха катеху;
- зменшення рівня споживання алкоголю;
- використання захисних засобів під час занять спортом і поїздок на моторизованих транспортних засобах;
- вживання заходів щодо підтримки оптимального вмісту фтористих з'єднань у питній воді; використання таких джерел фтору, як фторовані питна вода, сіль, молоко й зубна паста;

- регулювання маркетингу і просування солодких харчових продуктів для дітей та введення податків на підсолоджені напої;
- санітарне виховання населення з підтримки гігієни порожнини рота;
- створення навколишнього середовища, сприятливого для зміцнення здоров'я порожнини рота (здорові міста, здорові робочі місця й здорові школи);
- достатній доступ до первинних послуг з охорони здоров'я порожнини рота;
- фінансовий захист населення й розширення бюджетних можливостей для охорони здоров'я порожнини рота.

Отже, заходи з послаблення впливу факторів ризику на здоров’я населення набувають великого значення як комплексна складова вирішення проблеми поліпшення здоров’я нації, зокрема, здоров’я порожнини рота. Свій внесок у вирішення цієї проблеми мають здійснювати заклади охорони здоров’я як найважливіші складові елементи системи охорони здоров’я України. Це можливо в разі використання ними якісних профілактичних і лікувально-діагностичних технологій, кадрових, матеріально-технічних, інфраструктурних, інформаційних ресурсів та якісних систем управління.

1.3. Категорія якості в сфері охорони здоров’я: трансформація поняття від започаткування до сьогодення

Категорія якості охоплює філософські, соціальні та економічні аспекти.

Трактування якості з філософської точки зору продовжувалось протягом століть і сьогодні за результатами узагальнення дозволяє науковцям розглядати якість як характеристику певного об’єкта, яким можуть бути явище, процес, предмет тощо. Ця характеристика торкається властивостей об’єкта і є унікальною для нього, оскільки дозволяє відрізнити його від інших об’єктів. Соціально-економічний аспект якості пов’язаний із тим, що завдяки визначеним властивостям об’єкт спроможний задовольнити потреби споживача, оскільки виступає в ролі продукції або послуги [74].

Отже, цілком закономірно, що якість у сфері охорони здоров’я тісно торкається характеристик медичної допомоги, медичної послуги, медичного обслуговування, і тому є предметом постійної уваги країн, їх урядів, пацієнтів, медичних працівників, науковців.

Якість визначена поняттям, що постійно змінюється, оскільки з часом змінюються потреби споживачів, які оцінюють продукцію або послугу через їх якісні характеристики. В Україні зміни в потребах суспільства щодо характеристик якості медичної допомоги відображені в законодавчих і нормативно-правових актах, що регулюють реформування охорони здоров’я [75, 76].

Результати вивчення матеріалів дослідження за темою засвідчили, що поняття якості залишається актуальним для світових систем охорони здоров’я в різні історичні періоди та регулярно піддається аналізу. Доповнення, уточнення змісту поняття якості дозволяє по-новому вибудовувати стратегію і політику в сфері якості й тим самим сприяти просуванню систем охорони здоров’я в напрямку досягнення кращих результатів у збереженні й відновленні здоров’я населення та наданні медичної допомоги. Разом з тим слід зазначити, що не простежується кардинального заперечення прелімінарних характеристик якості в оновлених визначеннях; навпаки, вони слугують основою і складовими більш сучасних характеристик якості як неоднозначного поняття.

У табл. 1.1 наведено основні змістовні характеристики якості медичної допомоги в хронологічному аспекті.

Як відомо, звичний вислів для медичних працівників «Перш за все, не нашкодь», має пряме відношення до категорії якості медичної допомоги. Зокрема, про його актуальність в наш час, незважаючи на тривалий історичний термін існування, свідчать дані наукових досліджень і факти нанесення шкоди пацієнтам. Так, за статистичними даними ВООЗ, загалом вірогідність спричинення шкоди пацієнтам становить 1:300 випадків. Від помилкового призначення лікарських засобів щодня помирає одна людина. На кожні 100 госпіталізованих реєструється 14 випадків внутрішньолікарняних інфекцій, а

більше мільйона пацієнтів гинуть щороку від післяопераційних ускладнень. Спричинення шкоди пацієнтам внаслідок несприятливих подій входить в десятку провідних причин смертності та інвалідності в світі [77 – 79].

В Україні, за даними президента ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» Ірини Сенюти, найчастіше страждають пацієнти від надання неякісних послуг в сфері акушерства та гінекології, стоматології, травматології, хірургії і психіатрії. Зокрема, при отриманні стоматологічної допомоги пацієнти стикаються з травмуванням під час та запальними процесами в

Таблиця 1.1

Основні характеристики якості медичної допомоги в хронологічному аспекті

№	Джерело, рік	Характеристики якості	Додаткова інформація
1	2	3	4
1	Томас Сиденгам, 1860	«Не нашкодь»	Аксіома, покладена в основу такої характеристики якості, як безпека
2	Donabedian A., 1966, 1980	Якість структури, процесу, результату	Започаткування системно-процесного підходу до управління якістю
3	John Ovretveit, 1992	Три відправні точки якості: очікування пацієнта; якість з точки зору професіоналів; якість системи управління	Використання концепції TQM* (А. Фейгенбаум, 1957) в охороні здоров’я
4	ВООЗ, 2000	Робити правильну справу правильній людині в потрібний час при найменших витратах	Визначення якості професіоналами на персональному рівні
5	ВООЗ, 2000	Технічна допомога (використання медичних технологій); психосоціальний контекст медичної допомоги; організація	

		догляду (доступність, своєчасність, ефективність)	
6	Інститут медицини (США), 2001 ВООЗ, 2006	Безпека, ефективність, орієнтованість на пацієнта, своєчасність, результативність, справедливість	Рекомендації поширити характеристики якості, запропоновані Інститутом медицини (США), 2001, в інших країнах
7	ВООЗ, 2008, 2017	Пацієнт-орієнтована медична допомога, всебічне охоплення медико-санітарними послугами, безперервність	Ключова роль у забезпеченні всебічного охоплення медико-санітарними послугами належить ПМД**

продовження табл. 1.1

1	**2**	**3**	**4**
8	ОЕСР, 2010; ВООЗ, 2018	Клінічна ефективність, безпека, орієнтованість на пацієнта, фінансова доступність та інші	Використання пріоритет-них характеристик якості з урахуванням місцевого контексту

Примітка:

*Total quality management (Всебічний менеджмент якості)

**Первинна медична допомога

результаті встановлення імплантатів і зубопротезування, підвищенням чутливості або зубним болем в результаті встановлення вінірів і після пломбування зубів, механічними пошкодженнями зубів при інструментальних утручаннях.

За дослідженням А. В. Копчак (2013), частота невідповідностей під час здійснення остеосинтезу нижньої щелепи при хірургічному лікуванні травматичних переломів нижньої щелепи становила 32,8%, серед яких – невірне визначення показань і протипоказань до остеосинтезу, неточна репозиція уламків під час оперативного втручання, ненадійна фіксація уламків, призначення неадекватного режиму навантаження після оперативного втручання та інші [80].

Не так давно вважалось, що вислів «Перш за все, не нашкодь» належить Гіппократу або Галену. Однак дослідження [81] показали, що автор не був ні Гіппократом, ні Галеном, а започаткував цю аксіому англійський лікар Томас Сиденгам у 1860 році, й передавалась вона виключно в усній формі. Маючи спочатку підтекстом етичну сторону медичної діяльності, вона не залишає сумнівів сьогодні щодо своєї актуальності як складової якості медичної допомоги, а саме, прообразом такої її характеристики як безпека.

Значна роль як фундатора трактування поняття якості медичної допомоги та одночасно перших спроб виміру якості належить А. Донабедіану [82, 83]. Саме він запропонував системно-процесний підхід до управління якістю, визначаючи якість як характеристику: структури, тобто, ресурсів, що забезпечують якість медичної допомоги, процесу – власне надання медичної допомоги медичним працівником пацієнту, результату - це вимірні зміни в стані здоров'я внаслідок медичної допомоги та інших факторів, що впливають на здоров’я. Посилання на підходи А. Донабедіана не втратили актуальності й сьогодні та простежуються у сучасних міжнародних документах [84].

Наступним помітним кроком у визначенні складових характеристик якості в охороні здоров’я слід вважати погляди John Ovretveit (1992). Автор вбачав успіх у досягненні якісних медичних послуг шляхом концентрації зусиль на трьох відправних точках: пацієнтах, провайдерах медичних послуг і системі управління. Якість для пацієнта означає, що він отримує від провайдера таку послугу, яку він очікував, тобто, під час та як результат її надання. З професійної точки зору якість забезпечується в разі, якщо медична послуга надається відповідно до встановлених у професійному середовищі інструкцій, процедур і методів, що підтверджено фахівцями охорони здоров'я. Якість управління означає, що для надання послуги використовуються наявні ресурси найбільш раціонально, без зайвих витрат і відходів [85].

Здобутки вчення John Ovretveit полягають також у його поглядах на виміри якості на основі вищезазначених відправних напрямів. Виміри безпеки та якості для пацієнта полягають у показниках його задоволеності, про що

свідчать скарги, дані опитувань та претензії на рівні персональної послуги. Якість з професійної точки зору може бути виміряна шляхом збору показників клінічного результату та звітів про помилки. Оцінка якості управління може бути визначена через вартість випадку медичної допомоги, тривалість лікування та ресурсні витрати на усунення дефектів.

Погляди John Ovretveit стосовно якості управління в охороні здоров'я сформовані на основі концепції тотального менеджменту якості (TQM), представленої американським вченим А. Фейгенбаумом у 1957 р. для промисловості. Саме концепція TQM надавала змогу запровадити в охороні здоров'я попереджувальні технології уникнення невідповідностей у лікувально-діагностичному процесі, зокрема, шляхом забезпечення якості ресурсів та дотримання регламентів лікувально-діагностичного процесу.

Після 2000 року експерти ВООЗ продовжували доповнювати й деталізувати характеристики якості медичної допомоги. На думку одних, якість медичної допомоги може бути забезпечена в разі, коли дії відносно пацієнта є правильними в потрібний для пацієнта час при найменших витратах в разі, якщо пацієнт дійсно потребує цієї медичної допомоги. Тобто, професіонали надають оцінку потребам пацієнта на рівні клінічного випадку й обирають медичні технології на свій розсуд в залежності від клінічних реалій. Мали місце й інші підходи, відповідно до яких якість медичної допомоги розподілялась на: 1) технічну якість, тобто, вона мала забезпечуватись використанням медичних знань і технологій для максимізації переваг і мінімізації ризиків; 2) якість психологічного оточення і соціальних обставин, в яких надається медична допомога; 3) якість організації безпосереднього догляду за пацієнтом, який включає доступність, своєчасність, надані зручності та ефективність [86].

Найбільш поширеними в світових системах охорони здоров'я на сьогодні є рекомендації Інституту медицини США (2001), якими визначені шість характеристик якості:

- клінічна ефективність, тобто надання медичної допомоги на основі медичних технологій на принципах доказової медицини, що дозволяє

поліпшити результати охорони здоров'я для окремих осіб та громад, виходячи з їх потреб;

- економічна ефективність, тобто, медичне обслуговування з максимально раціональним використанням ресурсів та уникненням зайвих витрат;

- доступність медичної допомоги, яка є своєчасною, географічно доступною, наданою в умовах, коли навички та ресурси відповідають потребам в медичній допомозі;

- орієнтованість на пацієнта, тобто, надання медичної допомоги, яка враховує переваги та прагнення індивідуальних користувачів послуг та культур їхніх спільнот;

- справедливість медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю через особисті характеристики, такі як стать, раса, етнічна належність, географічне місцезнаходження або соціально-економічний статус;

- безпека медичної допомоги, яка мінімізує ризики та шкоди для користувачів послуг [87].

Цей набір характеристик якості за рекомендацією ВООЗ прийнятий і адаптований у ряді країн, у тому числі, в Україні, що було зазначено в стратегічному в свій час галузевому документі – Концепції управління якістю медичної допомоги на період до 2020 року.

Надалі експертів хвилювати та продовжують хвилювати можливості вимірювання й зіставлення показників якості у різних країнах. Це призвело до об’єднання вже раніше відомих характеристик якості медичної допомоги у основні три аспекти: ефективність, безпеку і орієнтованість на пацієнта, що було запропоновано експертами ОЕСР в 2010 році [88, 89].

Ефективність запропоновано вимірювати часткою пацієнтів, які отримали медичну допомогу відповідно до стандартів медичних технологій. До показників безпеки пацієнтів віднесені частота невідповідностей при наданні медичної допомоги, які не повинні були бути допущені, наприклад, залишення хірургічних інструментів і матеріалів в організмі пацієнта після завершення операції, та частота небажаних явищ, таких як акушерська травма, які можна

скоротити, але не можна повністю ліквідувати. Вимірювання показника якості, який відображає орієнтацію на людину, можливо через визначення задоволеності пацієнтів, що вказуватиме на врахування індивідуальних переваг, потреб і цінностей, та комплексності, тобто, частки випадків безперебійного, послідовного і всебічного надання допомоги, адаптованого до потреб пацієнтів.

У теперішній час простежується зміщення акценту на окремі характеристики якості, у першу чергу, на орієнтованість на пацієнта, забезпечення доступності і всебічного охоплення медичною допомогою. Це обумовлено тим, що, наприклад, у 2016 році біля 400 млн осіб у світі не мали доступу до основних медико-санітарних послуг, близько 800 млн людей витрачали на медичну допомогу більш 10,0% свого сімейного бюджету, майже 100 млн осіб щорічно виявлялись в умовах крайньої бідності в зв'язку з необхідністю оплачувати витрати на охорону здоров'я з власних коштів [90].

Практичне втілення вирішення цієї проблеми експерти вбачали у активному розвитку в світових системах охорони здоров’я первинної медичної допомоги. Саме цей вид допомоги забезпечує тривалі тісні взаємовідносини окремих пацієнтів, сімей, громад з медичними працівниками, всеохоплююче надання медичної допомоги, відповідальність лікаря за стан здоров’я усіх членів громади протягом усього життєвого циклу, відповідальність за боротьбу з факторами, що негативно впливають на здоров’я. Крім того, значні резерви у підвищенні якості медичної допомоги за рахунок первинної медичної допомоги експерти вбачають у можливостях координації послуг охорони здоров'я між різними її рівнями, забезпеченні безперервності медичної допомоги й зміцненні спроможності населення вирішувати проблеми здоров'я. Первинна медична допомога грає ключову роль у ефективному використанні ресурсів охорони здоров’я, що підвищуватиме доступ, забезпеченні зворотного зв’язку з метою поліпшення показників діяльності, налагодженні міжсекторальних зв’язків, наприклад, з освітянськими установами, громадськими організаціями пацієнтів, соціальними службами, службою екологічної безпеки, релігійними організаціями, громадськими активістами тощо [91, 92].

Доступність медичної допомоги за вартістю на сьогодні є ключовою проблемою виконання завдання 3.8 Цілей сталого розвитку, прийнятих Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй у вересні 2015 року. Це завдання вимагає захисту населення від фінансових ризиків; система фінансування медичних послуг має бути такою, щоб люди, які користуються медичними послугами, не мали відчувати фінансових труднощів. Це може бути забезпечено різними способами: доступом до основних лікарських засобів і технологій для діагностики та лікування медичних проблем; достатньою кількістю добре підготовлених, мотивованих працівників охорони здоров'я, які надають послуги на основі найкращих наявних фактичних даних; внеском усіх секторів, включаючи транспорт, освіту і міське планування, в забезпечення охорони здоров'я людей [93].

У підсумку слід зазначити, що, незважаючи на ряд широко використовуваних визначень якості, експерти ВООЗ допускають своєрідні їх інтерпретації на рівні окремої країни, на регіональному рівні та на рівні окремих установ. Для цього запропоновано ряд питань, відповіді на які й дозволять адаптувати визначення якості під місцевий контекст відповідно до національних цілей і пріоритетів [94].

Клінічна ефективність як актуальна складова якості може бути визначена в разі, якщо отримана відповідь на запитання, чи медична допомога надається відповідно до потреб населення на основі використання доказової бази знань.

Безпека як пріоритет визначається при отриманні відповіді, чи надаються максимально безпечні медичні послуги і чи максимально зменшена запобіжна шкода.

Орієнтованість на людину оцінюється за відповідями пацієнтів та їхніх родичів стосовно досвіду отримання медичної допомоги як позитивного, довіри до надавачів медичної послуги, можливості впливати на удосконалення системи медичного обслуговування на партнерських засадах.

Пацієнти також мають зазначити, чи вважають вони час очікування медичних послуг прийнятним, чи не допускається небезпечна затримка в

лікуванні. Цим визначається актуальність своєчасності медичної допомоги для даної громади як характеристики якості.

Щоб дізнатися, в якій мірі медична допомога є справедливою, знову ж таки необхідно звертатись до пацієнтів, громади з метою отримати відповідь на запитання, чи є перешкоди або нерівність в отриманні медичної допомоги в залежності від таких факторів, як вік, стать, гендерна ідентичність, раса, національність, географічне положення, релігія, соціально-економічний статус, лінгвістична або політична належність.

Комплексність медичної допомоги як проблемна характеристика якості визначається в разі, якщо існують недопустимі перерви в отриманні окремих складових медичної допомоги безпосередньо в закладі охорони здоров’я, не налагоджена комунікація між різними закладами охорони здоров'я за необхідності переходу пацієнта з одного закладу до іншого.

Експерти ВООЗ рекомендують не використовувати глобальні визначення якості за замовчуванням, а, взявши їх за основу, сформулювати визначення якості, що враховує місцеву специфіку і думки місцевих фахівців.

Забезпечення економічної ефективності як складової якості визнається пріоритетним напрямком при аналізі відповідей на запитання, чи здійснюється розподіл і використання ресурсів найбільш оптимальним способом. Аналіз стану економічної доступності стоматологічних медичних послуг засвідчив, що ця проблема існує в багатьох країнах світу і обумовлена, зокрема, особливостями побудови систем охорони здоров’я.

Так, за даними [95], у Великій Британії, де функціонує комплексна Національна служба здоров’я, 95,0% усіх коштів забезпечується за рахунок загального оподаткування, а решта – за рахунок власних коштів громадян, зокрема, витрат на стоматологічну допомогу. В Англії та Уельсі пацієнти сплачують один з чотирьох фіксованих зборів за стоматологічну допомогу, а не частину вартості лікування. У 2013 році ці витрати коливались від 21,6 євро за рутинні процедури до 257 євро за комплексне лікування. У Північній Ірландії пацієнти, які отримують стоматологічні послуги в рамках Національної служби

здоров'я, в 2013 році здійснювали доплату у розмірі 80,0% вартості. Максимальна плата за курс лікування становила 445 євро. Лише окремі групи пацієнтів можуть отримувати стоматологічну допомогу без будь-якого збору: це діти віком до 18 років, вагітні, матері-годувальниці, пільгові контингенти осіб, які отримують допомогу від держави, особи, молодші 19 років, які навчаються повний робочий день. Якість стоматологічної допомоги забезпечується дотриманням лікарями-стоматологами технологічних стандартів. Добре розвинена система подання і розгляду скарг як на державному рівні, так і на рівні стоматологічних асоціацій.

У системі охорони здоров'я США домінує модель приватного медичного страхування, де нею забезпечується 35,0% витрат на охорону здоров'я населення. Із кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 4,0% – це витрати на стоматологічні послуги. Якість стоматологічної допомоги забезпечується підготовкою спеціалістів у акредитованих Американською асоціацією стоматологів стоматологічних школах. Після закінчення навчання, щоб стати практикуючим стоматологом, студенти повинні бути сертифіковані Американською асоціацією стоматологів та отримати ліцензію на медичну практику. У своїй роботі спеціалісти використовують медико-технологічні стандарти, рекомендовані Американською асоціацією стоматологів. Про стан фінансової доступності стоматологічної допомоги свідчить обмеженість доступу для багатьох осіб із низьким рівнем доходу, представників меншин і людей похилого віку, які не отримують необхідну стоматологічну допомогу через її високу вартість [96, 97].

У Німеччині, Австрії, Нідерландах функціонує модель обов'язкового державного медичного соціального страхування, але поряд з нею розвинена система приватного (добровільного) медичного страхування [98 – 102]. Можливості вибору моделі створюють конкурентний ринок медичних послуг, що працює, зокрема, на їх якість. У Німеччині реформування охорони здоров'я впродовж 2000-2003 років передбачало зобов'язання лікарень мати внутрішні програми управління та укладати з лікарняними касами, як осередками

страхування, контракти щодо заходів з контролю якості; 99,0% лікарняних закладів обрали в якості інструменту контролю якості стандарти ISO 9001 на систему управління якістю. На державному рівні організацією і контролем якості займається Інститут якості і економічної ефективності охорони здоров'я. Дослідженнями підтверджено, що система медичного соціального страхування зменшує фінансове навантаження на стоматологічні послуги, гарантує доступ пацієнтам до стоматологічних послуг за потреби та стабільне фінансове забезпечення лікарів як офіційних постачальників стоматологічних послуг. З 1989 р. німецька система обов'язкового медичного страхування розширила охоплення профілактичною стоматологією, такими заходами як місцеве застосування фтору та профілактичне пломбування для дітей і підлітків. Фторована сіль легально продається в Німеччині з 1991 року. За підсумками 2004 року, поширеність герметика серед 12-річних дітей у федеральних землях Німеччини зросла з 58,2% до 77,5%, а доля ринку фторованої солі – на 63,1%. Перехід німецької охорони стоматологічного здоров’я з лікування на профілактику дозволив значно скоротити витрати на стоматологічну допомогу. Якість стоматологічних послуг в Німеччині висока, що привертає увагу жителів сусідніх європейських країн, для яких економічно ефективне лікування є вирішальним.

Проблема доступності медичної допомоги, зокрема, стоматологічної, за часовим критерієм є актуальною для Швеції, Норвегії, США і Канади, де складно отримати медичну допомогу в перший та наступний день від виникнення потреби [103].

В Україні, за даними результатів аудиту ефективності використання коштів медичної субвенції на загальні та спеціалізовані стоматологічні поліклініки у Львівській і Рівненській областях у 2018 році, мала місце тенденція до збільшення кількості домогосподарств, у яких члени родини за потреби не змогли відвідати стоматолога через занадто високу вартість послуг. Внаслідок обмеженості фінансового ресурсу стоматологічні поліклініки міст Львів і Рівне поширили практику залучення благодійних внесків від фізичних і

юридичних осіб, що стало прихованою формою надання платних стоматологічних послуг населенню, що засвідчило про неефективність Програми надання гарантованої медичної допомоги населенню в частині безоплатних стоматологічних послуг [104].

За результатами державного фінансового аудиту виконання Відділом охорони здоров'я Сумської міської ради бюджетних програм по стоматологічній допомозі населенню за період з 01.01.2016 по 30.09.2018 виявлено, що фінансування видатків на надання стоматологічної допомоги населенню забезпечувалось у 2016 році на 58,5% від потреби, у 2017 році – на 59,1% від потреби. Видатки на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів в загальній структурі проведених видатків на надання стоматологічної допомоги населенню становили в 2016 році 5,2%, в 2017 році – 9,1%. Матеріально-технічна база стоматологічної поліклініки потребує оновлення: рівень зносу основних засобів складав станом на 01.01.2016 58,4%; станом на 01.01.2017 – 46,0%; станом на 01.01.2018 – 45,0%. Стоматологічна поліклініка не повністю забезпечена окремим медичним обладнанням, наявність якого передбачено примірними табелями оснащення закладів, що надають стоматологічну допомогу [105].

У м. Києві, за даними Київської міської державної адміністрації 21.11.2017 [106], близько 70,0% обладнання, що використовувалося стоматологічними клініками, підлягало заміні, а коштів, які виділялися бюджетом м. Київ на стоматологічну службу, вистачало лише на заробітну плату персоналу та оплату комунальних послуг. Обмежене фінансування стоматологічної допомоги населенню негативно впливає на ефективність та доступність лікувального процесу та стало причиною обмеження прав громадян на безоплатне отримання цієї допомоги.

Таким чином, незадовільний стан здоров'я порожнини рота населення України, фактори ризику, що його обумовлюють, небезпека медичних утручань, проблеми доступності стоматологічної допомоги, в першу чергу, фінансової, вимагають пошуку шляхів оптимізації забезпечення населення

якісною стоматологічною допомогою. Сучасні запити на якість у світовому вимірі потребують надання клінічно ефективної, безпечної, орієнтованої на пацієнта, доступної медичної допомоги. Задоволення потреб можливо за участі інституцій різного рівня управління – державного, регіонального, місцевого – які спроможні використовувати ефективні інструменти управління якістю стоматологічної допомоги.

1.4. Державне регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні

Підтримка та відновлення здоров'я громадян статтею 3 Конституції України визначені загальнодержавним пріоритетом [107]. Разом з тим, міжнародні стратегії та вітчизняні спрямування вже більш як 20 років націлені не лише на збереження здоров'я та надання медичної допомоги населенню, але й на відповідність запитам суспільства щодо якості медичного обслуговування [94; 108, с. 9 – 14; 109].

Незважаючи на певні зусилля державних, галузевих та суспільних інституцій, якість медичної допомоги залишається актуальною проблемою як для сфери охорони здоров'я – надавача медичних послуг, так і для споживачів – громадян України [110]. Вирішення проблеми знаходиться, зокрема, у площині законодавчого та нормативно-правового регулювання забезпечення якості медичної допомоги, зокрема, стоматологічної, як високо затребуваної населенням.

Результатами аналізу законодавчих джерел встановлено, що стоматологічна допомога в Україні належить до спеціалізованої медичної допомоги [111]. Стоматологічна допомога, як і інші види медичної допомоги, надається в закладах охорони здоров'я різних форм власності – державних, комунальних, приватних чи заснованих на змішаній формі власності, як у самостійних, так і в структурних підрозділах багатопрофільних закладів. Згідно із ст. 16 Закону України [111], за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної форми власності можуть утворюватися та

функціонувати як казенні підприємства або державні установи, комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи, а заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

Наказом МОЗ України [112] заклади стоматологічного профілю віднесені до амбулаторно-поліклінічних закладів. Це, зокрема, стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), басейнова стоматологічна поліклініка, стоматологічна поліклініка МОЗ України при Національному медичному університеті, стоматологічна поліклініка при Львівському медичному університеті.

З розвитком первинної медичної допомоги стоматологічна допомога поступово знайшла своє впровадження в практику діяльності сімейних лікарів (з покладанням функцій профілактичних заходів та санітарної просвіти, раннього виявлення стоматологічних захворювань та скерування до лікаря-спеціаліста). Основна ж діяльність лікарів-стоматологів полягає в наданні спеціалізованої стоматологічної допомоги в профільних закладах охорони здоров'я та/або багатопрофільних закладах спеціалізованої медичної допомоги, до складу яких входять стоматологічні кабінети/відділення.

Закон України [111] визначає механізми державного регулювання і забезпечення якості медичної допомоги населенню у закладах охорони здоров'я, зокрема, стоматологічної допомоги, а саме:

- провадження господарської діяльності лише за наявності ліцензії (ст. 17);
- заклади можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України (ст. 16);
- заклади мають обов'язково застосовувати в своїй діяльності галузеві стандарти медичної допомоги, до яких належать: стандарт медичної допомоги (медичний стандарт), клінічний протокол, табель матеріально-технічного оснащення, лікарський формуляр, а також інші норми, правила та

нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я (ст. 14).

Основними регуляторними актами запровадження ліцензування медичної практики є також інші законодавчі та нормативно-правові документи [113-115].

Ліцензування розглядається законодавством як засіб захисту економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів. Ліцензія є дозвільним документом органу ліцензування, яким в сфері охорони здоров’я в Україні є МОЗ України, на провадження визначеного суб’єктом господарювання виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню.

Ліцензійні умови встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до закладів охорони здоров’я. Організаційні та технологічні вимоги регулюють діяльність за усіма напрямами, зокрема, прописують правила взаємодії з пацієнтами та інформаційного забезпечення, вимоги до санітарно-епідемічної безпеки та контролю за станом медичного обладнання й лікарських засобів, використання стандартів медичної допомоги, ведення медичної документації та інші.

Кадрові вимоги передбачають відповідність працівників єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ України [116], зокрема, до керівників закладів охорони здоров’я, до професіоналів, у т. ч., до лікаря загальної практики – сімейного лікаря, до професіоналів в галузі стоматології - лікаря-стоматолога, лікаря-стоматолога дитячого, лікаря-стоматолога-ортодонта, лікаря-стоматолога-ортопеда, лікаря-стоматолога-терапевта, лікаря-стоматолога-хірурга, до фахівців, зокрема, до лікаря зубного, помічника лікаря-стоматолога, сестри медичної зі стоматології, техніка зубного.

Контроль за дотриманням ліцензіатом ліцензійних умов здійснюється органом ліцензування – МОЗ України – шляхом проведення планових і позапланових перевірок відповідно до Закону України [117].

Порядок акредитації закладів охорони здоров’я в Україні регулюється законодавчими актами та наказами МОЗ України [118 – 121], яким, зокрема, зазначено, що порядок акредитації закладу охорони здоров'я затверджено з

метою підвищення якості надання медичної допомоги населенню України. Виконання стандартів акредитації дозволяє отримати закладу акредитаційну категорію – вищу, першу або другу, в залежності від рівня показника від максимально можливої суми балів при оцінюванні досягнення вимог стандартів акредитації.

Для закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зокрема, стоматологічну, умови отримання вищої категорії передбачають наявність сертифіката відповідності системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту – ДСТУ ISO 9001:2015 на системи управління якістю, та досягнення показника за критеріями стандартів акредитації від максимально можливого від 90,0 до 100,0%.

За даними звіту Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2019 рік, вищу акредитаційну категорію отримали всього 108 закладів охорони здоров'я, зокрема, 23 – державної форми власності, 38 – комунальної форми власності, 47 – приватної форми власності; у 2018 році – всього 129 закладів охорони здоров'я, зокрема, 35 – державної форми власності, 48 – комунальної форми власності, 46 – приватної форми власності; у 2017 році – відповідно 95, 26, 30 та 39 [122 – 124].

Це означає, що згадані заклади, окрім надання послуг більш високого рівня якості медичної допомоги, ніж це передбачено вимогами ліцензування, ще й сертифікували свою систему управління на відповідність національному стандарту на системи управління якістю. Сертифікація засвідчує постійне підвищення якості медичної допомоги пацієнтам за рахунок забезпечення якості усіх видів діяльності (медичної і немедичної), які відбуваються в закладі.

Серед сертифікованих є самостійні заклади стоматологічного профілю (9 одиниць): КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка», м. Харків; КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», м. Чернігів; Медичний центр товариства з обмеженою відповідальністю «Французький стоматологічний центр», м. Київ; Комунальний заклад «Обласна стоматологічна поліклініка», м. Дніпро; КЗОЗ «Хмельницька обласна

стоматологічна поліклініка», м. Хмельницький; Комунальне некомерційне підприємство «Одеська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» Одеської обласної ради», м. Одеса; Державний заклад «Стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров'я України м. Чорноморська» Одеська обл., м. Чорноморськ; Стоматологічний практично-навчальний медичний центр НУОЗ України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради. Ряд сертифікованих клінічних лікарень, медичних центрів, університетських клінік, госпіталів, диспансерів, санаторіїв, медико-санітарних частин, пологових будинків, територіальних медичних об'єднань мають у своєму складі стоматологічні кабінети або відділення [125, 126].

Разом з тим, при наявності в Україні 197 самостійних стоматологічних поліклінік та більш як 1500 закладів, що мають стоматологічні відділення (кабінети) [127], слід зазначити, що такий механізм регулювання якості як сертифікація, недостатньо поширений в Україні та охоплює переважно заклади обласного рівня, зокрема, стоматологічної допомоги. Внаслідок цього слід зробити висновок, що більша частина закладів охорони здоров'я, зокрема, стоматологічного профілю, надає медичні послуги лише трохи вищого, ніж мінімальний, підтверджений ліцензією, рівня якості, що засвідчено акредитаційним сертифікатом першої або другої категорії. Це відбувається в умовах, коли приватний сектор стоматологічних послуг в Україні користується значним попитом: за даними тих же авторів [127], питома вага первинних відвідувань до приватних лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань стоматологічного профілю у 2017 р. складала 41,9%, що в свою чергу обумовлює можливість конкурентоспроможності закладів через використання таких механізмів забезпечення якості як акредитація та сертифікація.

З наданням можливості на законодавчому рівні добровільного проходження акредитації з 01.01.2019 р. в умовах нерозвиненого ринку медичних послуг в Україні [128, 129] слід зазначити виникнення ризиків повної

відмови керівників закладів охорони здоров’я від акредитації та сертифікації. Це означитиме, що рівень якості медичних послуг знизиться до мінімального і буде забезпечуватися лише в рамках ліцензійних вимог.

Аналіз галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за напрямом «Стоматологія» засвідчив, що стандартизація стоматологічних технологій діагностики та лікування в Україні забезпечується:

1) протоколами надання стоматологічної допомоги, затвердженими у свій час наказом МОЗ України [130]. Протоколи створені експертним шляхом ще у 2004 р. за стоматологічними субспеціальностями і не були замінені на уніфіковані клінічні протоколи стоматологічної допомоги (УКПМД) на принципах доказової медицини, як це відбувалося за іншими спеціальностями та в їх межах – нозологіями після 2012 року, а наказ носив рекомендаційний характер, оскільки не погоджувався з Міністерством юстиції України. Крім того, навколо цього документу утворилась колізія: він був відмінений іншим наказом МОЗ України [131], натомість взамін нічого не було запропоновано, тому фактично відмінений наказ діяв до 2020 року;

2) галузевими Клінічними настановами (КН) та УКПМД [132 – 139]. У цих документах міститься опис адаптованих до національних умов доказових технологій з профілактики карієсу зубів у дітей від народження до п’яти років, догляду за ротовою порожниною у хворих на різні соматичні захворювання, зокрема, у ВІЛ-інфікованих осіб, симптоматичного лікування зубного болю, орофарингеального кандидозу у ВІЛ-інфікованих осіб;

3) Новими клінічними протоколами медичної допомоги (НКПМД), розробленими на основі міжнародних КН. Найбільш використовуваними в світі є, наприклад, КН Центру доказової стоматології Американської асоціації стоматологів American Dental Association (ADA) [140 – 143]. Ці протоколи потребують автентичного перекладу на українську мову, оцінки можливостей застосування їх у вітчизняних закладах охорони здоров’я з огляду на реєстрацію внесених у протоколи лікарських засобів та медичного обладнання

в Україні. Набути чинності НКПМД можуть шляхом введення в дію наказами керівників закладів охорони здоров’я;

4) Державним формуляром лікарських засобів, зокрема, актуальним випуском [144], який надає можливість оптимального вибору противірусних лікарських засобів, засобів для місцевої анестезії, протимікробних препаратів, імуномодуляторів, протиалергічних та інших засобів, що використовуються в стоматологічній практиці;

5) табелями матеріально-технічного оснащення кабінетів лікаря стоматолога-терапевта, лікаря стоматолога-хірурга, лікаря стоматолога-ортопеда, лікаря - стоматолога, затвердженого наказами МОЗ України [145, 146].

Можливості й ефективність використання усіх міжнародних механізмів регулювання якості у сфері охорони здоров’я: ліцензування, акредитації закладів охорони здоров’я, сертифікації систем управління цих закладів, стандартизації стоматологічних лікувально-діагностичних технологій – широко висвітлені в наукових джерелах [147 – 155), що слугує взірцем для вітчизняної практики. Разом з тим, особливості застосування цих механізмів у реальних умовах вітчизняних закладів охорони здоров’я, зокрема, стоматологічного профілю, потребує додаткових наукових досліджень з огляду на рівень якості медичної, у т. ч., стоматологічної, допомоги, проблеми якої вказані вище.

1.5. Сертифікація закладів охорони здоров’я на відповідність стандартам на системи управління якістю як один із перспективних напрямів підвищення якості вітчизняної стоматологічної допомоги населенню

Міжнародні стандарти ISO серії 9000 версії 2000 років висувають, зокрема, вимоги до систем управління якістю установ і організацій будь-якого виду економічної діяльності. Таким чином, використання цих стандартів у закладах охорони здоров’я доповнює стандартизацію медичних технологій і ресурсного забезпечення, оскільки надає можливість менеджерам керувати

системою не на свій розсуд, спираючись лише на власні знання та досвід і/або поради оточуючих, а шляхом застосування такого інструменту, як стандарт управлінської діяльності. Цей інструмент можна вважати уособленням доказового менеджменту, якщо звернутися до витоків та сьогодення його створення, оцінки його ролі в розвитку систем управління та забезпечення якості товарів, технологій і послуг на світовому рівні.

Так, розробка міжнародних стандартів, зокрема, на системи управління якістю, здійснюється експертами незалежної неурядової Міжнародної організації зі стандартизації – International Organization for Standardization (ISO), яка офіційно була створена у 1947 р. і складається з 164 національних органів стандартизації. Експерти ISO шляхом обміну знаннями, використання результатів новітніх наукових досліджень і з урахуванням позитивного національного досвіду передових підприємств розробляють узгоджені міжнародні стандарти на різні види економічної діяльності, впровадження та дотримання яких забезпечує якість, безпеку та ефективність продуктів, послуг і систем, що реалізуються і функціонують на світовому ринку. Саме тому вимоги стандартів ISO дуже високі. За період діяльності експертами ISO розроблено більше 22 тисяч міжнародних стандартів та відповідних документів, що охоплюють майже всі галузі, від технологій, безпеки харчових продуктів, сільського господарства до охорони здоров'я. Використання стандартів сприяє розвитку світової торгівлі та інновацій [156].

Центральний секретаріат ISO знаходиться у Женеві (Швейцарія). Україна є членом ISO з 1993 р., а членом Ради ISO — з 2004 р. Представником України в ISO є Державне підприємство «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості» (ДП «УкрНДНЦ»), яке, згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України [157], здійснює вищезазначені функції.

Відповідно до Закону України, стандарт – це «нормативний документ, заснований на консенсусі, прийнятий визнаним органом, що встановлює для загального і неодноразового використання правила, настанови або

характеристики щодо діяльності чи її результатів, та спрямований на досягнення оптимального ступеня впорядкованості в певній сфері» [158]. Цей закон визначає також основні повноваження національного органу стандартизації, яким є ДП «УкрНДНЦ»: організація та координація діяльності з розробки, прийняття, перевірки, перегляду, скасування та відновлення дії національних стандартів; підготовка та затвердження програми робіт з національної стандартизації; координація діяльності технічних комітетів стандартизації; видання національних стандартів; формування та ведення національного фонду нормативних документів.

Отже, практично ДП «УкрНДНЦ» гармонізує національні стандарти України з вимогами ISO. Таким чином, ДП «УкрНДНЦ» є провідною організацією в Україні в сфері стандартизації, яка визнана на національному, міжнародному та європейському рівнях.

За період існування ISO експертами підготовлено дві версії міжнародних стандартів серії 9000: 1994 та 2000-х років для систем управління якістю. Стандарти 1994 року в теперішній час не використовуються і мають лише історичне значення, як такі, що започаткували стандартизацію, зокрема, систем управління. У 2000-х роках вийшли стандарти [159 – 161], відповідно до яких були розроблені національні аналоги [162 – 164].

Для сертифікації систем управління якістю в сфері охорони здоров’я до 2015 року використовувався універсальний стандарт [163]. В якості додаткового керівництва для сфери охорони здоров’я з метою методичної підтримки при підготовці системи управління якістю закладу охорони здоров’я до сертифікації можна було використовувати стандарт [165]. На даний момент цей стандарт скасований. Разом з тим, програми сертифікації в сфері охорони здоров’я активно використовуються в світі для забезпечення, регулювання та стимулювання покращення якості й безпеки. Їх кількість значно зросла за останні 25 років [166].

У 2015 році експертами ISO розроблено оновлену версію стандарту з вимогами до систем управління якістю [167]; в Україні також набув чинності відповідний національний аналог [168].

Структура цього стандарту базується на циклі Шухарта – Демінга (Plan-Do-Study-Act – PDCA), зміст якого полягає у забезпеченні якості продукції/послуги/системи не лише на основі її відповідності шаблонам, нормам, специфікаціям, але й шляхом безперервного постійного процесу поліпшення в рамках системи управління якістю (при плануванні/проєктуванні послуги та під час усіх проміжних етапів її надання здійснюється перевірка отриманих проміжних і кінцевих результатів та внесення необхідних коректив. Таким чином, наступний цикл діяльності розпочинається в нових умовах, коли вже внесені необхідні прогресивні зміни у процес, починаючи з його планування) [169, 170].

Стандарт містить 10 розділів. Вступ містить загальну інформацію про міжнародну організацію зі стандартизації ISO та характеристику стандартів ISO серії 9000, надає основи знань з методології процесного підходу та циклу PDCA, визначає взаємозв’язок стандарту ISO 9001:2015 зі стандартами на інші системи управління. У вступі проголошуються принципи управління якістю: орієнтація на замовника; лідерство; залучення персоналу до управління якістю; процесний підхід до управління; поліпшення якості; прийняття рішень на підставі фактичних даних; керування взаємовідносинами.

Вступ також розкриває зміст поняття «ризик-орієнтоване мислення», яке є суттєво важливим для результативності системи управління якістю, але було нечітко визначено у попередній версії цього стандарту. «Ризик-орієнтоване мислення» означає необхідність планувати та виконувати дії щодо розглядання ризиків і можливостей у ідентифікованих процесах та системі.

Застосування стандарту ISO 9001:2015 можливе в разі необхідності організації довести свою здатність постійно надавати продукцію та послуги, які задовольняють вимоги замовника та нормативні вимоги, про що йдеться у розділі «Сфера застосування».

Розділ 3 «Терміни та визначення понять» скеровує увагу користувачів стандарту на оновлений у 2015 році стандарт [171]. Зокрема, ним введено поняття ризику (risk) як впливу невизначеності на очікуваний результат, застосовуються терміни «продукція» (product) і «послуга» (service). Трактування змісту останнього дуже важливо для сфери охорони здоров'я, оскільки надання послуги/медичного обслуговування обов'язково здійснюється у взаємодії з пацієнтом, тому відповідність вимогам до послуги може бути підтверджена тільки після її надання, і визначається вона задоволеністю пацієнта.

Розділ 4 «Середовище організації» ставить вимоги до організацій щодо проведення моніторингу й аналізу інформації про зовнішні та внутрішні ризики, які можуть вплинути на результативність процесів і системи управління, визначення потреб і очікувань зацікавлених у якості сторін. Також в розділі покроково представлені дії з впровадження процесного підходу при побудові системи управління якістю.

Розділ 5 «Лідерство» включає вимоги щодо вищого керівництва організації, яке повинне демонструвати своє лідерство та свої зобов'язання щодо системи управління якістю, орієнтувати працівників на потреби замовника, формувати політику в сфері якості та визначати функції, обов'язки і повноваження працівників в системі управління якістю.

У розділі 6 «Планування» розглядаються необхідні дії з реагування на ризики – це має бути планування заходів протидії ризикам з урахуванням можливостей організації їм протистояти. Планування також має бути спрямовано на визначення цілей у сфері якості та діяльності з їх досягнення, враховуючи потрібні ресурси та відповідальність і повноваження виконавців процесів.

Розділ 7 «Підтримання системи управління» містить вимоги до управління всіма видами ресурсів, необхідних для якісної продукції/послуги/системи: людськими, інфраструктурними, середовища для функціонування процесів, ресурсами для моніторингу та вимірювань,

знаннями, компетентністю та обізнаністю. У даному розділі висуваються вимоги до задокументованої інформації. Це інформація, необхідна для функціонування системи управління якістю, яку організація має контролювати та підтримувати в актуальному стані, та носії, на яких її розміщено.

Розділ 8 «Виробництво» висуває вимоги до основного процесу будь-якої організації – випуску продукції/надання послуг. У сфері охорони здоров'я – це процес надання медичної допомоги. Здійснюючи основний процес, необхідно визначати вимоги до продукції/послуги (законодавчі та безпосередньо вимоги споживача), аналізувати ці вимоги, планувати виробництво/надання послуги, виробляти продукцію/надавати послугу та контролювати ці процеси, їх проміжні й кінцеві результати, в тому числі, неочікувані.

Розділ 9 «Оцінювання дієвості» надає опис інструментів зворотного зв'язку в системі управління якістю: моніторинг, вимірювання, аналіз і оцінювання. Моніторити, вимірювати й оцінювати потрібно задоволеність замовника, відповідність продукції та послуг, результативність системи управління якістю, дій, виконаних щодо ризиків і можливостей та планування. Детально прописані вимоги до організації внутрішнього аудиту як інструменту оцінювання відповідності системи та процесів.

Розділ 10 «Поліпшування» надає вимоги до поліпшення продукції, послуг і системи управління якістю, підвищення задоволеності замовника, коригування й запобігання виникненню чи зменшенню впливів ідентифікованих ризиків.

Загалом стандарт [167] вважається більш прогресивним, ніж стандарт версії 2008 року, оскільки: включає вимоги не лише до продукції, системи, але й до послуги; вводить поняття «ризик-орієнтованого мислення» та вимоги до управління ризиками; надає можливості вибору для організацій видів документів системи управління якістю; здійснює більший наголос на лідерстві й посилює відповідальність керівника, додає знання організації до складу її ресурсів [172].

У 2018 році експертами ISO також розроблено та видано ряд стандартів, які є оновленими версіями попередніх аналогів і носять методичний характер [173 – 175].

В Україні після гармонізації національних стандартів з оновленими версіями міжнародних стандартів 2015 року підприємства та організації, сертифіковані за вимогами версії стандарту 2009 року зобов’язувались привести свою систему управління якістю у відповідність до вимог актуальної версії національного стандарту [176].

У каталозі нормативних документів ДП «УкрНДНЦ» перераховані й інші категорії стандартів для використання в сфері охороні здоров’я [177].

Крім міжнародних стандартів ISO та розроблених на їх основі національних стандартів існують стандарти (як правило, міжнародні), що регламентують управління якістю в тих чи інших видах діяльності. У сфері медицини найбільш популярні й затребувані – це стандарти Joint Commission International (JCI) – Об'єднаної міжнародної комісії (ОМК) – найбільшої медичної контролюючої організації, яка була створена на початку минулого століття в США. В даний час стандарти JCI вважаються найбільш ефективним інструментом управління якістю медичної допомоги, орієнтованим на поліпшення якості та підвищення безпеки медичного обслуговування. У той же час процес підготовки до акредитації на відповідність вимогам цих стандартів дуже ресурсномісткий і дороговартісний [178 – 180].

Існує ряд інших, не менш відомих стандартів: ACHS (Австралія), JCAHO (США), CCHSA (Канада), ANAES (Франція), KFOA (Велика Британія), які регламентують питання управління якістю в сфері охорони здоров'я. Разом з тим, стандарт ISO 9001, що встановлює вимоги до систем управління якістю, вже кілька десятиліть є одним з найпопулярніших в світі нормативних документів. Досвід впровадження вимог цього стандарту в діяльність закладів охорони здоров’я свідчить про поліпшення діяльності, оптимізацію витрачання коштів, зниження невиправданих витрат, зменшення ризиків небажаних подій, пов'язаних з помилками або неправильними діями персоналу [181, 182].

У всьому світі сертифікація систем управління якістю організацій на відповідність вимогам ISO 9001 є добровільною і носить рекомендаційний характер.

Прийняття й поступове впровадження передових концепцій системи управління якістю, викладених в міжнародних стандартах – це перший крок до глобального управління будь-якою організацією, у т. ч. закладом охорони здоров'я, та підвищення якості й конкурентоспроможності послуг. Сертифікація організацій в світі набула статусу одного із важливих механізмів забезпечення якості й стала нормою у відносинах між надавачами і споживачами продукції/послуг будь-якого рівня. Дотримання такого підходу визначено дослідниками стратегічною передумовою входження України до європейської економічної спільноти [183 – 185].

Таким чином, низький рівень охоплення сертифікацією закладів охорони здоров'я, зокрема, стоматологічного профілю, при низькому рівні стоматологічного здоров'я населення та запитах високого рівня держави і суспільства щодо підвищення якості стоматологічних послуг вказують на невирішеність проблеми якості та потребу в медико-соціальному обґрунтуванні і розробці концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги для вітчизняної охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

1. Несприятливий стан здоров'я порожнини рота населення України обумовлюється широким спектром типових захворювань: карієсом зубів, хворобами пародонту, злоякісними новоутвореннями, травматичними пошкодженнями, вродженими аномаліями розвитку щелепно-лицьової ділянки, інфекційними ураженнями слизової оболонки. Унаслідок зростання рівня поширеності більшості цих хвороб, стан здоров'я порожнини рота населення України слід розглядати як медичну, соціальну та економічну проблему.

2. Актуальність проблеми стану здоров’я порожнини рота підтримується впливом факторів ризику, до яких належать екологічні, економічні, соціальні, поведінкові, фізіологічні та метаболічні. Незадовільний стан здоров’я порожнини рота обумовлює зрушення стану загального здоров’я індивіда, а в свою чергу, найбільш впливові соматичні хвороби – діабет, ожиріння, серцево-судинні захворювання, хронічні захворювання легень – викликають патологічні зміни в порожнині рота.

3. Незадовільний стан здоров’я порожнини рота та фактори ризику, що його обумовлюють, формують потреби населення в стоматологічній допомозі, а застосування стоматологічних технологій низького рівня доказовості та високі ризики ускладнень при наданні стоматологічних послуг висувають вимоги до їх якості. Сучасні запити на якість потребують надання клінічно ефективної, безпечної, орієнтованої на пацієнта, фінансово доступної медичної допомоги.

4. В Україні розроблена потужна нормативно-правова база регулювання якості медичної допомоги, яка включає в себе всі міжнародні механізми забезпечення якості: ліцензійні умови господарської діяльності з медичної практики, акредитацію закладів охорони здоров’я, сертифікацію систем управління якістю, стандартизацію медичних технологій. Зазначені механізми відрізняються слабким розвитком і не носять мотивуючого характеру, оскільки скеровують заклади охорони здоров’я на забезпечення лише мінімального рівня якості.

5. Світовим досвідом підвищення якості медичних послуг підтверджено доцільність впровадження вимог міжнародного стандарту ISO 9001 версії 2000 в діяльність закладів охорони здоров’я. Сертифікація систем управління якістю дає змогу демонструвати споживачам послуги стабільно високої якості в охороні здоров’я. В Україні лише поодинокі заклади охорони здоров’я, що надають стоматологічну допомогу, мають сертифіковані системи управління якістю, відповідні вимогам універсального національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015.

6. Отримані результати теоретичного дослідження підтвердили актуальність наукового пошуку концептуальної моделі більш ефективного застосування відомих механізмів управління якістю з урахуванням специфічних особливостей стоматологічної допомоги, високо затребуваних як її постачальниками, так і споживачами. Це можуть бути моделі, в основу яких покладатимуться вимоги стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, адаптовані до закладів охорони здоров'я, та оновлені складові інших механізмів управління якістю.

Результати дослідження, представлені в Розділі 1, висвітлені в публікаціях автора [186-191]

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МЕТОДИ, МАТЕРІАЛИ І ОБСЯГ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Обґрунтування методологічної основи дослідження

Досягнення головної мети – медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги – потребувало визначення методологічної основи дослідження, тобто, сукупності принципів, підходів, методів і засобів, завдяки яким можна отримати нові знання про менеджмент якості стоматологічної допомоги, вже запроваджений в сфері охорони здоров’я світу й України, та використати їх для розв'язання поставлених завдань з отриманням запланованого результату.

В основу розробки методології даного дослідження покладались загальноприйняті підходи до методології наукового пізнання, де остання розглядається як багаторівневе утворення. Верхній рівень займає філософська методологія, середній рівень – загальнонаукова методологія, надалі – галузеві та міжгалузеві наукові методології [192, 193].

Використання філософських принципів, методів і категорій дозволило розглядати всі досліджувані явища, предмети та процеси в їх історичному розвитку, мобільних змінах і нерозривних зв’язках із внутрішніми та зовнішніми чинниками, що впливають на діяльність закладів, де надається стоматологічна допомога. Зокрема, цьому сприяло покладання в основу проведення дослідження такого філософського принципу і методу, як діалектичний, згідно з яким будь-яке явище в світі перебуває в процесі змін, руху, розвитку та взаємозв’язку з іншими явищами, а рушійною силою перетворень є протиріччя і боротьба протилежностей [194].

У процесі дослідження керувалися такими філософськими категоріями:

- матерія – об’єктивна реальність (наприклад, країни, населення, заклади охорони здоров’я, технології, інформація, медичне обладнання та інші ресурси, відносини між надавачами і споживачами послуг тощо), яка існує незалежно від дослідника та інших учасників дослідження (керівників закладів охорони здоров’я, лікарів, пацієнтів);
- простір і час як основні форми існування матерії (досліджувались стан здоров’я порожнини рота населення різних країн світу, регіонів України протягом певного періоду);
- рух як атрибут і спосіб існування матерії (оцінювалась динаміка показників діяльності закладів, що надають стоматологічну допомогу);
- сутність, як внутрішній спосіб існування предметів (проводився контент-аналіз наукових, законодавчих і галузевих нормативно-правових актів та розпорядчих і обліково-звітних документів закладів охорони здоров’я);
- явище як форма виразу сутності (діяльність як результат впровадження нормативних вимог і регламентів);
- зміст як сукупність усіх елементів і взаємозв'язків між ними в предметі, явищі, процесі (наявна та розроблена концептуальна функціонально-організаційна модель системи управління якістю стоматологічної допомоги);
- форма як спосіб організації змісту (організаційна структура моделі);
- одиничне – категорія, що відображає неповторне, унікальне, оригінальне в предметі, явищі, процесі (якісні характеристики системи управління стоматологічної допомоги та результатів діяльності);
- загальне – типове, повторювальне, характерне для множини предметів, явищ, процесів (дані про діяльність закладів, що надають стоматологічну допомогу в системі охорони здоров’я України) [195].

Цілеспрямовано в дослідженні використовувалась філософська категорія якості, що означає суттєву незмінну характеристику предмета, яка відрізняє його від іншого [196]. Характеристиками якості медичної допомоги, як зазначалось в розділі 1.3, визнані ефективність, зокрема, клінічна, безпека, пацієнт-орієнтованість, а також доступність, комплексність, своєчасність,

справедливість, економічна ефективність та інші, в залежності від місцевого контексту. Противагу категорії якості складала філософська категорія кількості, що, на відміну від якості, означає несуттєву характеристику предмета, і може змінюватися (наприклад, кількість сукупних наданих стоматологічних послуг за певний період часу закладом охорони здоров’я).

Економічний зміст категорії якості вимагав дотримання філософських підходів до економічних явищ і процесів, зокрема, розгляду співвідношення попиту та пропозиції на ринку стоматологічних послуг, прийняття креативних рішень з підвищення компетентності працівників, створення інтелектуального капіталу закладу охорони здоров’я, розгляду потенційних підходів до забезпечення фінансової доступності пацієнтів до стоматологічних послуг [197].

Із загальнонаукової методології використовувались методи емпіричного, теоретичного дослідження та загальнологічні методи [198].

З методів емпіричного дослідження використані методи порівняння, вимірювання. Метод вимірювання дозволив встановити кількісні характеристики досліджуваних об'єктів, предметів і явищ, визначити числові значення величин, проводити їхню статистичну та математичну обробку. Метод порівняння використаний для визначення ступеню відповідності об'єктів, предметів і явищ стандартам, регламентам, нормативно-правовим вимогам і оцінки динаміки їх змін у часі і просторі. Первинні дані піддавались фіксації у вигляді фотоматеріалів, ксерокопій, таблиць тощо.

З методів теоретичного дослідження використані гіпотеза та припущення, які дозволили осмислити отриманий фактичний матеріал, зробити умовиводи про існування певних проблемних явищ і процесів, на вирішенні яких потрібно сконцентрувати подальше дослідження. З даної групи методів застосовувався також як провідний метод системного підходу, який полягав у комплексному вивченні системи управління якістю як складної сукупності взаємопов’язаних між собою і зовнішнім середовищем елементів – суб’єкту управління, об’єкту управління та їх інформаційного забезпечення.

З групи відомих загальнологічних методів дослідження використані: аналіз (досліджувані об’єкти, явища і процеси піддавались розчленуванню на складові елементи з метою більш детального вивчення) і синтез (з'єднання окремих елементів, властивостей і зв'язків, результатом чого стало якісно нове утворення – концептуальна функціонально-організаційна модель управління якістю стоматологічної допомоги), узагальнення (результатів дослідження як об'єднання фактів за подібними характеристиками в групи), моделювання (відтворення властивостей об'єкта дослідження на спеціально створеному аналогові – моделі, яка визначена кінцевою метою дослідження).

Урахування специфічності проведення дослідження в сфері медичної діяльності вимагало слідування філософським засадам медицини, які розглядають останню як сферу науки і практичної діяльності із збереження та підтримання здоров’я людини в її історичному розвитку, цілісності та системності [199].

Серед методів, визначених паспортом наукової спеціальності «Соціальна медицина» [200], для проведення даного дослідження обрані методи: системного підходу і аналізу, контент-аналізу, бібліосемантичний, медико-географічний, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, експертних оцінок.

Системний підхід як провідний метод дослідження в соціальній медицині дозволив вивчати систему управління якістю стоматологічної допомоги в її шести аспектах:

- системно-компонентному (керівники закладів, адміністративні працівники, лінійні керівники, керівники позаштатних організаційних структур, органи колективного прийняття рішень в системі управління якістю стоматологічної допомоги);

- системно-функціональному (повноваження та обов’язки працівників в системі управління якістю стоматологічної допомоги та їх дотримання);

- системно-структурному (домінуюча структура закладу в системі підпорядкування);

- системно-інтегративному (ступінь упровадження інноваційних технологій);

- системно-комунікаційному (ступінь розвитку зовнішніх та внутрішніх комунікацій керівників та працівників);

- системно-історичному (врахування історичної трансформації категорії якості в сфері охорони здоров’я та послідовних логічних змін у підходах до управління нею в досліджуваних закладах охорони здоров’я).

Особливості досліджуваного об’єкта – системи управління якістю стоматологічної допомоги – обумовили використання такого специфічного методу дослідження, як процесний підхід. Сутність процесного підходу полягає в тому, що діяльність розуміють та нею керують як взаємопов’язаними процесами, які функціонують як цілісна система, а власне процес – це «сукупність взаємопов’язаних або взаємодійних робіт, що використовують входи для створення запланованого результату» [171], тобто, отримання продукції або послуги.

Процесний підхід дозволив детально досліджувати систему на основі принципів кібернетики – вивчати систему інформаційних зв’язків, яка включає в себе, крім суб’єкта і об’єкта управління, канали прямого (через них передається вхідна інформація) та зворотного зв'язку (передається інформування про стан об'єктів управління).

Таким чином, поєднання системного і процесного підходів та використання інших вищезазначених методів дослідження дозволило здійснювати послідовні цілеспрямовані дії з комплексного вивчення ролі і внеску кожного елементу системи управління закладом охорони здоров’я, який надає стоматологічну допомогу, в управління якістю стоматологічних послуг, їх критичну оцінку, аналіз, виокремлення проблем, узагальнення одержаних результатів та досягнення мети дослідження – обґрунтування і розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги з наступною експертною оцінкою її ефективності.

2.2. Розробка програми та характеристика емпіричної бази дослідження

Визначена методологія дослідження покладалась в основу розробки програми дослідження, мета якої – створення загального логічно-послідовного структурованого плану заходів (етапів) з виконання завдань дослідження, що в підсумку дозволило б досягти мети дослідження (рис. 2.1).

Програмою дослідження передбачалось:

1) визначити: порядок застосування методів збору і аналізу інформації; джерела та обсяг первинної інформації; процедуру дослідження;

2) проводити контроль за ходом і процесом дослідження;

3) здійснювати аналіз проміжних і кінцевих результатів та їх оприлюднення;

4) обґрунтувати та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи управління якістю стоматологічної допомоги;

5) впровадити окремі елементи запропонованої моделі та надати експертну оцінку її ефективності.

Зміст етапів дослідження відповідав визначеним завданням дослідження, представленим у Вступі до дисертаційної роботи, та спрямовувався на предмети дослідження: стан здоров’я порожнини рота населення України та її окремих регіонів; фактори ризику стоматологічних захворювань; законодавче й нормативно-правове регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні; стандарти (протоколи) стоматологічної допомоги; умови ліцензування та стандарти акредитації закладів охорони здоров’я, міжнародні й вітчизняні стандарти на системи управління якістю; мережа закладів, що надають стоматологічну допомогу, та їх ресурсне забезпечення; менеджмент якості стоматологічної допомоги; задоволеність пацієнтів стоматологічною допомогою, а медичних працівників – професійною діяльністю, і полягав у наступному.

Перший етап присвячувався теоретичному аналізу проблеми стоматологічної допомоги в світі, зокрема, в Україні, обумовленої потребами в

Мета дослідження: Здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги; впровадити окремі елементи моделі в сферу охорони здоров'я України

Перший етап: Аналіз: стану здоров'я порожнини рота населення світу й України, феномену якості медичної допомоги, міжнародних і вітчизняних досліджень з проблеми якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги, механізмів управління нею та особливостей їх застосування в Україні

Матеріали: 225 джерел наукової, нормативно-правової, довідкової, статистичної інформації (з них 79 – англомовні), серед яких: зарубіжні (з бази даних PubMed) і вітчизняні наукові праці – 177 од., законодавчі й нормативно-правові документи – 32 од.; міжнародні й вітчизняні стандарти на системи управління якістю – 16 од.

Другий етап: Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту, предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури, змісту й обсягу інформаційних матеріалів

Третій етап: Аналіз особливостей здоров'я порожнини рота населення Житомирської, Харківської та Чернігівської областей; оцінка потреб населення у стоматологічній допомозі та ресурсних можливостей мережі регіональних закладів стоматологічного профілю в задоволенні цих потреб

Матеріали: дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Національного канцер-реєстру та ф. № 20 державної медичної статистичної звітності досліджуваних областей, усього 45 од.

Четвертий етап: Дослідження систем управління якістю обласних стоматологічних поліклінік м. Житомир, м. Харків, м. Чернігів

Матеріали: документи системи управління якістю досліджуваних закладів (Політика в сфері якості; «Настанова з якості»; статути та колективні угоди; річні плани роботи закладів та їх структурних підрозділів; описи й методики виконання процесів; положення про структурні підрозділи; положення про позаштатні організаційні структури; посадові інструкції працівників; протоколи аудитів, форми № № 17, 20 державної статистичної звітності; розпорядчі документи; плани й графіки навчання персоналу; протоколи засідань медичної ради, робочих груп і комісій; методики, інструкції, схеми взаємодії; зразки анкет соціологічних опитувань, аналітичні документи; карти експертних оцінок; матеріали ліцензування, акредитації, сертифікації за 2010-2019 роки, усього 429 од.)

П'ятий етап: Оцінка задоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою. Оцінка задоволеності лікарів-стоматологів професійною діяльністю. Аналіз ставлення лікарів-стоматологів до використання доказових технологій

Матеріали: анкетні опитувальники пацієнтів (600 од.); анкетні опитувальники лікарів (110 од.); протоколи напівструктурованих глибинних інтерв'ю (10 од.)

Шостий етап: Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги, впровадження окремих елементів моделі та експертна оцінка її ефективності

Матеріали: програмні документи ВООЗ (4 од.), результати власного дослідження, анкети експертів (20 од.)

Методи дослідження на етапах: системного підходу і аналізу – I – VI; контент-аналізу - IV; історичний – I; бібліосемантичний – I; медико-географічний – I; процесного підходу – IV; моделювання –VI; графічний – I - VI; соціологічний – V; експертних оцінок – VI; медико-статистичний – I; III - V; організаційного експерименту – VI

Упровадження: пропозиції до проєктів: Постанови КМУ від 02.03.2016 № 285, 4-х наказів МОЗ України; співавторство в розробці «ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я», навчальних планів і програм – 4 од.; публікації (33 од., з них 19 – у наукових фахових виданнях категорії «Б», 5 – у виданнях, що входять до наукометричних баз WoS і SCOPUS); тези (5 од.); акти впровадження (9 од.)

Рис. 2.1. Програма, методи, матеріали і обсяг дослідження

забезпеченні її якості, міжнародних і вітчизняних досліджень з проблеми якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги, механізмів управління нею та особливостей їх застосування в Україні. Аналіз включав вивчення стану

здоров’я порожнини рота населення та факторів, що його обумовлюють, з виокремленням їх особливостей у вітчизняній популяції. Медична складова задоволення потреб населення в підтримці й відновленні здоров’я порожнини рота та профілактики реалізації факторів ризику його порушень потребували більш глибокого вивчення феномену якості в охороні здоров’я, характеристик якості та відстеження їх історичної трансформації.

З’ясовано, що основна світова проблема забезпечення якості стоматологічної допомоги полягає в її обмеженій фінансовій доступності та високому ризику ускладнень після стоматологічних утручань, а в Україні, крім зазначених факторів, – в обмеженій доступності закладів охорони здоров’я до технологій надання стоматологічної допомоги, заснованих на принципах доказової медицини, слабкому розвитку таких інструментів управління якістю, як ліцензування спеціалістів, акредитація закладів охорони здоров’я, сертифікація систем управління.

Зокрема, сертифікація систем управління якістю на відповідність міжнародним стандартам ISO серії 9000 активно використовується в світових системах охорони здоров’я як надійний інструмент безперервного підвищення якості медичної допомоги. В Україні сертифікація застосовується лише в окремих закладах стоматологічного профілю; використання стандартів на системи управління якістю не набуло поширеності й значимості для керівників різних рівнів управління стоматологічною допомогою, безпосередніх надавачів стоматологічної допомоги та уваги пацієнтів.

Отримані результати підтвердили правильність вибору мети й напряму дослідження та доцільність наукового пошуку моделі більш ефективного застосування відомих механізмів управління якістю з урахуванням специфічних особливостей стоматологічної допомоги, високо затребуваних як її постачальниками, так і споживачами.

Матеріалами дослідження цього етапу слугували 225 джерел наукової, нормативно-правової, довідкової, статистичної інформації (з них 79 – англомовні), серед яких: зарубіжні (з бази даних PubMed) і вітчизняні наукові

праці – 177 од., законодавчі й нормативно-правові документи – 32 од.; міжнародні й вітчизняні стандарти на системи управління якістю – 16 од., а методами дослідження – бібліосемантичний, контент-аналізу, системного підходу і аналізу, медико-статистичний, медико-географічний, графічний, узагальнення.

Результати першого етапу дослідження представлені у першому розділі дисертації.

На всіх наступних етапах дослідження використані методи системного підходу і аналізу, крім методів, специфічних для кожного етапу.

За результатами першого етапу дослідження на другому його етапі проведено: формування об’єкту та предмету дослідження та розробку його програми; визначення завдань; визначення змісту, структури й обсягу матеріалів, методології й методичного апарату дослідження.

На даному етапі відбувся також вибір бази наукового дослідження – обласних закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю м. Житомир, м. Харків та м. Чернігів, системи управління якістю яких сертифіковані на відповідність ДСТУ ISO 9001:2015, оскільки в їх діяльності поєднуються усі застосовні механізми регулювання якості медичної допомоги.

В основу вибору зазначених областей покладався також економічний критерій – наявний дохід в розрахунку на одного жителя регіону України в гривнях за рік, оскільки відомо, що стоматологічна допомога є однією з найбільш дороговартісних серед інших видів медичної допомоги, а потреби в ній високі, тому фінансова спроможність населення за умов обмеженого бюджетного фінансування є одним з чинників доступу до стоматологічних послуг та своєчасної профілактики й лікування хвороб порожнини рота.

За даними Державної служби статистики України [201], за обраним критерієм – наявним доходом в розрахунку на одну особу в гривнях за рік упродовж 2010-2019 років – проведений розподіл областей України на три групи за критерієм різниці доходів за рік за даний період часу. Виокремлені три

групи областей з максимальними доходами за досліджуваний період на одну особу: 1) до 60 тис. грн; 2) 61-65 тис. грн; 3) вище 65 тис. грн.

З першої групи для проведення дослідження обрано Чернігівську область (максимальний дохід на одну особу дорівнював 59,9 тис. грн); з другої – Житомирську (максимальний дохід на одну особу складав 62,5 тис. грн); з третьої – Харківську область (максимальний дохід на одну особу – 66,5 тис. грн). Ураховувалась також згода керівників закладів стоматологічного профілю обласних центрів взяти участь у дослідженні.

Результати другого етапу дослідження представлені у другому розділі дисертації.

Завданнями третього етапу дослідження передбачалося провести ретельний аналіз змін стану здоров’я та структури захворюваності порожнини рота населення Житомирської, Харківської та Чернігівської областей за 2010 - 2019 роки, визначити їх особливості та відмінності від середніх показників здоров’я порожнини рота населення України, надати оцінку потреб населення цих регіонів у стоматологічній допомозі та ресурсних можливостей мережі регіональних закладів стоматологічного профілю в задоволенні цих потреб.

У якості матеріалів дослідження використані дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Національного канцер-реєстру та ф. № 20 Державної медичної статистичної звітності відповідних областей, усього 45 од.

Матеріали оброблені за допомогою методів контент- та порівняльного аналізу, медико-статистичного, узагальнення, графічного.

Результати дослідження, отримані на цьому етапі, представлені у третьому розділі дисертаційної роботи.

Наступний, четвертий етап дослідження, присвячувався визначенню ступеня відповідності запровадженої системи управління якістю стоматологічної допомоги вимогам [168] у кожному з досліджуваних закладів охорони здоров’я. Аналіз функціонування систем управління якістю закладів в реальних умовах проводився з огляду на вимоги кожного розділу, пункту та

підпункту стандарту на системи управління якістю. З цією метою використовувався ряд методичних прийомів з питань дослідження систем управління якістю, викладених у [202, 203], та у авторській розробці [204].

Авторський методичний підхід засновувався на оцінці рівня розвитку системи управління якістю в процесі її функціонування, оскільки повне виконання вимог стандарту на системи управління якістю є складною задачею, виконанню якої протидіє ряд різних причин, зокрема, дефіцит ресурсів, технологій тощо, що є характерним для вітчизняної сфери охорони здоров'я. Сертифікація систем управління якістю досліджуваних закладів вже засвідчувала їх розробку та впровадження, тому увага автора концентрувалася саме на тому, як керівництву закладів вдається підтримувати її діяльність у реальних умовах відповідно до еталонної моделі, тобто, до вимог [168].

Сутність методичного підходу полягала в порівнянні вимог стандарту на системи управління якістю з фактичними досягненнями останньої кожного досліджуваного закладу з урахуванням можливостей різного ступеню досягнення відповідності, тобто, розвитку системи. Це дозволило автору отримати інформацію про стан функціонування системи, рівень її зрілості по відношенню до вимог та виокремити позиції, які потребують удосконалення.

Для зручності проведення оцінки в якості робочого інструменту розроблено опитувальник (Додаток Б), структурований за розділами [168] з вимогами до відповідних елементів системи управління якістю. До складу опитувальника введена бальна шкала від одного (відсутня або мінімальна за характеристиками діяльність в порівнянні з вимогами) до п'яти балів (виконання вимог у повній відповідності до вимог).

Під час проведення дослідження за даною методикою автор шляхом контент-аналізу розпорядчих, облікових, аналітичних, звітних, протокольних та інших документів досліджуваних закладів отримував фактичні дані за кожним елементом системи та порівнював їх з вимогами до системи управління якістю, використовуючи опитувальник. Ураховувалися досягнуті результати у визначеній послідовності, без виключення будь-яких при просуванні до

критеріїв вищого рівня розвитку системи. Надалі за результатами порівняльного аналізу обиралася відповідна бальна оцінка.

В якості матеріалів дослідження на даному його етапі використані документи системи управління якістю досліджуваних закладів (Політика в сфері якості; «Настанова з якості»; Статути та Колективні угоди; річні плани роботи закладів та їх структурних підрозділів; описи і методики виконання процесів; положення про структурні підрозділи; положення про позаштатні організаційні структури; посадові інструкції працівників; протоколи аудитів, форми № № 17, 20 державної статистичної звітності; розпорядчі документи по закладам; плани і графіки навчання персоналу; протоколи засідань медичної ради, робочих груп і комісій; методики, інструкції, схеми взаємодії; зразки анкет соціологічних опитувань; аналітичні документи; карти експертних оцінок; матеріали ліцензування, акредитації, сертифікації за 2010-2019 роки, усього 429 од.).

Виконання завдань четвертого етапу здійснювалося за допомогою методів: процесного підходу, порівняльного й контент-аналізу, вимірювання, медико-статистичного, графічного.

Результати четвертого етапу дослідження представлені у четвертому, п’ятому й шостому розділах дисертації.

На п’ятому етапі проведено соціологічне дослідження, метою якого визначено отримати оцінку задоволеності стоматологічною допомогою пацієнтів досліджуваних закладів, професійною діяльністю – лікарів-стоматологів, а також дослідити, як використовуються доказові дані в клінічній практиці за інформацією від безпосередніх надавачів стоматологічних послуг – лікарів-стоматологів, що є надзвичайно важливим для підтвердження чи спростування того, чи дійсно пацієнти отримують якісну стоматологічну допомогу.

З метою виконання завдань даного етапу були розроблені програма і план–графік проведення соціологічних досліджень, визначені обсяги генеральних і вибіркових сукупностей цільових груп респондентів, розроблені

примірники анкет, список відкритих запитань для проведення глибинних інтерв'ю, визначені часові терміни їх обробки та аналізу.

База первинних даних в цій частині дослідження формувалась із примірників заповнених анкет пацієнтів загальною кількістю 600 од., лікарів-стоматологів – 110 од. та протоколів за результатами проведення глибинних інтерв'ю серед 10 лікарів-стоматологів. Використані методи: соціологічний (анкетне опитування, глибинне інтерв'ю), медико-статистичний, графічний, аналітичний, узагальнення.

Під час статистичної обробки матеріалів виконувались підрахунки інтенсивних і екстенсивних показників, середніх величин. Оцінка достовірності результатів проводилась за допомогою ліцензованої програми Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel) та ліцензованої програми IBM SPSS Statistics Subscription Trial 27.0 стандартними методами (середня похибка відносної величини (m), коефіцієнт достовірності відмінностей (p) середніх величин з використанням t-критерію Стьюдента (t). Відмінності показників вважались достовірними при $t > 2$, $p < 0,05$.

Результати п'ятого етапу дослідження представлені у сьомому розділі дисертації, а методика організації проведення соціологічного опитування – в наступному підрозділі даного розділу роботи.

Узагальнені результати попередніх етапів дослідження дозволили на шостому, заключному етапі, здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління якістю стоматологічної допомоги, впровадити окремі її елементи в сферу охорони здоров'я України та діяльність досліджуваних закладів стоматологічної допомоги й провести експертну оцінку запропонованої моделі.

Інформаційне забезпечення шостого етапу здійснювалось за рахунок положень програмних документів ВООЗ (4 од.), результатів власного дослідження, даних анкетних опитувань експертів (20 од.).

Виконання шостого етапу проводилось із застосуванням методів: порівняльного й контент-аналізу, синтезу, узагальнення, концептуального та

функціонально-структурного моделювання, організаційного експерименту, медико-статистичного, графічного.

Результати шостого етапу дослідження представлені у восьмому розділі дисертації.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювались з використанням ліцензованої програми Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel) та ліцензованої програми IBM SPSS Statistics Subscription Trial 27.0, а концептуального моделювання – за допомогою програмного забезпечення Microsoft Visio.

2.3. Обґрунтування методичних підходів до проведення соціологічного дослідження та експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги

Соціологічне дослідження як складова загальної програми наукової роботи проводилось з метою отримання інформації стосовно задоволеності пацієнтів досліджуваних закладів якістю стоматологічної допомоги, оскільки задоволеність замовників є одним із показників ефективності функціонування системи управління якістю. Задоволеність замовника – це «сприйняття замовником ступеня виконання його очікувань; це судження, думка, висловлена замовником. Ступінь задоволеності відображає розбіжність між баченням замовником очікуваної продукції і сприйняттям замовником якості поставленої продукції» [205]. Характеристиками якості стоматологічної допомоги, які мають значний вплив на задоволеність пацієнтів, обрані: доступність (географічна, економічна, організаційна, інформаційна), клінічна ефективність, безпека (технологічна, моральна), пацієнт-орієнтованість, умови надання стоматологічної допомоги.

Важливою складовою соціологічного дослідження стало також опитування медичних працівників, як основного ресурсу забезпечення якості в закладах охорони здоров’я, з метою оцінки їх задоволеності професійною діяльністю в досліджуваному закладі. Відомо, що задоволеність професійною

діяльністю працівника в даному закладі охорони здоров'я значним чином впливає як на мотивацію персоналу, так і на результати роботи закладу взагалі та задоволеність зовнішнього споживача – пацієнта – отриманою медичною допомогою, зокрема. Характеристиками, що обумовлюють задоволеність цієї категорії респондентів, визначені: можливості безперервного професійного розвитку; доступність і обсяг інформаційного забезпечення; умови робочого середовища, де відбувається професійна діяльність; рівень заробітної плати; розвиток комунікацій в даному закладі охорони здоров'я; взаємовідносини в колективі.

Проведення глибинних інтерв'ю, як складової соціологічного дослідження серед лікарів-стоматологів, мало за мету виявити, яку роль доказової медицини професіонали вбачають у забезпеченні якості стоматологічної допомоги; які джерела доказових даних використовують; що заважає та/або сприяє використовувати міжнародні клінічні рекомендації в повсякденній клінічній практиці; що може допомогти більш активно їх використовувати. Даним дослідженням автор сподівався виявити не лише прихильність лікарів-стоматологів до медичних технологій на принципах доказової медицини, але й з'ясувати причини проблеми низького рівня адаптації високонадійних клінічних досліджень в стоматологічній практиці.

Використання соціологічної інформації від визначених цільових груп респондентів дозволило надати різнобічну оцінку якості стоматологічної допомоги за критерієм задоволеності зацікавлених в якості медичної допомоги сторін шляхом зворотного зв'язку з тими, кому адресовані стоматологічні послуги, та тими, хто їх надає.

Методичною основою розробки власної програми і плану-графіку проведення різних складових соціологічного дослідження обрано вищезгаданий методичний стандарт [205].

Складовими програми соціологічного дослідження стали:

1) визначення цілей оцінювання задоволеності респондентів і частоти збору даних;

2) визначення методів дослідження та розробка анкет;

3) інструктаж осіб, задіяних до процесу проведення дослідження;

4) визначення обсягу та розподіл необхідних ресурсів;

5) безпосереднє проведення дослідження;

6) збір, аналіз і використання даних.

Із запропонованих [205] методів соціологічного дослідження обрано кількісний метод анкетного опитування шляхом особистого заповнення респондентами анкет, що дозволило виконати завдання в цій частині дослідження з визначення задоволеності стоматологічною допомогою пацієнтів та професійною діяльністю – лікарів.

В основу підходів до розробки авторських оригінальних анкет покладалась визначена стандартом методика: орієнтація на досягнення встановлених цілей соціологічного дослідження; вступ зі зверненням до респондента та його поінформованою згодою на участь у дослідженні, інструкцією із заповнення анкети й зобов’язаннями автора щодо нерозголошення персональної інформації; основна частина з цільовими запитаннями; соціально-демографічна складова. Дотримувався логічний порядок розташування запитань: спочатку більш прості, а потім – більш складні з чітким однозначним формулюванням змісту. Здійснювалась нумерація запитань та розташування місць для відповідей в межах встановленої шкали вимірювань (Додатки В, Г).

Застосовувалась п’ятирівнева цифрова шкала вимірювань (оцінки від одного до п’яти балів) для обох цільових груп респондентів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Шкала вимірювань відповідей респондентів

1	2	3	4	5
Дуже незадоволений	Незадоволений	Частково задоволений	Задоволений	Дуже задоволений

Об’єктивність отриманої інформації забезпечувалась формуванням репрезентативних вибірок, відповідних визначеним генеральним сукупностям.

Відомості про чисельність пацієнтів та медичних працівників отримувались із звітних форм № 17 «Звіт про медичні кадри за 20____ рік» та № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20__ рік».

Вважалось, що генеральну сукупність пацієнтів складали усі вперше зареєстровані відвідувачі досліджуваного закладу впродовж одного року; остаточний обсяг генеральної сукупності дорівнював середньому статистичному за попередні п’ять років.

Визначення обсягу вибіркової сукупності здійснювалось за формулою [206]:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq},$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення, або довірчий коефіцієнт (t =2);

p – ймовірність наявної ознаки (p =0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (q=1-p);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – гранично припустима помилка у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить ± 5%, або 0,05).

За результатами розрахунків і оцінки придатності анкет для обробки та аналізу використані заповнені 199 анкет пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 180 анкет пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) та 221 анкета пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», усього 600 анкет пацієнтів закладів стоматологічного профілю, обраних базами дослідження.

Генеральну сукупність медичних працівників досліджуваних закладів складали лікарі усіх стоматологічних спеціальностей.

Отримано заповнені й придатні до опрацювання анкети від 20 лікарів, що складало 52,6% лікарів усіх стоматологічних спеціальностей Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 49 анкет, якими представлені 62,8% лікарів усіх стоматологічних спеціальностей КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 41 анкетний опитувальник, наданий 68,3% лікарями усіх стоматологічних спеціальностей КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Обсяг отриманого матеріалу дослідження був достатнім, щоб розглядати результати на репрезентативному для даних закладів рівні.

Таким чином, були опитані загалом 110 лікарів стоматологічних спеціальностей трьох різних регіонів України.

Примірники анкет поширювались серед пацієнтів і лікарів закладів, обраних базами дослідження, з використанням Інтернет-технологій (електронної пошти, месенджерів) як сучасного інструменту комунікацій, який, як свідчить світова практика, для проведення соціологічного дослідження існує вже понад десять років [207, 208].

Опитування проводилось у 2019-2020 роках.

Розроблені анкети підлягали попередньому випробуванню («пілотному дослідженню») з метою виявлення можливих слабких змістовних елементів. З цією метою визначались репрезентативні вибірки пацієнтів по кожному досліджуваному закладу за умови, що генеральна сукупність представлена середньою кількістю пацієнтів, які відвідують заклад впродовж місяця, але не менше як 30 осіб. Пілотні вибірки медичних працівників також дорівнювали не менш як 30 особам.

Організація проведення соціологічного дослідження, зокрема, в частині термінів та залучення працівників в якості помічників до процесу опитування пацієнтів, погоджувалась з керівництвом досліджуваних закладів. Автором наукової роботи попередньо надавались відповідні інструкції задіяним медичним працівникам щодо їх ролі й функцій у процесі проведення опитування респондентів.

Опитування пацієнтів проводилося після завершеного лікування (процедури). Пацієнту надавались пропозиція стати респондентом, роз'яснення щодо способу отримання, заповнення та повернення анкети, та, в разі згоди, прохання залишити контакти з електронної пошти та/або месенджерів для двостороннього спілкування з автором наукового дослідження. Використання електронних засобів зв'язку для поширення анкет передбачено також [205].

Респондентами для проведення напівструктурованих глибинних інтерв'ю визначені лікарі-стоматологи КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради. Обрання лікарів-стоматологів цільовою групою респондентів обґрунтовувалось тим, що вони безпосередньо проводять клінічну практику, для чого самостійно здійснюють вибір медичної технології, несуть відповідальність за якість, результати лікування й безпеку пацієнта під час стоматологічних процедур, отже можуть надати найбільш достовірну інформацію на питання, визначені метою дослідження.

Участь у дослідженні лікарів однієї спеціальності, але різної статі, віку, тривалості професійної діяльності за добровільною письмовою згодою після роз'яснення дослідником мети й подальшого використання результатів дослідження в наукових цілях забезпечувало як однорідність вибірки, так і можливості отримання різних точок зору на проблему, а також впевненість дослідника в очікуваній достатній тематичній насиченості відповідей.

Із 51 особи лікарів-стоматологів погодились взяти участь у навіструктурованому інтерв'ю 10 осіб, що дозволило оптимально використати часові рамки для проведення дослідження, термін обробки текстової інформації та забезпечити її аналіз. Віково-статевий склад респондентів був наступним: серед учасників інтерв'ю було шість жінок, четверо чоловіків; вік – від 34 до 65 років, стаж трудової діяльності за спеціальністю – від 10 до 40 років.

Збір даних здійснювався інтерв'юером – автором. Інтерв'юер не був особисто знайомий з респондентами, що виключало отримання бажаної для дослідника інформації за попередніми домовленостями з учасниками опитування. Керівництво закладу, де проводилося дослідження, виділило

мебльоване зручне приміщення для проведення інтерв'ю з добрим освітленням та низьким рівнем шуму. Проведення інтерв'ю тривало упродовж двох тижнів (10 робочих днів); упродовж одного дня проводилось одне інтерв'ю. Процедура передбачала знайомство дослідника з респондентом, отримання поінформованої письмової згоди на проведення інтерв'ю, пояснення мети дослідження та науково-практичного використання отриманої інформації. Інтерв'ю проводилося після закінчення респондентом робочої зміни й тривало від 40 до 50 хвилин. Відповідно до бюджетних можливостей дослідника, відповіді записувались від руки з фіксацією ключових фраз та найважливіших їх частин. Одночасно записи здійснювалися помічником дослідника, який не брав участі у розмові. Усі записи переносилися в електронний формат до окремих документів Microsoft office Word, позначених умовною нумерацією респондентів. Розшифровка відбувалась у той же день та вільну частину наступного дня, до чергового інтерв'ю. Використовувалися також усі відповіді, що запам'ятовувались, але не були занотовані, з метою досягнення мінімального викривлення інформації.

Інтерв'ю проводилося за допомогою розробленого дослідником інструменту з проведення інтерв'ю – списку відкритих запитань, що надавало можливість респонденту відповідати у довільній формі. Було передбачено, що за необхідності, дослідник може ставити додаткові (уточнюючі) запитання (Додаток Д).

По завершенні дослідження проводився тематичний аналіз його результатів шляхом ретельного вивчення текстів відповідей, первинної обробки текстових даних (усунення слів-паразитів, емоційних вигуків, повторів, жаргонних слів), ітеративного (покрокового) процесу відкритого кодування шляхом: розбивки текстів на менші за об'ємами частини, створення кодів шляхом відбору слів або коротких фраз, які вважались мітками як ключові й повторювані слова й фрази за допомогою пошуку в програмному забезпеченні MX EXCELL. Відкриті коди групували для виокремлення категорій і субкатегорій та встановлення взаємозв'язків між ними.

Оцінка задоволеності пацієнтів якістю стоматологічної допомоги та медичних працівників – професійною діяльністю включала також аналіз відповідних опосередкованих показників. Вони отримувались шляхом контент-аналізу матеріалів, що містили: звернення пацієнтів з приводу незадоволеності або подяк; дані про ускладнення внаслідок лікувально-діагностичних процедур; коментарі та обговорення пацієнтів на сайтах досліджуваних закладів; матеріали засідань комісій по трудовим спорам.

Експертна оцінка концептуальної моделі управління якістю стоматологічної допомоги проводилась з використанням «Анкети експерта» за п’ятибальною оціночною шкалою (Додаток Ж). Анкета відповідала таким вимогам, як стислість, однозначність і однаковість запитань для кожного експерта. До анкети додавались інформаційні матеріали з обґрунтуванням концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги.

Експертна група (Додаток З) формувалася за професійними ознаками і складалась з 20 осіб – два експерти очолювали кафедри закладів вищої освіти за профілем «Стоматологія», один експерт – багатопрофільний заклад охорони здоров’я, в якому надаються стоматологічні послуги, решта – очолювали заклади охорони здоров’я стоматологічного профілю державної або приватної форми власності. Із групи експертів нараховувалося сім осіб з науковим ступенями: троє – з науковим ступенем доктора медичних наук, четверо – кандидата медичних наук. Семеро експертів з науковими ступенями мали вищу атестаційну категорію за фахом «Організація і управління охороною здоров’я», один – другу. Із 13 експертів, які не мали наукового ступеня, п’ятеро були лікарями-спеціалістами за фахом «Організація і управління охороною здоров’я», один – з першою, семеро – з вищою атестаційною категорією.

Таким чином, загалом 13 експертів мали вищу атестаційну категорію за фахом «Організація і управління охороною здоров’я», решта учасників експертної групи також були атестованими організаторами охорони здоров’я, а третина експертів мали наукові ступені. Отже, якість експертних оцінок

обумовлювалась високою кваліфікацією експертів в сфері організації і управління охороною здоров’я, зокрема, з питань якості медичної допомоги, великим практичним досвідом у даній галузі, обізнаністю з досліджуваної проблеми та відсутністю особистої зацікавленості в результатах експертизи, що забезпечувало досягнення її максимальної об’єктивності і точності.

Експертна оцінка проводилась з використанням Інтернет-технологій. Експертам надсилались електронною поштою матеріали з результатами проведеного наукового дослідження та розроблені анкети. В разі виникнення запитань у експертів автором дослідження надсилались додаткові матеріали та уточнена інформація. Повний список експертів до відома кожного з них не доводився, чим забезпечувалось уникнення міжособистого спілкування експертів та врахування думки лідера, що забезпечувало максимальну об’єктивність оцінки.

Заповнені експертами та повернені автору дисертаційної роботи анкети підлягали медико-статистичному аналізу. Розраховувались середня арифметична бальних оцінок та стандартна похибка (m). Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації (Cv) для кожного об'єкта експертизи у відсотках.

Висновки до розділу 2

1. В основу проведення дослідження покладалась традиційна універсальна багаторівнева методологія, що дозволило використовувати філософські, загальнонаукові, галузеві та міжгалузеві наукові методології, визначити об’єкт та предмет дослідження, а також завдання, методи, матеріали і обсяг дослідження.

2. Мета дослідження полягала у медико-соціальному обґрунтуванні та розробці концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги та впровадженні її окремих елементів. Завдання дослідження спрямовувались на досягнення запланованої мети.

3. Об’єктом дослідження визначена система управління якістю стоматологічної допомоги в Україні, а предметом – стан здоров’я порожнини рота населення України та її окремих регіонів; фактори ризику стоматологічних захворювань; законодавче й нормативно-правове регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні; стандарти (протоколи) стоматологічної допомоги; умови ліцензування закладів охорони здоров’я, стандарти акредитації закладів охорони здоров’я, міжнародні та вітчизняні стандарти на системи управління якістю; мережа закладів, що надають стоматологічну допомогу, та їх ресурсне забезпечення; менеджмент якості стоматологічної допомоги; задоволеність пацієнтів стоматологічною допомогою, а медичних працівників – професійною діяльністю.

4. Дослідження здійснювалось відповідно до програми, яка включала загальний логічно-послідовний структурований план заходів (етапів) дослідження, спрямованих на виконання завдань кожного етапу та досягнення мети дослідження.

5. Інформаційна база дослідження складалась із джерел релевантної наукової, директивної, довідкової інформації за темою та даних власного дослідження в обсязі, що забезпечив надійність одержаних результатів.

6. Розроблена методика дослідження системи управління якістю стоматологічної допомоги на основі вимог міжнародних стандартів ISO 9001:2015 може бути використана при дослідженні систем управління якістю будь-яких однопрофільних та багатопрофільних закладів охорони здоров’я.

Результати дослідження, представлені в Розділі 2, висвітлені в публікації автора [204]

РОЗДІЛ 3

ЗДОРОВ’Я ПОРОЖНИНИ РОТА НАСЕЛЕННЯ ЖИТОМИРСЬКОЇ, ХАРКІВСЬКОЇ ТА ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ. РЕСУРСИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ДЛЯ ЙОГО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ

Як доведено оглядом наукових літературних джерел, здоров'я порожнини рота є важливою складовою загального здоров'я населення, а його підтримка та відновлення потребує значних ресурсних витрат. Саме тому в даному розділі дисертаційної роботи проведено аналіз мережі закладів охорони здоров’я Житомирської, Харківської та Чернігівської областей, де надається стоматологічна допомога, та її ресурсного забезпечення з метою дослідження спроможності задовольнити потреби населення в підтримці та відновленні здоров’я порожнини рота й оцінки обсягу використовуваних ресурсів. Відомо, що максимально можливе задоволення потреб населення в товарах, продуктах і послугах за умови ефективного витрачання наявних ресурсів вважається критеріями якості системи управління будь-якою організацією. Дослідження мережі та ресурсного потенціалу дозволило також отримати оцінку якості стоматологічної допомоги на рівні областей за такими її критеріями, як доступність до населення та пов’язану з нею своєчасність стоматологічної допомоги.

3.1. Потреби населення Житомирської, Харківської, Чернігівської областей у стоматологічній допомозі

Як зазначено в огляді наукових літературних джерел (розділ 1), найбільш розповсюдженими й соціально значимими хворобами порожнини рота є карієс, хвороби пародонту й слизової оболонки, травми щелепно-лицевої ділянки та злоякісні новоутворення, зокрема, серед населення областей, на території яких

функціонують заклади, обрані базами дослідження. Ці дані встановлені у опосередкований спосіб, оскільки епідеміологічні дослідження стану здоров’я порожнини рота населення України проводяться фрагментарно, й стосуються цільових груп населення, переважно дитячого, незважаючи на завдання проведення епідеміологічного нагляду неепідемічних захворювань, яке покладалося на ряд державних інституцій, трансформація яких відбувалася саме в той період часу, коли проводилося дане дослідження. Мова йде про ліквідацію Державної санітарно-епідемічної служби, невдалої спроби створення обласних Центрів громадського здоров’я, створення мережі обласних Центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України.

У досліджуваних областях станом на 2021 рік функціонували державні установи «Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», «Чернігівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», «Житомирський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України». Однак їхніми зусиллями проводилися дослідження лише стану захворюваності на інфекційні хвороби у відповідній області, як свідчать дані офіційних вебсайтів.

Тому, за традиційними підходами, потреби населення у стоматологічній допомозі визначалися за обсягом і структурою відвідувань лікарів-стоматологів.

Серед усіх відвідувань автор вважав важливим виокремити для аналізу обсяг первинних відвідувань, оскільки він тісно пов’язаний з фізичною доступністю пацієнта до лікаря-стоматолога, а отже, отримання як лікувально-діагностичної, так і профілактичної допомоги з метою відновлення здоров’я порожнини рота та своєчасного попередження потенційних і прогресування своєчасно не виявлених захворювань.

Результати обчислення первинних даних показали, що в 2010 році на кожного жителя досліджуваних областей, як і України в цілому, приходилося більше одного відвідування до лікаря-стоматолога, найвищими були показники

в Харківській і Чернігівській областях (відповідно 1,4 та 1,2) при показникові 1,05 по Україні. Лише близько половини жителів кожної з досліджуваних областей та загалом України, як видно з даних табл. 3.1, хоча б один раз відвідували стоматолога з будь-яких причин, а отже, мали шанс на профілактичний огляд і лікування (за потреби).

Таблиця 3.1

Кількість відвідувань лікарів-стоматологів та зубних лікарів на одного жителя Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України в 2010 та 2019 роках

Область	**Кількість відвідувань усього на одного жителя/рік**		**Кількість первинних відвідувань на одного жителя/рік**	
	2010	**2019**	**2010**	**2019**
Житомирська	1,04	0,8	0,5	0,4
Харківська	1,4	1,1	0,7	0,5
Чернігівська	1,2	0,9	0,5	0,4
Україна	1,05	0,7	0,5	0,3

Такий рівень первинних відвідувань слід вважати недостатнім, оскільки з метою профілактичного огляду та своєчасного виявлення патології порожнини рота кожен житель повинен хоча б один раз на рік бути оглянутим стоматологом. Експерти ВООЗ вважають регулярне відвідування стоматолога одним із засобів громадського здоров’я, спрямованого на профілактику спільних чинників ризику захворювань.

У 2019 році обсяг первинних відвідувань скоротився до 0,3 на одну особу по галузі, до 0,4 – по Житомирській і Чернігівській областям, по Харківській області – з 0,7 до 0,5 на одного жителя, що не могло сприяти покращенню здоров’я порожнини рота, і означало зменшення доступності населення до

стоматологічної допомоги, коли остання у 2019 році була ліквідована в межах ПМСД.

Вище наведена теза підтверджена аналізом відвідувань госпрозрахункових стоматологічних відділень і кабінетів, який показав зміну потреб і спроможності населення отримати стоматологічну допомогу на умовах платних послуг (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Кількість відвідувань лікарів-стоматологів у відділеннях на госпрозрахунку в Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні в 2010 та 2019 роках (на 10 тис. відповідного населення)

Область	**Кількість відвідувань у відділеннях на госпрозрахунку (на 10 тис. відповідного населення)/роки**	
	2010	**2019**
Житомирська	18,6	505,6
Харківська	10,8	49,8
Чернігівська	80,1	69,6
Україна	151,7	259,3

Так, у Житомирській і Харківській областях, як і загалом в Україні, зросла кількість відвідувань на умовах платних медичних послуг, оскільки з проведенням реформи фінансування первинної медичної допомоги з 2019 року планова стоматологічна допомога дорослому населенню вже не покривалася з бюджету, отже, люди вимушені були сплачувати ці послуги, звертаючись до стоматологічних кабінетів, які працюють на умовах госпрозрахунку, та до закладів стоматологічного профілю приватного сектору.

У Чернігівській, на відміну від інших областей, відбулось зниження обсягу відвідувань до цих структурних підрозділів, що може бути пов’язано з найбільшою чисельністю в цій області осіб старших вікових груп (старше 60

років) – 27,7% від усієї кількості населення, та, як наслідок, значної частки населення пенсійного віку, непрацюючого населення, а отже, низької спроможності сплачувати стоматологічні послуги пацієнтами з власної кишені. Тобто, зменшення числа первинних звернень і звернень на умовах оплати стоматологічних послуг означало високу вірогідність накопичення патології порожнини рота в популяції жителів цієї обдасті. У Житомирській області відповідна частка населення старших вікових груп складала 23,4%, Харківській – 24,6%, по Україні – 24,4%.

Стан здоров’я порожнини рота визначався й за результатами проведених планових профілактичних оглядів населення, внаслідок яких виявлялися особи з показаннями до санації порожнини рота. Як видно з табл. 3.3, відсоток осіб з числа оглянутих з потребами в санації, змінився помірено в сторону зменшення в усіх областях, крім Чернігівської, де він зріс з 57,5% до 61,5%.

Сталі значення потреб населення у санації порожнини рота та/або зростання цих потреб упродовж 10 років свідчать про недостатню ефективність профілактичної роботи з населенням з питань дотримання правил гігієнічного догляду за порожниною рота в побуті, раціонального харчування, уникнення шкідливих звичок, адекватного фізичного навантаження, які мають провідне значення для збереження здоров’я порожнини рота. Слід також зважити на те, що досить високий обсяг санації, проведений щороку, не привів до помітного зменшення потреб населення у стоматологічній допомозі.

Звернуло на себе увагу й зменшення відсотку санованих осіб від числа тих, хто потребував санації, у 2019 році в порівнянні з 2010 роком, що могло бути пов’язано з обмеженим фінансуванням заходів, починаючи з 2019 року, з профілактичної стоматологічної допомоги дорослому населенню.

Погіршення здоров’я порожнини рота населення обраних областей підтверджено й аналізом даних щодо пролікованих лікарями-стоматологами

Таблиця 3.3

Питома вага осіб, які потребували санації, серед кількості осіб, оглянутих лікарями-стоматологами та зубними лікарями, та санованих осіб у Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні в 2010 та 2019 роках

Область	**Питома вага осіб (у відсотках)/роки**			
	2010		**2019**	
	потребували санації від кількості оглянутих	**сановані**	**потребували санації від кількості оглянутих**	**сановані**
Житомирська	51,9	79,5	49,3	70,1
Харківська	37,9	83,7	37,3	76,4
Чернігівська	57,5	81,2	61,5	79,2
Україна	53,2	79,2	52,8	74,3

зубів з приводу карієсу та співвідношенням зубів із ускладненим карієсом і усіх пролікованих зубів з приводу карієсу (табл. 3.4).

Більша або переважна частина відвідувань до лікарів-стоматологів пов’язана з карієсом зубів, як в обраних областях, так і в цілому по галузі, що віддзеркалює високий ступінь ураження населення цією патологією. Із 2015 по 2019 роки незначно зменшилася питома вага таких відвідувань лише в Житомирській області – з 63,7% до 63,1%, відповідно до аналогічних змін загалом в Україні. Одночасно в Харківській і Чернігівській областях показники зросли відповідно з 47,7% до 48,6% та з 53,2% до 58,0%. Найбільш несприятливим показником виявилася питома вага пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів з приводу карієсу, яка зросла в усіх областях та в цілому по галузі, що вказало на зростання кількості глибоко застарілих, своєчасно не виявлених й не пролікованих деструктивних процесів у зубах, відсутність у населення як належного рівня культури гігієни

Таблиця 3.4

Питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу серед усіх стоматологічних відвідувань та пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів з приводу карієсу в Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні у 2010 та 2019 роках

Область	**Питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу серед усіх стоматологічних відвідувань (у %)**		**Питома вага пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів з приводу карієсу (у %)**	
	2015	**2019**	**2015**	**2019**
Житомирська	63,7	63,1	23,2	26,2
Харківська	47,7	48,6	21,0	26,2
Чернігівська	53,2	58,0	25,9	26,3
Україна	55,8	54,6	22,5	24,9

порожнини рота, так і обмежений внесок у своєчасну профілактику й діагностику цих патологій і гальмування їх розвитку з боку лікарів-стоматологів та лікарів інших спеціальностей.

Медико-статистичний аналіз захворювань пародонту, як однієї з провідних патологій порожнини рота, показав, що лікуванням з приводу цих захворювань було охоплено в 2019 році в Житомирській області 177,5 осіб з кожних 10 тис. нас., в Харківській – 136,2 з 10 тис. нас., в Чернігівській – 157,9 з 10 тис. нас.; в Україні цей показник дорівнював 146,5 на 10 тис. нас. За результатами аналізу зрозуміло, що в Житомирській та Чернігівській областях попит населення на дані послуги перевищував аналогічні в Харківській області та в середньому по галузі, що пов’язано, вірогідно, з більш несприятливим станом здоров’я тканин пародонту.

Відомості про чисельність осіб, яким проведено курс лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота в 2010 та 2019 роках, наведено в табл. 3.5; як видно з наведених даних, в динаміці усі показники зменшились.

Таблиця 3.5

Чисельність осіб, яким проведено курс лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України в 2010 та 2019 роках (на 10 тис. відповідного населення)

Область	**Проведено курс лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота (осіб на 10 тис. відповідного населення)/роки**	
	2010	**2019**
Житомирська	69,0	55,0
Харківська	52,0	32,4
Чернігівська	67,0	53,9
Україна	112,0	55,1

Аналіз показників захворюваності й смертності населення обраних областей від злоякісних новоутворень порожнини рота засвідчив, що, на відміну від загальноукраїнських тенденцій стабільності показників захворюваності (6,4 на 10 тис. нас.) й помірного зниження рівня смертності (4,2 на 10 тис. нас. в 2010 році, 4,1 на 10 тис. нас. в 2019 році), відмічалося помірне зростання захворюваності в Житомирській (з 7,6 до 7,9 на 10 тис. нас.) і більш активне – в Чернігівській (з 6,8 до 7,8 на 10 тис. нас.) областях, сталість показників у Харківській області (7,0 на 10 тис. нас.) з перевищенням рівня галузевих по кожній області (табл. 3.6).

Зростання в цілому рівня захворюваності на злоякісні новоутворення відбулося за рахунок збільшення її переважно серед чоловічого населення

Таблиця 3.6

Захворюваність і смертність населення Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України від злоякісних новоутворень порожнини рота (за даними Національного канцер-реєстру), 2015 та 2019 роки

Область; усе населення, чоловіки/ жінки	Роки/захворюваність на 100 тис. нас./смертність на 100 тис. нас.			
	2015		2019	
	захворюва-ність	смертність	захворюва-ність	смертність
Житомирська				
усе населення	7,6	5,5	7,9	4,3
чоловіки	12,5	10,5	14,1	8,3
жінки	3,4	1,2	2,5	0,8
Харківська				
усе населення	7,0	4,2	7,0	4,7
чоловіки	10,9	7,7	10,6	7,5
жінки	3,7	1,1	3,9	2,2
Чернігівська				
усе населення	6,8	4,3	7,8	4,8
чоловіки	12,2	8,2	13,7	9,3
жінки	2,3	1,1	2,9	1,1
Україна				
усе населення	6,4	4,2	6,4	4,1
чоловіки	11,0	7,6	10,5	7,3
жінки	2,4	1,2	2,7	1,3

Житомирської області (з 12,5 до 14,1 на 10 тис. нас.), чоловічого (з 12,2 до 13,7 на 10 тис. нас.) та жіночого (з 2,3 до 2,9 на 10 тис. нас.) – Чернігівської області. У Харківській області відбулося зниження захворюваності серед чоловіків (з 10,9 до 10,6 на 10 тис. нас.), зростання – серед жінок (з 3,7 до 3,9 на 10 тис. нас.), що повторювало загальноукраїнські закономірності.

Показники смертності від злоякісних новоутворень порожнини рота знизилися лише в Житомирській області, як серед усього населення (з 5,5 до 4,3 на 10 тис. нас.), так і серед чоловіків (з 10,5 до 8,3 на 10 тис. нас.) і жінок (з 1,2 до 0,8 на 10 тис. нас.).

У Харківській області смертність зросла з 4,2 до 4,7 на 10 тис. нас. за рахунок зростання вдвічі смертності жінок; у Чернігівській області смертність зросла з 4,3 до 4,8 на 10 тис. нас. за рахунок зростання смертності чоловічого населення з 8,2 до 9,3 на 10 тис. нас.

Виявлена динаміка рівня смертності населення від злоякісних новоутворень порожнини рота в обраних областях стає зрозумілою на підставі аналізу даних щодо своєчасності виявлення цієї патології. Установлено, що мали місце високі обсяги виявлення злоякісних новоутворень порожнини рота в III-IV стадіях, які зростали з часом, зокрема, в Житомирській області – з 53,7% у 2010 році до 56,6% у 2019 році, у Харківській відповідно з 37,7% до 42,0%, високою питомою вагою, незважаючи на зниження, – з 60,4% до 53,9%, – в Чернігівській області. Подібні зміни простежувались і на рівні галузі, де питома вага вперше виявлених випадків в пізніх стадіях раку порожнини рота зросла з 48,0% до 53,5%.

Виявлені зміни показали низький рівень онкологічної настороги лікарів-стоматологів та лікарів інших спеціальностей, зокрема, щодо візуальних форм раку, яким є рак губи та ротової порожнини, та низьку обізнаність населення стосовно своєчасного звернення за медичною допомогою.

Загалом, проведений аналіз надає підстави стверджувати, що стан здоров’я порожнини рота населення досліджуваних областей характеризувався як незадовільний, з певними регіональними відмінностями, а отже, високим рівнем потреб у стоматологічній допомозі. Погіршенню стану здоров’я порожнини рота сприяли процеси реформування сфери охорони здоров’я з ліквідацією стоматологічних структурних підрозділів у складі закладів первинної медичної допомоги та відміна бюджетного фінансування профілактиктичних заходів дорослому населенню, наслідком яких стали обмеження доступності та своєчасності стоматологічної допомоги та її профілактичної складової.

3.2. Мережа закладів охорони здоров’я та стан кадрового забезпечення потреб населення у стоматологічній допомозі

Установлено, що мережа закладів стоматологічного профілю, призначених для задоволення потреб населення в здоров’ї порожнини рота, типова для обраних регіонів, але з певними особливостями. Станом на 31.12.2019 р. в Житомирській області вона представлена обласним стоматологічним медичним об’єднанням Житомирської обласної ради, стоматологічними поліклініками № 1 і № 2, дитячою стоматологічною поліклінікою Житомирської міської ради; стоматологічними поліклініками Бердичівського району та Радомишльської міської ради; Хорошівською госпрозрахунковою стоматологічною поліклінікою; територіальним стоматологічним об'єднанням Станишівської сільської ради; Новоград-Волинським міськрайонним стоматологічним медичним об'єднанням; стоматологічними центрами смт Лугини та смт Черняхів, стоматологічними відділеннями й кабінетами у складі центральних районних та районних лікарень. Загалом в області в якості самостійних закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю та в складі багатопрофільних закладів охорони здоров’я спеціалізованої медичної допомоги станом на 31.12.2019 р. працювало 35 стоматологічних (зуболікарських) відділень, 25 – зубопротезних, 6 – ортодонтичних.

У Харківській області до складу мережі, крім КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), дев’ятьох міських стоматологічних поліклінік Харківської міської ради, в тому числі, однієї дитячої, стоматологічних відділень і кабінетів у складі центральних районних та районних лікарень, входив Університетський стоматологічний центр Харківського національного медичного університету, а чисельність мережі включала загалом 81 од. стоматологічних (зуболікарських) відділень, 32 – зубопротезних, 12 – ортодонтичних.

Мережа самостійних закладів стоматологічного профілю Чернігівської області складалася з КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», комунальних неприбуткових підприємств (КНП): «Чернігівський міський стоматологічний центр» та «Дитяча стоматологічна поліклініка» Чернігівської міської ради, «Прилуцька міська стоматологічна поліклініка»; КЛПЗ «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка»; Комунального закладу «Бахмацька поліклініка» Бахмацької районної ради та аналогічної іншим регіонам мережі стоматологічних відділень і кабінетів у закладах охорони здоров'я, що надають багатопрофільну вторинну медичну допомогу в районах області, загалом це охоплювало 43 од. стоматологічних (зуболікарських), 20 – зубопротезних, 5 – ортодонтичних відділень.

Таким чином, надання стоматологічної допомоги в обраних областях забезпечувалося розгалуженою численною мережею закладів охорони здоров'я, до яких належали заклади спеціалізованої (стоматологічної) допомоги, а також спеціалізовані (стоматологічні) відділення й кабінети в багатопрофільних закладах охорони здоров'я.

У той же час у закладах первинної медичної допомоги стоматологічна допомога не мала свого представництва, що, безумовно, ускладнювало доступ населення, особливо сільської місцевості, до профілактичних і первинних стоматологічних послуг за місцем проживання.

Доступність медичної допомоги, як одна з характеристик її якості, визначається, окрім мережі закладів, наявністю та кваліфікаційним рівнем кадрових ресурсів.

Медико-статистичний аналіз даних Центру медичної статистики МОЗ України засвідчив різний ступінь забезпеченості досліджуваних областей лікарями стоматологічного профілю й молодшим персоналом зі спеціальною медичною освітою та рівні їх кваліфікації, а також особливості динаміки цих характеристик за період 2010-2019 років (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Чисельність лікарів-стоматологів у Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні (на 10 тис. відповідного нас.) та їх кваліфікаційні категорії у 2010 та 2019 роках

Області, спеціальності	**Число лікарів на 10 тис. нас. області/ роки**		**Відсоток лікарів з вищою категорією/ роки**		**Відсоток лікарів з першою категорією/ роки**		**Відсоток лікарів з другою категорією/ роки**	
	2010	2019	2010	2019	2010	2019	2010	2019
лікарі-стоматологи								
Житомирська	2,0	1,7	23,2	36,8	27,8	29,7	20,5	14,4
Харківська	4,5	4,0	10,4	19,7	49,1	46,8	15,2	16,5
Чернігівська	2,9	2,6	7,0	13,8	51,1	54,2	14,4	14,6
Україна	3,4	2,7	22,0	33,6	33,4	27,5	15,8	14,3
лікарі-стоматологи-хірурги								
Житомирська	0,35	0,32	35,6	51,3	24,4	17,9	22,2	12,8
Харківська	0,60	0,71	25,9	32,6	34,9	31,1	14,5	15,3
Чернігівська	0,35	0,36	33,3	27,8	41,0	33,3	12,8	8,3
Україна	0,42	0,38	30,6	38,3	29,7	22,5	15,0	13,4
лікарі-стоматологи-ортопеди								
Житомирська	0,68	0,44	36,8	35,2	23,0	11,1	9,2	22,2
Харківська	0,95	0,63	19,9	37,3	35,2	34,9	11,5	13,6
Чернігівська	0,72	0,58	23,6	15,5	40,0	44,8	15,0	12,1
Україна	0,68	0,48	25,7	35,7	27,3	24,8	15,5	13,3
лікарі-стоматологи-ортодонти								
Житомирська	0,06	0,08	37,5	50,0	12,5	10,0	-	-
Харківська	0,16	0,15	15,6	25,0	35,6	32,5	15,6	7,5
Чернігівська	0,05	0,08	50,0	25,0	33,3	25,0	16,7	12,5
Україна	0,12	0,10	24,8	34,3	23,0	21,8	16,7	9,6

Аналіз зазначених даних показав, що найвищий рівень забезпеченості лікарями-стоматологами, лікарями-стоматологами-хірургами, лікарями-стоматологами-ортопедами та лікарями-стоматологами-ортодонтами на 10 тис. відповідного населення спостерігався у Харківській області як у 2010, так і в 2019 році, й стабільно перевищував середній показник по Україні. Найнижчий рівень аналогічних показників мав місце в Житомирській області, крім забезпеченості лікарями-стоматологами-ортодонтами у 2010 році (0,06 на 10 тис. нас.), коли найнижчим був показник у Чернігівській області (0,05 на 10 тис. нас.), а в 2019 році ці показники були однаковими (0,08 на 10 тис. нас.) в обох зазначених областях.

У той же час забезпеченість лікарями стоматологічних спеціальностей у Житомирській та Чернігівській областях була стабільно нижчою за середню по галузі за вказаний період.

Аналіз динаміки рівня забезпеченості лікарями стоматологічного профілю вказав на переважно від’ємні тенденції в кожній області за період дослідження, оскільки за більшістю позицій кількість лікарів на 10 тис. відповідного населення в 2019 році зменшилася, що відповідало закономірностям галузевих змін. Зростання відбулося лише в Харківській та Чернігівській областях по показникам забезпеченості лікарями-стоматологами-хірургами (відповідно 0,71 у 2019 році проти 0,60 у 2010 році та 0,36 у 2019 році проти 0,35 у 2010 році) та в Житомирській і Чернігівській областях – по показникам забезпеченості лікарями-стоматологами-ортодонтами (відповідно 0,08 у 2019 році проти 0,06 у 2010 році та 0,08 у 2019 році проти 0,05 у 2010 році).

Зменшення кількості лікарів на 10 тис. населення може бути наслідком завершення професійної діяльності спеціалістів за умов невідповідного поповнення молодими лікарями, трудовою міграцією в інші країни або переходом у приватну практику. Крім того, на зменшенні чисельності лікарів стоматологічного профілю позначилося те, що в останні роки практично ліквідовані стоматологічні кабінети в організованих дитячих колективах та

сільській місцевості, скорочується мережа державних і комунальних стоматологічних закладів охорони здоров'я.

Кваліфікаційний рівень лікарів помітно зріс у 2019 році, зокрема, лікарів-стоматологів загалом з вищою і першою категоріями нараховувалось у Житомирській області в 2010 році 51,0%, в 2019 році – 66,5%, у Харківській області – відповідно 59,5% та 66,5%, Чернігівській – 58,1% та 68,0%, в Україні – 55,4% та 61,1%.

Відсоток неатестованих лікарів-стоматологів, таким чином, зменшився в 2019 році порівняно з 2010 роком у Житомирській області з 28,5% до 19,1%, Харківській – відповідно з 25,5% до 17,0%, Чернігівській – з 25,5% до 17,4%. Динаміка показників по кожній області була кращою в порівнянні з аналогічною по галузі, скорочення яких відбулося з 28,8% до 24,6%. Виявлені тенденції, можливо обумовлені, більш сталим кадровим потенціалом досліджуваних областей, коли з подовженням тривалості роботи лікарі мають можливість підвищувати свою кваліфікаційну категорію.

Відсоток лікарів-стоматологів-хірургів з вищою та першою категоріями у 2010 році був вищим, ніж загалом лікарів-стоматологів у кожній області і в Україні. Однак у Чернігівській області в 2019 році в порівнянні з 2010 роком відбулося помітне зменшення цього відсотку – з 74,3% до 61,1%; в Житомирській області спостерігалося його зростання з 60,0% до 69,2%, як і в Харківській – з 60,8% до 63,7%. В Україні даний сумарний відсоток залишався майже стабільним – 60,3% у 2010 році, 60,8% – у 2019 році. У підсумку, неатестованими виявилися в 2010 році в Житомирській області 17,8% лікарів-стоматологів-хірургів, в 2019 році – 18,0%, у Харківській – відповідно 24,7% та 21,0%, у Чернігівській – 12,9% та 30,6%, в Україні – 24,7% та 25,8%.

Аналіз кваліфікаційного рівня лікарів-стоматологів-ортопедів засвідчив, що мало місце зростання відсотку лікарів з вищою і першою кваліфікаційними категоріями в Харківській області – з 55,1% до 72,2%, що відповідало загальноукраїнським тенденціям зростання з 53,0% до 60,5%. У Житомирській області відсоток атестованих лікарів цієї спеціальності зменшився з 59,8% до

46,3%, як і в Чернігівській – з 63,6% до 60,3%. Таким чином, динаміка питомої ваги неатестованих лікарів цієї стоматологічної спеціальності виглядала наступним чином: у 2010 році в Житомирській області неатестованими виявилися 31,0% лікарів-стоматологів-ортопедів, у 2019 році – 31,5%, у Харківській – відповідно 33,4% та 14,2%, Чернігівській – 21,4% та 27,6%, Україні – 31,5% та 26,2%.

Результати аналізу кваліфікаційного рівня лікарів-стоматологів-ортодонтів показали, що зменшення відсотку неатестованих лікарів відбулося лише в Житомирській області з 50,0% до 40,0%. У Харківській області він зріс з 33,3% до 35,0%, Чернігівській – з 0,0% до 37,5%, а в Україні – з 35,5% до 43,9%.

Зміни в сторону зростання питомої ваги неатестованих лікарів в областях можна пояснити в більшості випадків оновленням кадрового складу за цими субспеціальностями молодими спеціалістами, оскільки своєчасна атестація лікарів будь-якої спеціальності в Україні строго регламентована нормативними документами. Виявлена динаміка кваліфікаційного рівня лікарів стоматологічного профілю свідчить ще й про те, наскільки важливим є запровадження в практичну діяльність лікарів, які ще не досягли достатньо високого кваліфікаційного рівня, доказових медичних технологій з метою уникнення невідповідностей під час лікувально-діагностичного процесу та зменшення вірогідності отримання неочікуваних результатів стоматологічної допомоги.

Дані розрахунків чисельності зубних техніків, які вносять значимий внесок в забезпечення ортопедичної стоматологічної допомоги населенню, в Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні на 10 тис. відповідного населення та їх кваліфікаційні категорії у 2010-2019 роках представлені в табл. 3.8.

Аналіз даних табл. 3.8 засвідчив, що забезпеченість фахівцями цього профілю в 2010 році лише в Житомирській області (1,7 на 10 тис. нас.) перевищувала середню по галузі; в Чернігівській області вона дорівнювала

Таблиця 3.8

Чисельність зубних техніків у Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні (на 10 тис. відповідного нас.) та їх кваліфікаційні категорії у 2010 та 2019 роках

Області	**Число зубних техніків на 10 тис. нас. області/ роки**		**Відсоток зубних техніків з вищою категорією/ роки**		**Відсоток зубних техніків з першою категорією/ роки**		**Відсоток зубних техніків з другою категорією/ роки**	
	2010	2019	2010	2019	2010	2019	2010	2019
Житомирська	1,7	1,05	15,4	34,4	10,4	18,8	27,1	9,4
Харківська	1,3	0,74	33,0	46,5	29,8	23,2	11,9	8,6
Чернігівська	1,5	0,98	11,2	23,2	30,2	51,5	23,7	13,1
Україна	1,5	0,77	28,5	47,5	22,7	22,9	14,9	8,6

аналогічній по Україні (1,5 на 10 тис. відповідного населення), а в Харківській була найнижчою – 1,3 на 10 тис. нас. цієї області. Тенденції змін забезпеченості зубними техніками по областям і по галузі упродовж 2010-2019 років відповідали таким тенденціям стосовно лікарів-стоматологів та інших спеціалістів стоматологічного профілю, а саме, зменшувались, і залишались найнижчими в Харківській області (0,74 на 10 тис. нас.), найвищими – в Житомирській (1,05 на 10 тис. нас.).

Кваліфікаційний рівень зубних техніків також зазнав певних змін, а саме, зріс у кожній області: відсоток неатестованих фахівців у Житомирській області зменшився з 47,1% до 37,4%, Харківській – з 25,3% до 21,7%, Чернігівській – з 34,9% до 12,3%. Зазначені зміни відповідали таким по галузі, оскільки по Україні відбулося зменшення відсотку неатестованих зубних техніків з 33,9% до 21,0%.

Розрахунки укомплектованості штатних посад лікарів-стоматологів у закладах охорони здоров'я МОЗ України в досліджуваних областях показали, що упродовж періоду дослідження цей показник набув певних змін: з урахуванням сумісництва укомплектованість зросла лише в Житомирській області з 86,7% до 90,95%; в інших областях зменшилася: в Харківській області – з 98,42% до 95,51%; в Чернігівській – з 91,35% до 90,69%, як і по галузі – з 94,65% до 91,29%.

Укомплектованість фізичними особами зросла в Житомирській та Чернігівській областях – відповідно з 87,6% до 103,45% та з 88,70% до 94,64%. Зменшення цього показника відбулося в Харківській області – з 117,7% до 108,67% і залишалося вищим за 100,0%, як і по Україні, де відмічалось зниження укомплектованості штатних посад фізичними особами зі 106,2% до 105,33%, однак чисельність фізичних осіб перевищувала чисельність виділених посад, незважаючи на скорочення останніх.

Коефіцієнт сумісництва (співвідношення зайнятих посад до фізичних осіб лікарів) зменшився в Житомирській області з 0,99 до 0,88, Чернігівській – з 1,03 до 0,95, як і в середньому по галузі – з 0,89 до 0,87, та незначно зріс в Харківській області – з 0,84 до 0,87, але дорівнював менше 1, що вказало на надлишок фізичних осіб щодо штатних посад і підтвердило невідповідність штатних посад числу фізичних осіб лікарів (табл. 3.9).

Разом з тим, слід враховувати, що, як показано в підрозділі 3.1, мав місце низький рівень контактів населення з лікарями-стоматологами, тому в усіх областях, як і в цілому в Україні, для первинної і вторинної профілактики хвороб порожнини рота кадровий ресурс закладів стоматологічного профілю використовувався не в повному обсязі. Цьому сприяло, зокрема, перенесення стоматологічної допомоги з 2019 року лише до закладів спеціалізованої медичної допомоги.

Функції профілактики хвороб порожнини рота, як і інших хвороб зі спільними чинниками ризику (тютюнопаління, зловживання алкоголем,

нездорове харчування, надмірне вживання вільних цукрів), та раннє виявлення цих хвороб покладено на лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗП-СЛ).

Таблиця 3.9

Укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів у закладах охорони здоров'я МОЗ України в Житомирській, Харківській та Чернігівській областях та Україні (у %) та коефіцієнт сумісництва посад

Області	**Укомплектованість штатних посад лікарів-стоматологів у закладах охорони здоров'я МОЗ України (у %)**				**Коефіцієнт сумісництва**	
	з урахуванням сумісництва		**фізичними особами**			
	2012	**2019**	**2012**	**2019**	**2012**	**2019**
Житомирська	86,7	90,95	87,6	103,45	0,99	0,88
Харківська	98,42	95,51	117,7	108,67	0,84	0,87
Чернігівська	91,35	90,69	88,70	94,64	1,03	0,95
Україна	94,65	91,29	106,2	105,33	0,89	0,87

Оскільки профілактика повинна проводитись серед усіх верств населення, а кількість останнього, визначеного на нормативному рівні, складає 1800 осіб на одного лікаря ЗП-СЛ, на підставі даних Центру медичної статистики МОЗ України та Державної служби статистики України проведено розрахунки забезпеченості населення в досліджуваних областях лікарями цієї спеціальності та їх кваліфікаційного рівня (табл. 3.10).

Як видно з табл. 3.10, у кожній області, як і в Україні, за 10 років чисельність лікарів ЗП-СЛ зросла, зокрема, по галузі – вдвічі, що свідчить про активний розвиток сімейної медицини. Високим був і кваліфікаційний рівень лікарів цієї спеціальності. Утім, у кожній з досліджуваних областей темпи зростання чисельності зазначених лікарів були меншими, ніж в середньому по

країні, й лише в Житомирській області кількість їх перевищувала галузевий показник у 2019 році. Найповільніше забезпечувалась первинна медична

Таблиця 3.10

Чисельність лікарів загальної практики-сімейних лікарів закладів МОЗ України у Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні (на 10 тис. відповідного населення) та їх кваліфікаційні категорії у 2010 та 2019 роках

Роки/області	**Число лікарів ЗП-СЛ на 10 тис. нас.**	**Число лікарів ЗП-СЛ (у %) з кваліфікаційними категоріями**			**Загальна кількість атестованих лікарів ЗП-СЛ (у %)**
		вища	**перша**	**друга**	
2010					
Житомирська	3,8	20,9	38,7	18,2	77,8
Харківська	2,6	33,1	32,3	11,6	77,0
Чернігівська	2,1	8,5	41,9	12,0	62,4
Україна	1,8	17,6	28,1	14,3	60,0
2019					
Житомирська	4,5	49,9	18,4	10,5	78,4
Харківська	2,7	39,8	23,2	9,8	72,8
Чернігівська	3,4	10,1	48,4	16,0	74,5
Україна	3,6	31,3	23,0	12,4	66,7

допомога лікарями за цим профілем у Харківській області (2,6 на 10 тис. нас. у 2010 році, 2,7 на 10 тис. нас. – у 2019 році).

Виходячи з чисельності населення, затвердженого нормативно-правовим документом для обслуговування одним лікарем ЗП-СЛ, розрахунками встановлено, що в 2019 році в Житомирській області на 1800 жителів приходилося 0,8 лікарів ЗП-СЛ, Харківській – 0,5 лікаря, Чернігівській – 0,6 лікаря, в Україні – 0,6 лікаря.

Отже, недостатня кількість лікарів ЗП-СЛ унеможливлювала їх профілактичну роботу в повному обсязі й належної якості, зокрема, з профілактики хвороб порожнини рота.

Відомо, що профілактика хвороб порожнини рота, окрім санітарної просвіти населення та персонального щоденного догляду особою, включає регулярний огляд спеціаліста стоматологічного профілю з метою ліквідації зубного нальоту та видалення зубного каменю. Ці процедури необхідно виконувати один раз на півроку – рік, в залежності від стану зубів. До 2017 року такі завдання покладались, зокрема, на зубних лікарів. У кадровій структурі мережі закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю протягом 10 років відбулися помітні зміни стосовно укомплектованості зубними лікарями (табл. 3.11).

Таблиця 3.11.

Забезпеченість закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України зубними лікарями у 2010 та 2019 році

Області	**Чисельність штатних і зайнятих посад, фізичних осіб зубних лікарів на 10 тис. відповідного населення /роки**					
	2010			**2019**		
	штатних посад	зайнятих посад	фізичних осіб (на 10 тис. нас.)	штатних посад	зайнятих посад	фізичних осіб (на 10 тис. нас.)
Житомирська	238,0	239,25	2,1	142,5	132,25	1,3
Харківська	55,0	53,75	0,22	22,75	22,0	0,09
Чернігівська	24,0	24,0	0,25	3,5	3,5	0,05
Україна	1412,75	1539,25	0,39	411,75	382,25	0,12

Як показано в табл. 3.11, чисельність як штатних, зайнятих посад, так і фізичних осіб цих фахівців стрімко падала, що відповідало завданням реформування галузі в частині кадрової політики, якою передбачалося, зокрема,

заміщення посад і фізичних осіб зубних лікарів зубними гігієністами та асистентами лікаря-стоматолога. Однак ці процеси відбуваються до поточного моменту відокремлено, асинхронно, і як наслідок, галузь загалом і обрані для дослідження області, зокрема, відчувають дефіцит того кадрового потенціалу, професійна діяльність якого в першу чергу пов'язана з проведенням профілактичної роботи серед населення та надання первинної стоматологічної допомоги. Для цього зубний гігієніст має бути включений в команду працівників закладу первинної медичної допомоги.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в галузі в 2019 році працювало всього 14 зубних гігієністів, з них один – у Харківській області, в інших досліджуваних регіонах таких фахівців не було.

Обсяг використання ресурсів, зокрема, кадрових, визнано показником якості системи надання медичної допомоги, згідно з науково-обґрунтованими положеннями світового менеджменту якості. Характеристиками обсягу використання кадрових ресурсів обрано доступні дані Центру медичної статистики МОЗ України щодо кількості відвідувань населення до лікарів-стоматологів та зубних лікарів у розрахунку на одну зайняту посаду. Ці ж критерії одночасно вказують і на доступність медичної допомоги (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Кількість відвідувань до лікарів-стоматологів та зубних лікарів на одну зайняту лікарську посаду в Житомирській, Харківській, Чернігівській областях та Україні в 2012 та 2019 роках

Область	**Кількість відвідувань на одну зайняту лікарську посаду/роки**		**Динаміка показника 2019/2012 (± у відсотках)**
	2012	2019	
Житомирська	2 153,3	2 283,1	+ 6,0
Харківська	2 908,8	2 674,3	– 8,1
Чернігівська	2 703,3	2 831,3	+ 4,7

Україна	2 448,3	2 359,7	– 3,6

Як свідчать дані табл. 3.12, навантаження на одну лікарську посаду помітно відрізнялося як між областями, так і від показника по галузі.

Найнижчим воно було в 2012 році в Житомирській області, де фіксувався й найнижчий рівень забезпеченості лікарями-стоматологами, та залишалося таким, незважаючи на помірне зростання – на 6,0% – у 2019 році.

Зростання показника відвідувань могло бути пов’язане з приведенням у більшу відповідність чисельності зайнятих лікарських посад до потреб населення, однак необхідно враховувати ще й фінансову доступність, яка при низькій спроможності сплачувати послуги обмежує рівень звернень пацієнтів.

Зі значно більшим навантаженням, ніж в середньому по галузі, працювали лікарі-стоматологи Харківської та Чернігівської областей, незважаючи на різноманітну динаміку навантажень (-8,1% в Харківській області, +4,7% – в Чернігівській, -3,6% – по галузі) з 2012 по 2019 роки.

Відповідним чином мали місце значні відмінності в обсязі навантажень на лікарів, які працювали в госпрозрахункових структурних підрозділах. Дані розрахунків за доступними первинними матеріалами засвідчили, що в 2019 році на одну зайняту лікарську посаду в Житомирській області приходилося 681,6, Харківській – 122,5, Чернігівській – 111,5, в Україні – 413,6 відвідувань на рік на умовах платних стоматологічних послуг.

Складовою аналізу навантаження на лікарів стали розрахунки обсягів хірургічної стоматологічної допомоги з чисельністю стоматологічних операцій на 10 тис. населення кожної області та України в цілому, а також кількості оперативних утручань на одну фізичну особу лікаря-стоматолога-хірурга (табл. 3.13).

Загалом число оперативних утручань з часом зменшилося в Житомирській (з 120,5 до 111,2 на 10 тис. відповідного населення) і Харківській (з 107,6 до 88,2 на 10 тис. нас.) областях, як і загалом по галузі (з 80,0 до 56,2 на 10 тис. нас.), що вказувало на більш заощадливі методи лікування зубів та інших патологій щелепно-лицевої ділянки та відповідно зменшення потреби

населення в такому виді стоматологічної допомоги. Зростання чисельності оперативних утручань

Таблиця 3.13

Стоматологічні операції в закладах охорони здоров'я Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України в 2010 та 2019 роках (на 10 тис. відповідного населення) та кількість операцій на одну фізичну особу лікаря-стоматолога-хірурга

Область	**Роки**			
	2010		**2019**	
	кількість стоматологічних операцій (на 10 тис. нас.)	**кількість стоматологічних операцій на 1 фізичну особу лікаря-стоматолога-хірурга**	**кількість стоматологічних операцій (на 10 тис. нас.)**	**кількість стоматологічних операцій на 1фізичну особу лікаря-стоматолога-хірурга**
Житомирська	120,5	344,0	111,2	347,8
Харківська	107,6	179,5	88,2	124,2
Чернігівська	103,2	294,6	120,2	335,9
Україна	80,0	191,2	56,2	148,0

відбулося лише в Чернігівській області (з 103,2 до 120,2 на 10 тис. відповідного населення), що можна пояснити гіршим станом здоров'я порожнини рота населення цієї області, що слідує з підрозділу 3.1 дисертаційної роботи.

У залежності від кількості фізичних осіб лікарів-стоматологів-хірургів та чисельності оперативних утручань простежувався й рівень навантаження на одну фізичну особу лікаря-стоматолога-хірурга. За результатами медико-статистичного аналізу встановлено помірне зростання навантаження в Житомирській (з 344,0 до 347,8 на рік) і Чернігівській (з 294,6 до 335,9 на рік) областях, зменшення в Харківській області (з 179,5 до 124,2 на рік) при аналогічних змінах по галузі (зменшення з 191,2 до 148,0 оперативних утручань на рік) на одну фізичну особу лікаря-стоматолога-хірурга.

Аналіз ортопедичної допомоги населенню дозволив зробити висновки про значні розбіжності між обраними областями як за показниками забезпеченості населення зубними протезами, апаратами, так і за обсягом навантаження лікарів-ортопедів-стоматологів та, відповідно, зубних техніків, щодо виготовлення засобів протезування зубів (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Кількість осіб – жителів Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України, які отримали зубні протези, апарати в 2010 та 2019 роках (на 10 тис. відповідного населення) та відповідна кількість зубних протезів, апаратів на одного лікаря-стоматолога-ортопеда

Область	**Роки/ кількість осіб, які отримали зубні протези, апарати**			
	2010		**2019**	
	кількість осіб, які отримали зубні протези, апарати (на 10 тис. нас.)	**кількість зубних протезів, апаратів на 1 лікаря-стоматолога-ортопеда**	**кількість осіб, які отримали зубні протези, апарати (на 10 тис. нас.)**	**кількість зубних протезів, апаратів на 1 лікаря-стоматолога-ортопеда**
Житомирська	112,0	165,5	62,9	142,2
Харківська	90,7	92,3	47,1	74,5
Чернігівська	154,1	213,7	148,8	257,9
Україна	103,3	152,3	57,7	119,4

З таблиці 3.14 видно, що забезпеченість населення зубними протезами, апаратами зменшилася як у всіх обраних областях, так і по галузі. Найвищою вона залишалася в Чернігівській області (154,1 на 10 тис. нас. в 2010 році, 148,8 на 10 тис. нас. в 2019 році). За однакових умов зниження загальної чисельності населення в областях і зменшення чисельності лікарів-стоматологів-ортопедів упродовж 2010-2019 років найвищі рівні зубопротезування населення

Чернігівської області можна пояснити найвищим віковим цензом населення серед усіх інших областей України, що з високою вірогідністю обумовлює й його високі потреби в зубних протезах і апаратах. При зменшенні відносної чисельності осіб, які отримали зубні протези, апарати в Чернігівській області, чисельність останніх на фізичну особу лікаря-стоматолога-ортопеда, який проводив зубопротезування, зросла з 213,7 до 257,9 на рік, що свідчило про значно більше навантаження на лікарів-стоматологів цієї спеціальності в даній області в порівнянні з навантаженням їхніх колег інших областей та з показниками навантаження по галузі внаслідок високої потреби населення в зубному протезуванні.

Аналізом ортодонтичної допомоги населенню обраних областей виявлено, що розраховані відносні показники охоплення ортодонтичними апаратами жителів у 2019 році зросли в порівнянні з 2010 роком у Харківській області з 20,4 до 26,0 на 10 тис. нас., Чернігівській – з 20,5 до 25,1 на 10 тис. нас. У Житомирській області вони зменшилися з 39,6 до 32,5 на 10 тис. нас., як і в Україні загалом, але залишались найвищими серед обраних областей і по відношенню до середніх показників по галузі (табл. 3.15).

Розрахована відносна чисельність ортодонтичних апаратів на одну фізичну особу лікаря-стоматолога-ортодонта, який забезпечував ортодонтичну допомогу, помітно зменшилися в Житомирській області – з 636,6 до 396,6, в Чернігівській області також відбулося зменшення з 379,2 до 315,6, як і загалом в Україні – з 276,8 до 260,5 при зростанні в Харківській області з 125,8 до 173,9.

Слід звернути увагу на найвищий рівень забезпеченості останньої лікарями-стоматологами-ортодонтами, що безумовно, позначилося на рівнях їх навантаження (див. табл. 3.1).

Крім мережі закладів та кадрового ресурсу, надання стоматологічної допомоги вимагає забезпечення закладів діагностичним обладнанням.

За даними офіційної статистичної звітності встановлено, що в закладах охорони здоров’я Житомирської області нараховувалось такого обладнання –

Таблиця 3.15

Кількість осіб – жителів Житомирської, Харківської, Чернігівської областей та України, які отримали ортодонтичні апарати в 2010 та 2019 роках (на 10 тис. відповідного населення) та відповідна кількість ортодонтичних апаратів на одну фізичну особу лікаря-стоматолога-ортодонта

Область	**Роки/ кількість осіб, які отримали ортодонтичні апарати (на 10 тис. нас.) та кількість ортодонтичних апаратів на 1 лікаря-стоматолога-ортодонта**			
	2010		**2019**	
	кількість осіб, які отримали ортодонтичні апарати (на 10 тис. нас.)	**кількість ортодонтичних апаратів на 1 лікаря-стоматолога-ортодонта**	**кількість осіб, які отримали ортодонтичні апарати (на 10 тис. нас.)**	**кількість ортодонтичних апаратів на 1 лікаря-стоматолога-ортодонта**
Житомирська	39,6	636,6	32,5	396,6
Харківська	20,4	125,8	26,0	173,9
Чернігівська	20,5	379,2	25,1	315,6
Україна	32,5	276,8	25,8	260,5

рентгендіагностичних апаратів – у кількості 40 од., з яких 37 (92,5%) – інтраоральних, 3 (7,5%) – панорамних; у Харківській області налічувалося усього 75 стоматологічних рентгендіагностичних апаратів, з них 51 – інтраоральний (68,0%), 8 (10,7%) – панорамні, один (1,3%) – конусно-променевий томограф, 15 (20,0%) – інші рентгенапарати; в Чернігівській області парк стоматологічних рентгендіагностичних апаратів складався з 38 од. обладнання, серед яких 26 (68,4%) – інтраоральних апаратів, 4 (10,5%) – панорамних, 8 (21,1%) – інших.

Загалом в Україні нараховувалося 1017 стоматологічних рентгендіагностичних апаратів, з них 763 (75,0%) – інтраоральні, 76 (7,5%) – панорамні, 10 (1,0%) – конусно-променеві томографи, 168 (16,5%) – інші рентгенапарати.

У той же час станом на 31.12.2019 р. частина рентгендіагностичного обладнання виявилася непрацюючою: в Житомирській області – 4 од., або 10,0%; Харківській – 15 од., або 20,0%; Чернігівській – один, або 2,6%.

Інші види ресурсного забезпечення – технологічне, програмне, транспортне, комунально-технічне, лікарськими засобами та медичними виробами і т. і. – не знаходять свого висвітлення в даних офіційної статистичної звітності по мережі закладів стоматологічного профілю, однак, враховуючи, що заклади працюють на основі ліцензії, можна вважати, що їх діяльність відбувається на рівні, який забезпечує мінімальну якість медичної допомоги, зокрема, за рахунок відповідного ліцензійним умовам ресурсного забезпечення.

Зокрема, фінансування мережі стоматологічних закладів досліджуваних регіонів, як і закладів іншого профілю, упродовж 2010-2019 років відбувалося з різних джерел: державного, обласного та місцевих бюджетів; за рахунок власних надходжень за послуги, надані на госпрозрахункових умовах; за рахунок оренди; з благодійних фондів, що зазначено у аналітично-звітних матеріалах по відповідним областям.

Акредитація закладу охорони здоров’я дозволяє йому гарантувати пацієнтам більш високий рівень якості медичних послуг і медичного обслуговування, ніж дотримання лише ліцензійних вимог, а сертифікація системи управління якістю на відповідність [168] дозволяє заявляти про високий рівень розвитку менеджменту. Фактичні дані щодо рівня розвитку системи управління якістю в закладах охорони здоров’я стоматологічного профілю, обраних базами дослідження, вивчались на наступному етапі дисертаційної роботи.

Висновки до розділу 3

1. Результати дослідження засвідчили, що в Житомирській, Харківській, Чернігівській областях, як і загалом в Україні, упродовж 2010-2019 років суттєво погіршилось здоров’я порожнини рота населення.

Зберігаються й поглиблюються прояви каріозних процесів, утримуються високі рівні захворювань пародонту, невчасно діагностуються злоякісні новоутворення, зростає рівень смертності від них.

2. Установлено, що упродовж 2010-2019 років найбільш занедбаним був стан здоров'я порожнини рота населення Чернігівської області, який погіршувався з часом: потреби в санації були найвищими та зросли з 57,5% до 61,5% від числа оглянутих осіб; спостерігалася найвища питома вага пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів з приводу карієсу в 2019 році (26,3%); онкологічна патологія цієї локалізації з 2015 по 2019 роки зростала найвищими темпами (з 6,8 до 7,8 на 100 тис. нас.) та мав місце найвищий рівень смертності від неї (відповідно 4,3 та 4,8 на 100 тис. нас.).

3. Виявлено, що в Житомирській області спостерігався найвищий рівень звернень з приводу хвороб пародонту – 177,5 осіб з кожних 10 тис. нас.; відсоток вперше виявлених злоякісних новоутворень порожнини рота в III-IV стадіях зростав з 2010 року і був найвищим в цій області серед інших, де проводилось дослідження, в 2019 році – 56,6%.

4. Констатовано, що в Харківській області впродовж 2010-2019 років спостерігалася найактивніша динаміка зростання питомої ваги пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів з приводу карієсу (з 21,0% до 26,2%) та злоякісних новоутворень порожнини рота, вперше виявлених в III-IV стадіях (з 37,7% до 42,0%).

5. Засвідчено, що в Житомирській, Харківській і Чернігівській областях функціонує потужна розгалужена мережа самостійних закладів стоматологічного профілю та структурних підрозділів, які надають стоматологічну допомогу в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги. У ході реформування галузі в межах первинної медичної допомоги мережа стоматологічних відділень і кабінетів ліквідована, що суттєво знизило доступність населення до стоматологічної допомоги. Це підтверджено, зокрема, скороченням обсягу первинних відвідувань з 0,8-0,9 до 0,4 на одну особу в рік у

Житомирській і Чернігівській областях, з 0,7 до 0,5 на одну особу – в Харківській області.

6. Установлено, що в Житомирській, Харківській, Чернігівській областях, як і загалом у галузі, стоматологічну допомогу населенню надає численний корпус спеціалістів і фахівців (лікарів-стоматологів, лікарів-стоматологів-хірургів, лікарів-стоматологів-ортопедів, лікарів-стоматологів-ортодонтів, зубних техніків, зубних лікарів) високого професійного рівня, що є необхідною умовою забезпечення якості стоматологічної допомоги.

7. Протягом 2010-2019 років відбувалася від'ємна динаміка кадрового забезпечення стоматологічної допомоги зазначених областей за рахунок зменшення чисельності лікарів-стоматологів на 10 тис. нас.: в Житомирській області з 2,0 до 1,7, Харківській – з 4,5 до 4,0, Чернігівській – з 2,9 до 2,6 при зниженні показника по галузі з 3,4 до 2,7. Разом з тим, коефіцієнт сумісництва (в Житомирській області 0,99 - 0,88, Чернігівській –1,03 - 0,95, Харківській – з 0,84 - 0,87) вказав на надлишок фізичних осіб лікарів стоматологічного профілю відносно штатних посад. Отже, постійно низький рівень стану здоров'я порожнини рота населення упродовж 2010-2019 років свідчив, що кадровий потенціал лікарів стоматологічного профілю у досліджуваних областях використовувався не на повну потужність, зокрема, для профілактичної роботи.

8. Доведено, що в досліджуваних областях, як і в цілому в галузі, практично ліквідований контингент зубних лікарів, але не забезпечено підготовку зубних гігієністів. При низькій забезпеченості лікарями ЗП-СЛ на 10 тис. нас. (Житомирська область – 3,8 у 2010 році, 4,5 – у 2019; Харківська – відповідно 2,6 та 2,7; Чернігівська – відповідно 2,1 та 3,4; Україна – відповідно 1,8 і 3,6 на 10 тис. нас.) це обмежує доступність населення до профілактичних послуг і своєчасної діагностики патології порожнини рота.

9. Виявлені недоліки засвідчили ризики подальшого поглиблення проблеми здоров'я порожнини рота населення досліджуваних областей та необхідність зменшення її актуальності зусиллями спеціалізованої медичної

допомоги стоматологічного профілю, а також спонукали до більш поглибленого дослідження організації надання стоматологічної допомоги безпосередньо в закладах охорони здоров’я з метою визначення напрямів поліпшення якості стоматологічної допомоги, зокрема, її доступності, своєчасності, клінічної ефективності, безпеки, пацієнт-орієнтованості.

Результати дослідження, представлені в Розділі 3, висвітлені в публікаціях автора [209, 210]

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Особливостями діяльності закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю, обраних базами дослідження, було застосування системи управління якістю як надійного механізму підвищення задоволеності споживачів медичною допомогою, підтвердженого світовим досвідом менеджменту якості товарів і послуг. Запровадження системи управління якістю в кожному закладі засвідчено сертифікатами відповідності вимогам стандарту «ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги». Однією з вимог цього стандарту є проведення періодичного аналізу функціонування системи управління якістю, щоб отримати дані про те, наскільки ефективною є зазначена система відповідно до поставлених цілей і наскільки адекватно вона реагує на чинники ризиків зовнішнього і внутрішнього середовища, під впливом яких постійно перебуває.

Проведення такого аналізу прийнято одним із програмних завдань дисертаційного дослідження з використанням методичного підходу з оцінки рівня розвитку системи управління якістю в кожному досліджуваному закладі, тобто, рівня наближення її до еталонної моделі, оскільки одночасно усі вимоги будь-якого стандарту на системи управління якістю не можуть бути виконані внаслідок різних причин (підрозділ 2.2 розділу 2 дисертаційної роботи). У основу зазначеного методичного підходу покладався цикл Демінга - Шухарта.

Оцінка рівня розвитку системи управління якістю спрямовувалася на отримання фактичних даних щодо функціонування системи та визначення, за потреби, напрямів її удосконалення.

4.1. Підходи до реагування системи управління якістю стоматологічної допомоги на чинники зовнішнього та внутрішнього середовища. Організаційна структури системи управління якістю

Результати аналізу матеріалів дослідження засвідчили, що в кожному досліджуваному закладі система управління якістю стоматологічної допомоги та порядок її функціонування в умовах зовнішнього та внутрішнього середовища задокументовані в документі «Настанова з якості». Додатково дії в системі відображені в річних комплексних планах роботи, положеннях про структурні підрозділи, положеннях про позаштатні організаційні структури, посадових інструкціях працівників, наказах та протокольних записах, що підтверджують виконання планів і регламентів, та інших документах.

Установлено, що на виконання вимог п. 4.1 стандарту «Розуміння організації та її середовища» в досліджуваних закладах здійснюється аналіз потенційних чинників зовнішнього та внутрішнього середовища, які можуть вплинути на здатність досягти очікуваних результатів при наданні стоматологічної допомоги населенню. Однак якість цього аналізу не завжди відповідає вимогам стандарту на системи управління якістю, що підтверджено результатами дослідження, викладеними нижче.

У «Настанові з якості» Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради задекларовано проведення моніторингу й аналізу інформації, що стосується контексту організації, та використання її як вхідної для розробки/актуалізації Політики і цілей в сфері якості та управління ризиками різного походження. Зазначено, що чинники зовнішнього і внутрішнього середовища піддаються обробці з використанням такого інструменту, як Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)-аналіз.

Деталізація чинників зовнішнього та внутрішнього оточення наведена у методиці виконання процесу «Відповідальність та аналізування керівництва» як вхідна інформація для аналізу за переліком: аналіз змін в законодавстві

стосовно закладів охорони здоров’я; результати опитування пацієнтів і персоналу; результати виконання щорічного комплексного плану заходів; результати внутрішніх аудитів та коригувальних дій. Виокремлені чинники розглядаються в методиці як такі, що можуть вплинути на досягнення визначених керівництвом стратегічних цілей: досягнення конкурентних переваг на ринку стоматологічних послуг, надання медичної допомоги відповідно до сучасних міжнародних стандартів, вимог пацієнтів і працівників закладу, використання сучасних новітніх технологій, зростання іміджу закладу.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) чинниками зовнішнього середовища визначені:

1) зростання вимог до послуг з боку пацієнтів;

2) терміни постачання продуктів і послуг від зовнішніх постачальників; наявність і кількість, виробничі потужності постачальників; виконання постачальниками умов договорів;

3) політична та економічна ситуація в країні (щорічна інфляція, воєнні події);

4) недосконалість законодавства (суперечливість, відсутність гармонізації з міжнародними нормами);

5) насиченість ринку аналогічними медичними послугами, інновації в галузі, технічне оснащення конкурентів;

6) природні фактори (погодні явища – дощі, зливи, які можуть бути причинами порушень подання електроенергії).

Чинниками внутрішнього середовища у даному закладі вважають :

1) укомплектованість персоналом; компетентність і продуктивність роботи персоналу; сумлінність при виконанні вимог; мотивація, взаємини в колективі; лояльність до закладу;

2) достатність і потужність, частота поломок медичного обладнання, наявність запасних частин, швидкість їх доставки у разі виходу з ладу;

3) достатня кількість і якість товарів і медичних виробів;

4) стан інфраструктури, умови праці;

5) вартість і якість комунальних послуг;

6) безпека використання обладнання і енергії, пожежна безпека.

Інструментом обробки визначених чинників також обраний SWOT-аналіз, є документальні дані за його проведення, однак вони обмежені єдиним епізодом при розробці системи, без аналізу в наступні роки її функціонування.

У матеріалах КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» до зовнішніх чинників віднесені:

1) податкова, кредитна, фінансова, інвестиційна політика держави;

2) зміни в нормативно-правовому регулюванні діяльності закладів охорони здоров'я;

3) державна система стандартизації та сертифікації;

4) правове регулювання захисту споживачів послуг;

5) ринок медичних послуг;

6) вимоги громадських і недержавних інституцій до діяльності закладів охорони здоров'я;

7) діяльність політичних партій, рухів і блоків;

8) технологічні чинники (впровадження новітніх технологій, нові вимоги до компетенцій персоналу, модернізація обладнання); соціально-культурні характеристики громади.

Чинники внутрішнього середовища визначені як «…управлінські рішення щодо досягнення запланованих результатів за напрямками: менеджмент виробництва, маркетингу, фінансів, персоналу» *(цитата з матеріалів дослідження)*.

Контент-аналізом матеріалів дослідження підтверджено, що SWOT-аналіз, на який є посилання в «Настанові з якості», в процесі функціонування системи управління якістю в закладах фактично не застосовується, виокремлені чинники зовнішнього та внутрішнього середовища не піддаються оцінці з використанням даного інструменту. Із визначеного переліку чинників на етапі розробки системи управління якістю в кожному закладі надалі регулярно переглядаються лише зміни до законодавства в сфері охорони здоров'я. Інші

чинники як вхідна інформація для аналізу керівництвом діяльності закладу та складання оперативно-тактичних планів враховуються не за повним переліком. Недостатньо уваги приділяється аналізу даних про вже отримані здобутки в забезпеченні якості стоматологічних послуг та можливостям поліпшення якості з урахуванням її критеріїв. Отже, створений перелік чинників набуває формального змісту, а не дієвого інструменту оперативно-тактичного реагування на виклики зовнішнього та внутрішнього середовища, в якому перебуває заклад в певний період часу.

Виконуючи вимоги пп. 4.2 стандарту «Розуміння потреб і очікувань зацікавлених сторін», досліджувані заклади склали перелік зацікавлених у якості медичної допомоги сторін. До них належать: пацієнти, медичні працівники, адміністрація закладу, вищі органи управління, суспільство, зовнішні постачальники ресурсів, конкуренти. У закладах визначені шляхи аналізу вимог зацікавлених сторін: спілкування з пацієнтами під час прийому лікарем та/або за зверненнями до керівництва, інформування пацієнта про запропоновані послуги в спеціально відведених місцях для зовнішнього та внутрішнього інформування, анкетування пацієнтів, розгляд звернень пацієнтів, аналіз нормативних вимог щодо надання медичної допомоги (стандартів медичних технологій), огляд медіа-ресурсів, аналіз контрактів із зовнішніми постачальниками ресурсів.

Виявлено, що не визначені технології зворотного зв’язку з працівниками у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) для більш повного розуміння їх потреб і очікувань керівництвом закладу, та не передбачено анкетування пацієнтів у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». У документах системи управління якістю досліджуваних закладів не вказані епідеміологічні дані як джерело інформації про потреби населення в стоматологічній допомозі, зокрема, за рахунок взаємодії з обласними центрами контролю та профілактики хвороб.

На виконання п. 4.3 стандарту, в кожному закладі визначена сфера застосування системи управління якістю, яка охоплює усі клінічні процеси,

процеси управління ресурсами, менеджменту, навчальні процеси, процеси оцінки дієвості та поліпшення, що засвідчено документальними описами процесів та методиками виконання процесів різного обсягу, змісту і форми.

Однак КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) вимоги п. 8.3 стандарту «Проєктування та розроблення продукції та послуг» виключили із сфери застосування системи управління якістю, що означає зняття зобов'язань цього закладу стосовно планування технологій медичних утручань на оперативному рівні, необхідних для надання стоматологічної допомоги. Цим засвідчено труднощі розуміння вимог стандарту на системи управління якістю, яким передбачено організаційне та ресурсне забезпечення клінічного процесу та контрольовані умови, в яких він відбувається. Очевидно, що при розробці системи управління якістю виконання цього пункту стандарту співвідносилось у закладі з власне клінічними технологіями, які представлені в стандартах стоматологічної допомоги.

Спрямованість на дотримання принципу процесного підходу продемонстрували заклади при виконанні п. 4.4 стандарту «Система управління якістю та її процеси», а саме, при розробці системи управління якістю як системи взаємопов'язаних процесів. У кожному закладі процеси ідентифіковані, з урахуванням специфіки діяльності, що представлено в «Настанові з якості» та ряді методик виконання процесів. Однак поглиблений аналіз виявив особливості застосування процесного підходу, які не повною мірою відображали виконання вимог стандарту.

Так, у Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради представлені процеси «Управління документами та протоколами», «Відповідальність та зобов'язання керівництва», «Внутрішні аудити», «Управління невідповідностями», «Управління ризиками», «Послуги з медичної стоматологічної допомоги», «Управління закупівлями», «Управління персоналом», «Управління інфраструктурою», «Інфекційний контроль», «Контроль лікарських засобів, стоматологічних матеріалів та виробів медичного призначення» у вигляді окремих методик, усього 11 од.

Процеси візуалізовані з використанням блок-схем, із структуруванням на входи, перелік дій у процесах, виходи; є перелік документації процесів; визначені відповідальні за процеси (заступники керівника закладу) та учасники процесу – працівники та структурні підрозділи. Однак процеси надання стоматологічної допомоги представлені узагальнено, не деталізовані за нозологічними формами, і більше відповідають узагальненим клінічним маршрутам пацієнта.

Підмогою для більш ефективного впровадження процесного підходу могли б слугувати вимоги надавати медичну допомогу, медичні послуги відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), передбачені ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики. Однак у закладі опис лікувально-діагностичного процесу не пов’язаний з клінічним стандартом, хоча вимоги дотримання останнього представлені в посадових інструкціях лікарів. Стандартами акредитації для закладів охорони здоров’я також передбачена наявність клінічних протоколів за усіма нозологічними формами. Однак ці вимоги в стандартах акредитації обмежуються рамками структурного підрозділу, чим підтримується фрагментарність лікувально-діагностичного процесу й нівелюється процесний підхід, що простежується в досліджуваному закладі.

Установлено, що в складі документів, де описані процеси, не визначені ризики, критерії, планові індикатори якості, ресурсне забезпечення та дії з моніторингу процесів, як вимагають стандарти на системи управління якістю. Тобто, опис процесів неповний. Взаємодія процесів показана на загальній схемі. Ідентифікований процес «Управління ризиками», з точки зору вимог стандарту, необов’язково було виокремлювати, оскільки дії стосовно ризиків і можливостей мають бути інтегровані у кожен з ідентифікованих процесів. Окрема діяльність з управління ризиками, відмежована від процесів, даним стандартом на системи управління якістю не передбачена, однак у досліджуваному закладі саме так зрозуміли ці вимоги.

Як з’ясувалося при подальшому аналізі, критерії та планові індикатори якості стоматологічної допомоги представлені окремим документом – наказом по закладу. Наказ містить набори критеріїв і індикаторів якості, спрямовані на оцінку діяльності структурних підрозділів, завідувачів відділень, лікарів різних стоматологічних спеціальностей. Тобто, при визначенні критеріїв і індикаторів якості використаний адміністративно-ієрархічний, а не процесний підхід. Планові результати діяльності «наскрізних процесів», які проходять через ряд структурних підрозділів-співвиконавців одного процесу, орієнтуючись на потреби пацієнта з певною патологією порожнини рота, не визначені.

Наказом керівника закладу виокремлені критерії оцінки роботи лікарів-стоматологів (лікаря-стоматолога, лікаря-стоматолога-ортодонта, лікаря-стоматолога-хірурга амбулаторного прийому, лікаря-стоматолога-хірурга стаціонару, лікаря-стоматолога-ортопеда) в зв’язку з особливостями змістовності утручань та виконуваних процедур. Наприклад, для лікаря-стоматолога такими критеріями встановлені: кількість відвідувань за зміну; кількість пломб за зміну; кількість санованих пацієнтів за зміну; кількість відвідувань на одну санацію; відсоток санованих пацієнтів від числа тих, хто звернувся вперше; відсоток зубів, вилікуваних за одне відвідування, з приводу ускладненого карієсу; відсоток пломб із сучасних пломбувальних матеріалів; кількість умовних одиниць працеємності за зміну; виконання фінансового плану (за умови роботи на спецрозрахунку).

Слід зазначити, що дані критерії орієнтовані в своїй більшості на оцінку обсягу послуг та використаних ресурсів. За їх значеннями неможливо надати оцінку клінічного результату власне стоматологічної допомоги, яку отримав пацієнт.

Затверджені критерії оцінки якості виготовлення зубних протезів в залежності від матеріалів, з яких вони виготовляються, з детальним описом послідовності процедури виготовлення.

Плановими критеріями якості, які повинні відслідковувати завідувачі клінічних відділень, передбачається встановлення відповідності дотримання

показань до госпіталізації хворих, правильності обстеження пацієнта (повнота анамнезу, дотримання термінів і видів обстежень та їх обґрунтованість); правильності та своєчасності встановлення клінічного діагнозу; відповідності лікування (дотримання стандартів і протоколів лікування, адекватності дози та тривалості прийому лікарських засобів); результатів лікування (покращення стану пацієнта, відсутності ускладнень лікування), для стаціонарних хворих – дотримання критеріїв виписки, якості наданих рекомендацій при виписці; якості ведення медичних карт хворих та листів лікарських призначень, а також дотримання стандартів інфекційного контролю, визначення плинності кадрів, своєчасності метрологічного контролю засобів вимірювальної техніки тощо.

Отже, на рівні структурних підрозділів критеріями якості діяльності передбачається оцінка відповідності проведених робіт у клінічних і допоміжних процесах, тобто, фактично, проведення верифікації послуг, але без визначення критеріїв та клінічних індикаторів якості стоматологічної допомоги, які представлені в клінічних протоколах, розроблених на принципах доказової медицини. Передбачено використання керівниками структурних підрозділів бальної шкали оцінки відповідності (ні – якщо відповідність не досягнута, оцінка 0 балів; так – 1 або 2 бали, в залежності від вагового значення позиції, що оцінюється).

Підсумковими плановими кількісними індикаторами якості медичної допомоги для структурних підрозділів, де безпосередньо надається стоматологічна допомога, визначені: питома вага пломб з композитних матеріалів – 45,0%; питома вага санованих осіб від тих, хто звернувся вперше, – 55,0%; кількість відвідувань на одну сановану особу – 4,0; питома вага осіб, оперованих у плановому порядку на амбулаторному хірургічному прийомі – 30,0%; кількість осіб, які отримали зубні протези, на 100 осіб дорослого населення – 1,4; питома вага сучасних зубних протезів серед усіх протезів – 25,0%.

Аналіз змістовності обраних планових критеріїв і індикаторів показав певні суперечності в їх виборі: сумнівну обґрунтованість кількісного значення

планового показника питомої ваги пломб з композитних матеріалів. За даними наукових джерел, ці матеріали використовуються кілька століть, а з 60-х років минулого століття значно удосконалені. Існує широкий спектр композитних матеріалів та науково обґрунтовані докази їх використання. Плановий показник у 45,0% однозначно поступається потребам пацієнтів з показаннями до такого виду пломбування, оскільки доступ до науково доведених технологій для пацієнта є одним з критеріїв якості медичної допомоги. Інша справа, якщо пацієнт не спроможний оплачувати таку послугу, і тоді показник знижується. У будь-якому разі він має бути обґрунтованим, що може бути здійснено за даними соціологічних опитувань, аналізу економічної ситуації в регіоні з урахуванням потреб населення тощо, чому немає свідоцтв у аналітичних матеріалах закладу.

Показник питомої ваги санованих осіб від тих, хто звернувся вперше, – 55,0% – також недостатньо обґрунтований: не всі особи, які вперше звертаються у поточному році до стоматолога, потребують санації. Більш коректним є показник питомої ваги санованих від тих, хто її потребував, і він має наближатися до 100,0%.

Незрозумілим є за змістом плановий показник кількості осіб, які отримали зубні протези, на 100 осіб дорослого населення – 1,4. Знову ж таки, з точки зору пацієнт-орієнтованості, як одного з провідних критеріїв якості стоматологічної допомоги, доречно було б розраховувати цей показник на тих, хто потребував зубопротезування. З цією метою мали б бути проведені спеціальні вибіркові дослідження в регіоні зі встановлення такої потреби, з урахуванням віково-статевих характеристик населення та стану здоров’я зубів.

Плановий показник питомої ваги сучасних зубних протезів серед усіх протезів – 25,0% – також потребує уточнення щодо критеріїв «сучасності» та обґрунтованості в цифровому виразі, яка не простежується в аналітичних матеріалах керівництва закладом на етапі планування блоку показників якості.

Критеріями якості діяльності процесу стоматологічної допомоги на рівні закладу прийняті відповідні позиції форм державної статистичної звітності (фф. № 17, 20, «Карта – повідомлення про побічну реакцію лікарського засобу…»).

З метою оцінки діяльності прийнято ряд узагальнених показників, сформованих у «моделі кінцевих результатів».

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) ідентифіковані наступні процеси: «Планування діяльності», «Закупівля товарно-матеріальних цінностей», «Зберігання товарно-матеріальних цінностей», «Надання медичної допомоги», «Контроль надання медичної допомоги», «Взаємодія з замовниками», «Управління засобами вимірювальної техніки», «Управління інфраструктурою», «Управління персоналом», «Внутрішній аудит», «Коригувальні дії», «Дії стосовно ризиків», «Контроль документації», «Контроль протоколів (записів)», «Аналіз з боку керівництва», усього 15 од.

Сумніви викликає доцільність виокремлення процесів «Зберігання товарно-матеріальних цінностей» та «Закупівля товарно-матеріальних цінностей», оскільки вони можуть бути складовими одного процесу, наприклад, «Управління/менеджмент товарно-матеріальними цінностями». Процеси «Контроль надання медичної допомоги», «Контроль документації», «Контроль протоколів (записів)» містять у назвах слово «контроль», яке за змістом носить деструктивний характер, на відміну від термінів «моніторинг, оцінка», передбачені стандартом на системи управління якістю. Протоколи (записи) є документацією. Тому, на думку автора, не було доцільним розподіляти два останні згадані процеси.

Установлено, що в даному закладі процес стоматологічної допомоги чітко розподілений за відділеннями:

- терапевтичним (лікування захворювань: твердих тканин зуба – карієсу, пульпіту, періодонтиту; тканин пародонту; слизової оболонки порожнини рота; проведення профілактичних оглядів; надання стоматологічної допомоги пацієнтам закладів охорони здоров’я обласного підпорядкування);

- дитячим (лікування захворювань твердих тканин зуба, слизової оболонки порожнини рота; виправлення аномалій прикусу; профілактичні огляди і стоматологічна допомога дітям – вихованцям будинків дитини, шкіл-інтернатів, ліцеїв, санаторних закладів обласного підпорядкування);

- хірургічним (місцева анестезія для лікування і видалення зубів; видалення зубів);

- ортопедичним (відновлення коронок зубів, протезування зубів, лікування хвороб скронево-нижньо-щелепного суглоба, різних форм адентії, шинування зубів);

- рентгенкабінетом (рентгенографія зубів, панорамна рентгенографія щелеп, комп'ютерна томографія щелепно-лицьової області);

- фізіотерапевтичним кабінетом (електролікування, світлолікування).

Із представленого переліку видно, що в даному закладі також має місце недотримання повною мірою процесного підходу при визначенні основного процесу, оскільки він фрагментований та обмежений рамками структурних підрозділів. Цей підхід задекларований у пункті 4.4 «Настанови з якості» цього закладу, де вказано, що «…перелік процесів складається для кожного структурного підрозділу» (*цитата з документу закладу*). В якості критеріїв для його ідентифікації використовуються різні контингенти населення (дорослого, дитячого), місця їх перебування (будинки дитини, школи-інтернати і т. і.) та різні види медичної допомоги (профілактична, діагностична), а не хвороби або/та патологічні стани. Як процеси представлені окремі процедури (рентгенографія, місцева анестезія, електролікування, світлолікування), у той час як вони є складовими процесів.

Таким чином, «наскрізних» процесів стоматологічної допомоги окремих найбільш розповсюджених стоматологічних захворювань у закладі не ідентифіковано, не представлені їх складові та послідовність дій у цих процесах. Не враховано, що роль структурних підрозділів полягає у співучасті в єдиному процесі забезпечення потреб пацієнта у стоматологічній допомозі з певною патологією порожнини рота. Тобто, принцип безперервності процесу

надання стоматологічної допомоги та його персоніфікації й відповідності конкретним потребам пацієнта дотримується не повною мірою.

На відміну від Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, у даному закладі виконано повний перелік заходів щодо опису процесів, тобто, крім ідентифікації процесів та їх структурних компонентів, визначені критерії та кількісні планові індикатори процесів з відповідальними особами за їх моніторинг, якими визначені завідувачі структурних підрозділів, з вказівками щодо періодичності моніторингу.

До критеріїв процесу віднесені:

- питома вага санованих до осіб, які вперше звернулися за стоматологічною допомогою (плановий індикатор – не менше 45,0%). Логічно зауважити, що цей критерій не може бути визначений як критерій процесу, оскільки він вказує на результат процесу, тобто, на відносне число осіб, які вже сановані. Сутність критерію, як і у випадку його інтерпретації по Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради, вимагає коригування, оскільки результат процесу має відповідати потребам пацієнтів, відповідно до принципу пацієнт-орієнтованості. Отже, необхідно знати, скільки пацієнтів потребували санації, а потім співвідносити ці потреби з результатом (чи всі пацієнти, які мали потребу в санації, її отримали);
- кількість відвідувань на одну сановану особу (плановий індикатор 4,8-5,0). Критерій відображає ресурсну складову процесу (затрати часу пацієнта на процес санації), тобто, його ефективність, а не результат для здоров’я, і також є критерієм результату;
- упровадження в практику сучасних науково-технічних розробок і стоматологічних матеріалів (плановий індикатор – 2,0 упровадження). Критерій відноситься до процесів поліпшення, а не до клінічного процесу; сучасні стоматологічні матеріали не ідентифіковані;
- питома вага профілактичних заходів стосовно постійних зубів у дітей 6-12 років у загальному обсязі заходів (плановий індикатор не нижче

80,0%). Профілактичні заходи повинні проводитись кожному пацієнту, а за потреби, одночасно, - з лікувально-діагностичними, тому 80,0% можна вважати заниженим індикатором;

- хірургічна активність (плановий індикатор – не нижче 20,5%). Критерій по суті відображає ефективність використання кадрових ресурсів;

- надання медичної допомоги пацієнтам з гострим зубним болем (плановий індикатор – 100,0%). Критерій не коректний, оскільки при гострому зубному болю надавати стоматологічну допомогу є прямим обов'язком лікаря-спеціаліста. За ненадання медичної допомоги хворому в невідкладному стані лікарі можуть понести цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством України;

- проведення прік-тестів на знеболювальні засоби пацієнтам, які вперше звернулися за стоматологічною допомогою (плановий індикатор – не нижче 90,0%). Критерій потребує уточнення в частині первинних звернень з потребою пацієнта у знеболенні, а не усіх, хто звернувся вперше. При встановленні даного критерію не враховано п.1.2 Інструкції [211], яким вимагається усім пацієнтам проводити шкірний тест при призначенні анестезуючих засобів, крім осіб з протипоказаннями до шкірного тестування з лікарськими препаратами. За винятком осіб з протипоказаннями, плановий індикатор має бути підвищений до 100,0%;

- питома вага бюгельних протезів до частково знімних (плановий індикатор – не нижче 4,5%). Даний критерій є критерієм результативності процесу, оскільки протези вже виготовлені й встановлені;

- питома вага зубних протезів, виготовлених за сучасними технологіями, від загального числа виготовлених протезів (плановий індикатор – не нижче 10,8%). Даний критерій є критерієм результативності процесу, оскільки протези вже виготовлені. Не деталізовані сучасні технології, за якими виготовляються протези;

- число осіб, які отримали зубні протези, на одного лікаря (плановий індикатор – 170 - 175). Даний критерій є критерієм результативності процесу,

оскільки пацієнти вже отримали зубні протези, і по суті є критерієм для оцінки ефективності використання ресурсів (кадрових). Однак потреби пацієнта при встановленні цього критерію не враховані;

- виготовлено зубних протезів на одного лікаря (плановий індикатор –345 - 350). Даний критерій є критерієм результативності процесу, оскільки протези вже виготовлені, і є критерієм для оцінки продуктивності процесу.

До критеріїв результату віднесені: відсутність обґрунтованих скарг пацієнтів; задоволеність пацієнтів «…організацією і якістю надання стоматологічної допомоги за даними опитувань (плановий індикатор – не менше 80,0% задоволених респондентів)». Обґрунтовані скарги є критеріями/показниками дефектів, на які недоцільно орієнтуватись при розробці блоку критеріїв/індикаторів якості. Задоволеність пацієнтів бажано визначати відносно отриманої ними стоматологічної допомоги. Диференціація задоволеності на такі критерії як організація та якість можуть бути незрозумілими для пацієнтів, такими поняттями можуть оперувати фахівці/спеціалісти. Плановий індикатор задоволеності пацієнтів у 80,0% є низьким, і має визначатися в динаміці, з урахуванням показника попереднього дослідження та проведених заходів з підвищення задоволеності пацієнта.

Критерії результативності процесів, ідентифікованих як допоміжні, у даному закладі наступні:

- процесу управління товарно-матеріальними цінностями: відсоток виконаних заявок до загальної кількості заявок, що надійшли, на закупівлю товарно-матеріальних цінностей; своєчасність виконання заявок на закупівлю товарно-матеріальних цінностей; кількість неякісних закуплених товарно-матеріальних цінностей; кількість неякісних закуплених товарно-матеріальних цінностей, повернутих постачальнику; відсоток випадків порушень правил зберігання і складування товарно-матеріальних цінностей;

- процесу управління засобами вимірювальної техніки: відсоток засобів вимірювальної техніки, що пройшли перевірку, від запланованої

кількості; відсоток забезпеченості структурних підрозділів засобами вимірювальної техніки від потреби;

- процесу управління персоналом: плинність кадрів; своєчасність скерування медичних працівників на навчання;
- процесу внутрішнього аудиту: відсоток проведених внутрішніх аудитів до числа запланованих; відсоток позапланових внутрішніх аудитів від загального числа проведених внутрішніх аудитів; своєчасність виконання коригувальних заходів.

Загалом слід зазначити, що за змістом обрані критерії оцінки процесу стоматологічної допомоги близькі до критеріїв, прийнятих у Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради, тобто, орієнтовані переважно на оцінку обсягу послуг та використання ресурсів, і є традиційними показниками діяльності закладів стоматологічного профілю. Окремі критерії визначені некоректно, оскільки є прямими нормативними вимогами. Кількісні значення планових індикаторів не обґрунтовані в аналітичних звітах керівництва закладів та керівників структурних підрозділів і повторюються з року в рік.

У той же час ігнорується цільове призначення основного – лікувально-діагностичного процесу, оскільки його критеріями на етапах виконання та критеріями результативності мають бути клінічні індикатори як вказівники впливу на якість стоматологічної допомоги, очікуваної пацієнтом, та обсяг охоплення пацієнтів лікуванням з використанням клінічних протоколів, розроблених на основі принципів доказової медицини.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради ідентифіковані процеси відповідають за назвами структурним підрозділам стандарту на системи управління якістю, структура процесів відображена у відповідних методиках і візуалізована, однак не витримується нозологічний підхід до ідентифікації процесів, як і в інших закладах. Відповідно, критерії та планові кількісні індикатори якості стоматологічної допомоги відносяться до лікаря або структурного підрозділу. Як приклад, у

табл. 4.1 представлені критерії та індикатори якості для лікаря стоматолога-терапевта.

Оцінка відповідності здійснюється в балах від 0 до 10 з урахуванням ваги значущості показника; клінічні показники мають найбільшу вагу – 10 балів.

Таблиця 4.1

Критерії та планові індикатори якості стоматологічної допомоги у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради для лікаря-терапевта

№ з/п	**Критерії якості стоматологічної допомоги для лікаря-терапевта**	**Планові індикатори якості для лікаря-терапевта**
1	Співвідношення числа вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до числа вилікуваних зубів з ускладненим карієсом	3:1 – 2,5:1
2	Кількість хворих на диспансерному обліку	120 – 80
	Відсоток санованих осіб від загального числа первинних хворих	60 – 50
3	Число відвідувань на одну сановану особу	3 – 4
4	Питома вага пломб від усіх накладених пломб з: - цементів - пластмаси - амальгами - хімічних композитів - світлополімерів	 30 – 50 10 – 20 10 – 5 40 – 20 10 – 5
5	Питома вага пульпитів, вилікуваних під анестезією за один сеанс	35 – 20
6	Питома вага періодонтитів, вилікуваних за один сеанс	35 – 20

Карта оцінки якості лікувально-діагностичного процесу на рівні відділення містить критерії: відсоток випадків з обґрунтованістю та виконанням плану лікування пацієнта; відсоток використаних лікарських

засобів, що входять до формуляру лікарських засобів; відсоток медичних карт хворих з веденням повних і розбірливих записів; відсоток випадків лікування з неочікуваними результатами; кількість випадків побічних дій лікарських засобів.

Індикатор «Відсоток використаних лікарських засобів, що входять до формуляру лікарських засобів» – єдиний, що має дійсний вплив на якість стоматологічної допомоги, а саме, на її безпеку, економічну доступність та результативність в частині використання лікарських засобів. Індикатори «Відсоток випадків лікування з неочікуваними результатами» та «Кількість випадків побічних дій лікарських засобів» – є вказівниками на те, що планується моніторинг дефектів та забезпечення безпеки при наданні стоматологічної допомоги. Індикатор «Відсоток випадків з обґрунтованістю плану лікування пацієнта та його виконанням» більше відповідає критеріям верифікації процесу, а не моніторингу за обраними критеріями у ключових точках; індикатор «Відсоток медичних карт хворих з веденням повних і розбірливих записів» є індикатором відповідного документування процесу.

Визначені «Моделі кінцевих результатів» для оцінки діяльності на рівні закладу складаються з наступних критеріїв та планових індикаторів у кількісних вимірах: виконання плану організаційно-методичних та лікувально-профілактичних заходів – 100,0%; питома вага санованих осіб від загальної кількості первинних – 56,0%; виконання плану умовних одиниць працеємності – 98,0%, кількість відвідувань на одну сановану особу – 3,3-4,3; кількість відвідувань стоматолога в розрахунку на одного мешканця – 0,89 – 1,17; кількість осіб, які потребують санації, від кількості планово оглянутих – 70,0 – 55,0%; питома вага санованих осіб від тих, хто потребує санації при планових оглядах – 71,0 – 79,0%; число осіб, які отримали протези, на 100 осіб населення – 1,2 – 1,4.

Підсумовуючи виконання п. 4.4 стандарту, слід зробити висновок, що під час розробки системи управління якістю на основі процесного підходу заклади одночасно стикнулися з п. 1.7 стандартів акредитації закладів охорони

здоров'я, яким вимагається наявність затвердженої структури закладу з відображенням «…системи підпорядкування структурних підрозділів адміністрації закладу» [119], тобто адміністративно-ієрархічної структури. У документах по акредитації закладів схематично представлена саме адміністративно-ієрархічна структура закладу, в якій не відображена система управління якістю, оскільки це не є можливим для системи на основі процесного підходу, а в документах по сертифікації – представлена процесна структура на рівні вищого менеджменту. Тобто, фактично у сертифікованих закладах існує дві системи управління – на основі процесного підходу, з управлінням процесами «по-горизонталі», розроблена формально, діяльність якої слабко виражена, та адміністративно-ієрархічна структура з управлінням структурними підрозділами «по-вертикалі», яка діє в реальних умовах функціонування закладу.

Це підтверджено, зокрема, даними аналізу матеріалів акредитації та звітних форм державної статистичної звітності, якими засвідчено, що в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради функціонують структурні підрозділи: поліклініка, до складу якої входять реєстратура та два стоматологічних відділення, зубопротезне, ортодонтичне, фізіотерапевтичне, зуботехнічна лабораторія; стаціонар на 30 стоматологічних ліжок; діагностичне (рентгенологічне) відділення; адміністративно-господарський підрозділ. Адміністративна частина представлена директором, медичним директором, заступником директора з економічних питань, головним бухгалтером, заступником головного бухгалтера, юрисконсультом, менеджером з персоналу, головною медичною сестрою. Лікувально-профілактичні підрозділи очолюються завідувачами (лінійними керівниками).

До складу функціонально-організаційної структури КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) входять підрозділи: два стоматологічних відділення (для дорослих), дитяче відділення, зубопротезне, ортодопедичне, фізіотерапевтичне, рентгенологічне, комп'ютерної томографії; адміністративна частина представлена директором, заступником директора з

медичної частини, заступником директора з економічних питань, головним бухгалтером, інспектором відділу кадрів, інженером з охорони праці.

Структура КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради містить: три стоматологічних відділення, ортопедичне відділення із зуботехнічною лабораторією та ливарнею, фізіотерапевтичний та рентгенологічний кабінети. Адміністративна частина складається з генерального директора, медичного директора, заступника генерального директора з економічних питань, інспектора відділу кадрів, головного бухгалтера.

Усі обліково-звітно-аналітичні документи містять інформацію по зазначеним структурним складовим закладів.

Позаштатні організаційні формування: медична рада, рада медичних сестер, фармакотерапевтична комісія, комісія з якості, служба внутрішнього аудиту – відокремлені від активної діяльності закладів, про що свідчать обмежені свідоцтва як регламентування, так і результатів їх функціонування, що представлено в наступних розділах дисертаційної роботи.

Отже, оскільки стандарти акредитації не містять вимог процесного та системного підходу, суперечності двох задекларованих систем управління у стандартах акредитації і стандартах на системи управління якістю вимагають гармонізації двох систем управління або розмежування стандартів за своїм змістом з метою удосконалення управління закладами та поліпшення якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги. Удосконалення управління процесами вимагає чіткого визначення критеріїв якості системи та її процесів.

4.2. Лідерство в системі управління якістю стоматологічної допомоги

Демонстрація лідерства та відданості системі управління якістю (р. 5.1 стандарту «Лідерство та зобов’язання») задекларовані в «Настанові з якості» кожного закладу, обраного базою дослідження. Із заявлених ключових видів діяльності, необхідних для підтвердження, що управління якістю покладено в

основу системи управління закладом на самому вищому його рівні, перераховані усі відповідні вимоги стандарту, зокрема, перелік дій керівництва щодо орієнтації на замовника, викладені вище. Відповідальність за функціонування і підтримку системи управління якістю задекларована в посадових інструкціях керівників досліджуваних закладів.

У закладах, на вимогу п. 5.2 стандарту «Політика», розроблено документ «Політика в сфері якості», з яким ознайомлені усі працівники, та забезпечено його розташування на дошках оголошень. Однак можливості реалізації заявлених напрямів політики виявилися обґрунтованими не за всіма представленими позиціями.

При співставленні напрямів політики в сфері якості з переліком чинників зовнішнього та внутрішнього середовища простежуються розбіжності в можливостях впливу на останні. Наприклад, політикою Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради передбачено економічну доступність стоматологічної допомоги для населення, оптимальне використання ресурсів, надання стоматологічної допомоги відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій на доказовій основі.

Разом з тим, відомо, що програмою медичних гарантій, починаючи з 2018 року, не передбачено фінансове покриття планової стоматологічної допомоги для дорослих, зокрема, вагітних жінок, таким чином, зобов’язання забезпечити економічну доступність стоматологічної допомоги стають сумнівними щодо їх практичного втілення в системі управління якістю окремо взятого закладу, тобто, чинники зовнішнього оточення закладу не враховані при визначенні даного напряму політики. Підтверджень планування фінансового покриття витрат закладу на стоматологічну допомогу дорослому населенню області або його окремим групам за рахунок благодійної допомоги, коштів місцевого самоврядування, неурядових організацій не виявлено.

Оптимальне використання ресурсів можливе за умов надання стоматологічної допомоги відповідно до клінічних рекомендацій, протоколів і стандартів, розроблених з позицій доказової медицини. З огляду наукових

джерел (Розділ 1 дисертації) та аналізу нормативно-правових документів відомо, що стоматологічна допомога в Україні забезпечується стандартами, розробленими на основі фахового консенсусу, тобто, експертним шляхом, що має найнижчий рівень доказовості. У комплексних планах діяльності закладу на 2013-2019 роки розробка локальних регламентів стоматологічної допомоги на основі міжнародних доказових практик не передбачена. Це свідчить, що втілення в практику діяльності задекларованого напряму політики даним закладом ігнорується.

Політикою КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) передбачено максимальне задоволення вимог і очікувань пацієнтів, відповідно ідентифіковано процес «Взаємодія з замовниками (задоволеність)», а комплексним планом діяльності на рік не передбачено заходів по визначенню задоволеності замовників, лише розгляд скарг та звернень громадян. Визначення задоволеності внутрішніх замовників (працівників) також не планується. Політикою передбачено надання медичних послуг високої якості відповідно до національних і міжнародних стандартів, принципів доказової медицини. У той же час використання світових доказових технологій не планується.

Схожі неузгодженості простежуються і в політиці, процесах, планах діяльності КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради.

Отже, не лише оптимального використання ресурсів, але й найкращих вірогідних результатів стоматологічної допомоги не слід очікувати за таких умов, тому визначені напрями політики можна визнати невідповідними зовнішнім чинникам впливу на систему, а отже, недосяжними повною мірою. Практично поза увагою такого важливого документу як «Політика в сфері якості» залишилася профілактика ризиків лікувально-діагностичного процесу, до яких належать інфекційні, травматичні, ризики ідентифікації патологічного процесу, лікопов’язані, етичні та інші.

Виявлено, що виконання п. 5.3 стандарту «Функції, повноваження та обов'язки в організації», повноваження координації діяльності з питань якості у закладах покладені на заступників керівників з медичної частини; окремими наказами керівників закладів призначені склад медичних рад, рад медичних сестер, фармакотерапевтичних комісій, комісій з інфекційного контролю, керівники груп внутрішнього аудиту. На завідувачів структурних підрозділів покладені обов’язки проводити експертну оцінку якості.

Таким чином, функціонування системи управління якістю (виконання координаційних, аналітичних, моніторингових, аудиторських функцій) забезпечується ресурсами у вигляді позаштатних організаційних структур, а на працівників, які входять до їх складу, покладені додаткові зобов’язання. Останні вимагають додаткового часу на виконання цих функцій, за рахунок основного робочого часу, та оволодіння додатковими знаннями, вміннями та навичками щодо виконання нових завдань. Разом з тим, у матеріалах дослідження не простежено заходів з відповідного навчання персоналу, задіяного до участі у цих структурах. Не виявлено управлінських рішень щодо матеріального заохочення даних працівників для виконання додатково покладених на них функцій, що може слугувати мотивацією до якісного виконання додаткових зобов’язань.

У той же час у положеннях про структурні підрозділи та посадових інструкціях інших працівників не відображено акцент на задоволенні потреб пацієнта, не передбачено можливість участі в управлінні якістю шляхом залучення до роботи в позаштатних організаційних структурах, не зосереджено увагу на необхідності постійного вдосконалення клінічних процесів та безпеці пацієнтів. Функціональні обов’язки не завжди відповідають змісту процесів, у яких працівник приймає участь, займаючи певну посаду, а зміст посадових інструкцій не піддавався перегляду й коригуванню в процесі запровадження системи управління якістю та її функціонування.

4.3. Планування в системі управління якістю стоматологічної допомоги

При оцінці виконання п. 6.1 «Дії щодо ризиків та можливостей» стандарту на системи якості встановлено, що на запровадженні ризик-орієнтованого мислення у працівників досліджуваних закладів, як вимагає стандарт, позначилися недоліки планування з виконання вимог п. 4.1 «Розуміння організації та її середовища» та п. 4.2 «Розуміння потреб та очікувань зацікавлених сторін», описані вище, внаслідок чого при описі процесів дії з реагування на ризики та можливості не простежуються. Тобто, у відповідний процес вони не інтегровані.

Окремі заходи, що стосуються попередження реалізації ризиків, включені до щорічних комплексних планів діяльності, однак вони скоріше відображають вимоги діючого законодавства до різних аспектів функціонування організацій, тому носять відокремлений від оперативної діяльності характер на документальному рівні, не охоплюють усі ідентифіковані процеси, а опис процесів без вказівок на ризики зменшує їх цінність для виконавців та збільшує вірогідність несприятливих подій для пацієнта.

Так, у Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради до комплексного плану роботи на рік у розділ «Лікувальна справа» внесені заходи з фіксації дози опромінення при рентгенологічному обстеженні пацієнта, контролю за проведенням флюорографічного обстеження пацієнтів, які вперше звернулися за стоматологічною допомогою в поточному році, використання формулярів лікарських засобів і локальних клінічних протоколів медичної допомоги.

У розділі «Зміцнення матеріально-технічної бази та покращення санітарно-гігієнічного режиму» заплановані заходи з проведення ремонтних робіт, придбання обладнання для стерилізації та збереження стерильного інструментарію, у розділі «Заходи з покращення умов праці» – проведення інструктажів з охорони праці й техніки безпеки.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) в розділі «Робота з кадрами» заплановано заходи з проведення щорічних профілактичних оглядів медичних працівників і обстеження окремих контингентів працівників на носійство патогенного стафілококу; в розділі «Додержання санітарно-протиепідемічного режиму» передбачено проведення занять з персоналом з питань дотримання санітарних норм і правил з дезінфекції та стерилізації медичних виробів; проведення контролю за дотриманням санітарно-протиепідемічного режиму; метрологічного контролю медичного обладнання, ремонтних робіт окремих приміщень; заходів з протипожежної безпеки.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради плановими заходами передбачено вивчення усіх нормативних документів, які регламентують інфекційну безпеку закладу, метрологічне забезпечення, підготовку і перепідготовку кадрів, профілактику професійних захворювань; передбачено оновлення обладнання, ремонтні роботи та протипожежні заходи і т. і.

Виявлено, що серед усіх задекларованих ризиків найбільша увага при плануванні діяльності приділяється керівництвом закладів таким, як інфекційна безпека та безпека лікарських засобів. Зокрема, інфекційною безпекою опікується Комісія з інфекційного контролю (КІК), на яку покладені функції з розробки Програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПІІК), а також моніторингу і контролю за виконанням програми. Функціонування КІК затверджено окремим положенням, затвердженим керівником кожного закладу.

Складовими програми ПІІК є заходи з: гігієнічної та хірургічної обробки рук персоналу; профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій; дезінфекції, передстерилізаційної обробки, стерилізації інструментів та виробів медичного призначення; генеральних і поточних прибирань приміщень; дезінфекції та прання білизни; щоденних медичних оглядів працівників; закупівлі і використання одноразового інструментарію, засобів для дезінфекції, стерилізації, дезінсекції, засобів індивідуального захисту; забезпечення

готовності закладу до протиепідемічних дій на випадок занесення особливо небезпечних інфекцій; утилізації відходів.

До складу КІК входять завідувачі відділень, головні і старші медичні сестри; очолює КІК у кожному закладі медичний директор.

Разом з тим встановлено, що в інструкціях та методиках з регулювання діяльності персоналу з питань інфекційної безпеки має місце відсутність конкретних дій для виконавців, що ускладнює їх моніторинг та аудит, оскільки в них дублюються матеріали з нормативних документів, які носять узагальнений характер.

Незважаючи на багатоаспектність програм ПІІК, констатовано відокремленість від компонентів системи інфекційної безпеки таких складових інфраструктури, як будівлі і споруди та пов’язані з ними інженерні мережі (електро-, водопостачання і водовідведення, енерго- і теплозабезпечення, вентиляція, каналізація). Ці складові, як зазначено в оперативно-тактичних планах роботи закладів, піддаються автономному управлінню в межах господарчих структурних підрозділів, тому забезпечення їх належного функціонування і модернізації не входять до програми ПІІК. Як наслідок, до складу КІК не входять представники господарської служби, відповідальні за стан, належне функціонування та оновлення зазначених компонентів інфраструктури, не налагоджена чітка взаємодія з поточних і стратегічних питань інфекційної безпеки між членами КІК і медичних рад, радами медичних сестер, з одного боку, та представниками господарчої служби, з іншого.

До складу медичних рад представники господарчої служби також не входять, що підтверджено відповідними наказами по закладам. Така ситуація свідчить про приховані ризики епідемічної небезпеки для закладів внаслідок недооцінки ролі зазначених компонентів інфраструктури в профілактиці інфекцій та обмеженості комунікацій між відповідальними особами клінічних та господарських служб.

Таким чином, заходи зі зменшення ризиків плануються, але відокремлені від ідентифікованих процесів, слабко пов’язані з чинниками зовнішнього і

внутрішнього середовища, як вимагають пп. 4.1 і 4.2 стандарту, що створює у свою чергу, ризики недоврахування певного числа потенційних небезпек і відсутність внаслідок цього комплексного планування заходів з їх попередження на рівні системи та процесів.

Розглядаючи виконання вимог п. 6.2.2 стандарту щодо планування дій для досягнення цілей в сфері якості, встановлено, що невідповідності виконання попередніх пунктів стандарту впливали на підходи до виконання наступних. Це вказало на закономірність прогалин при плануванні системи та її впровадженні й підтримці функціонування. Задекларовані напрями політики, без урахування зовнішніх загроз і внутрішніх недоліків, призвели до невідповідного визначення цілей та планування заходів з їх досягнення.

Аналіз структури планів підтвердив, що в практичній діяльності закладів заявлений у «Настанові з якості» процесно-орієнтований підхід до управління якістю стоматологічної допомоги не використовується, не всі ідентифіковані процеси знайшли своє відображення в планових заходах; у той же час діяльність за окремими видами подрібнена і представлена як окремі підрозділи плану, а за іншими – включає обмежений перелік заходів.

Загалом розділи плану носять традиційні назви, які повторюються з року в рік до і після отримання сертифікату відповідності системи управління якістю вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги»: «Загальні організаційні заходи», «Організаційно-методична та інформаційно-аналітична робота», «Робота з кадрами», «Лікувально-профілактична допомога», «Санітарно-просвітня робота», «Заходи з покращення виховної роботи», «Додержання санітарно-протиепідемічного режиму», «Покращення умов праці» і т. і., що не відповідає назвам і змісту ідентифікованих процесів, як задекларовано в «Настанові з якості» та методиках виконання процесів. Це свідчить про те, що фактично система управління якістю не інтегрована в загальну систему управління досліджуваними закладами.

Загальною особливістю комплексних щорічних планів є планування заходів з дотримання діючих наказів МОЗ України, що регламентують надання

стоматологічної допомоги та інші, немедичні види діяльності, й лише поодинокі заходи з їх удосконалення.

Заходи «зворотного зв'язку» у планах представлені як різни види контролю: якості медичної допомоги (на засіданнях медичної ради), достовірності обліку діяльності закладу (відповідальний – інформаційно-аналітичний відділ); внутрішнього трудового розпорядку (відповідальні – завідувачі відділеннями, інспектор відділу кадрів); індикаторів якості медичної допомоги (відповідальні – медичний директор, завідувачі відділеннями); виявлення онкологічної патології у пацієнтів, які вперше звернулись за медичною допомогою (відповідальні – завідувачі відділеннями). У плани роботи включені заходи з проведення «статистичних ревізій», які не регламентовані діючими нормативними документами та стандартами, а є практиками ще за часів радянської системи охорони здоров'я. Моніторинг, внутрішній аудит, самооцінка системи управління якістю, опитування пацієнтів, персоналу як вимоги стандарту залишилися поза увагою при плануванні діяльності закладів; ці процеси лише прописані в «Настанові з якості» та відповідних методиках, отже, не стали реальними складовими інструментів менеджменту для успішного виконання ідентифікованих процесів, спрямованих на задоволення потреб пацієнтів у якісній стоматологічній допомозі.

Плановими заходами лікарі зобов'язуються за графіком відвідувати засідання обласних лікарських товариств за профілем, хоча участь у громадських організаціях є добровільною і не регулюється в адміністративному порядку. При формулюванні позицій плану використовуються вислови «суворо дотримуватись…», «проводити суворий контроль…», «встановити суворий порядок…». Це свідчить про збереження політики надмірного адміністрування, управлінського тиску на підлеглих, строгої вертикальної субординації всупереч відносинам партнерства й широкого залучення персоналу до управління якістю, що закладено в принципах управління якістю, представлених у стандарті.

Частина заходів дублюють функціональні обов’язки працівників («Забезпечити зберігання матеріальних цінностей поліклініки…», «Провести перевірку протипожежного стану …»). Ресурсне забезпечення конкретних заходів у планах, як і в описах процесів, відсутнє, вказані лише терміни виконання, відповідальні виконавці та відмітка про виконання.

Відповідальність за виконання планових заходів покладена лише на лінійних керівників та заступників керівника. У планах роботи не відображено участі позаштатних організаційних структур – медичної ради, комісій (з інфекційного контролю, лікарсько-контрольної, з експертизи тимчасової непрацездатності, фармакотерапевтичної), робочих груп з розробки формулярів лікарських засобів і локальних регламентів медичної допомоги, груп внутрішніх аудиторів у виконанні відповідних видів діяльності. Їх функціонування представлено окремими наказами, плани роботи приймаються автономно в межах цих структур і не імплементовані у загальний план роботи закладу.

Структура планів роботи відділень і структурних підрозділів відповідає структурі комплексних планів закладів. Розділ з організаційної роботи містить заходи не лише з власне організації діяльності («скласти графік роботи лікарів…»), але й інші заходи з менеджменту лінійного керівництва (звітність, аналіз діяльності, експертна оцінка медичної документації), та заходи з кадрового менеджменту (заняття з персоналом). Розділ планування лікувально-профілактичної роботи включає проведення експертної оцінки амбулаторних карт хворих, які є заходами процесів зворотного зв’язку, та заняття з персоналом – складової процесу управління персоналом. Розділ «Розвиток матеріально-технічної бази», заходи якого мають бути складовими процесу «Управління інфраструктурою», містить не властиві функції для працівників відділення: «…заміна дерев’яних перегородок на пластикові; часткова заміна покриття підлоги; підключення стоматологічної установки…», оскільки це функції, притаманні господарчій та інженерно-технічній службам, а відділення є учасником процесу лише в частині моніторингу стану інфраструктурних

компонентів, правильного використання та збереження майна, формування заявок на оновлення.

Таким чином, за даними аналізу планування діяльності встановлено, що має місце неповне використання рекомендацій стандарту вищим керівництвом закладів, обраних базами дослідження. Зберігаються традиційні підходи до розробки оперативно-тактичних планів діяльності з формальними відмітками про їх виконання, що заперечує реальне функціонування системи управління якістю стоматологічної допомоги відповідно до вимог стандарту.

Згідно з методикою оцінки відповідності та рівня розвитку системи управління якістю стоматологічної допомоги, представленої в підрозділі 2.2 дисертації, в частині планування діяльності за пунктами/підпунктами стандарту на системи управління якістю 4.1, 6.1; 4.2, 5.1.2; 4.3, 4.4.1, 4.4.2; 5.3; 5.1.1, 5.2.1, 5.2.2, 6.2.1; 5.3; 6.1.1; 6.2.2, відповідність вимогам та рівень розвитку систем управління якістю стоматологічної допомоги в досліджуваних закладах практично не відрізняється, дорівнює межам 2-3 балів за пунктами стандарту та виглядає графічно як на рис. 4.1.

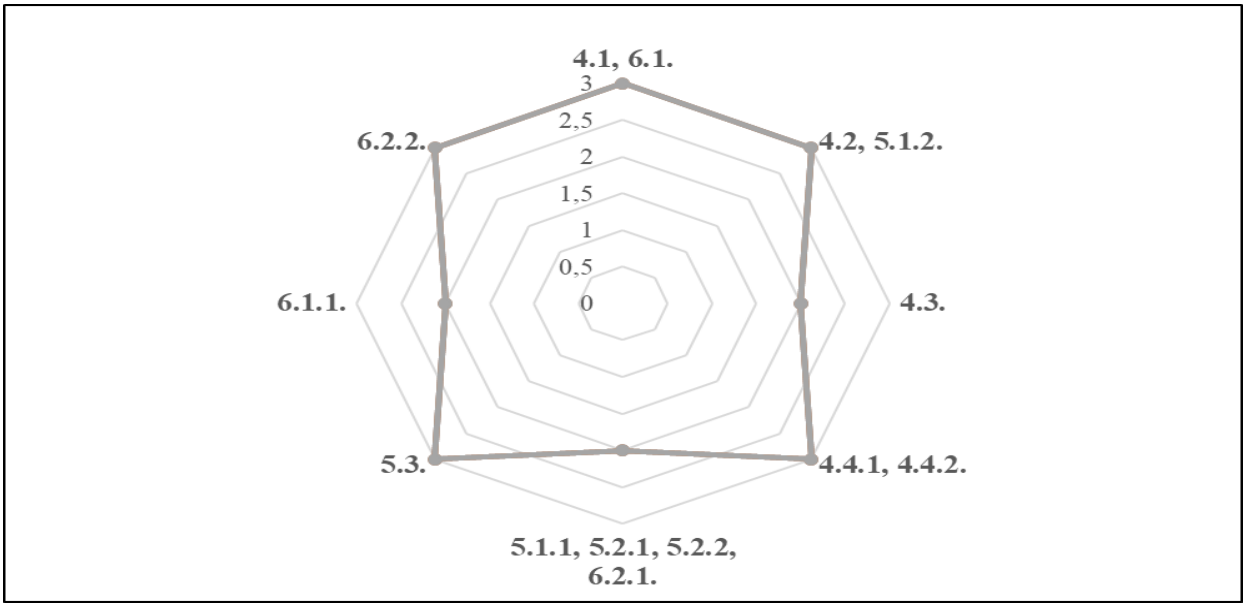

Рис. 4.1. Оцінка відповідності та рівень розвитку систем управління якістю стоматологічної допомоги досліджуваних закладів за вимогами пп. 4-6

ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю Вимоги» за п’ятибальною шкалою

4.4. Аналіз ресурсного забезпечення системи управління якістю стоматологічної допомоги

Наступним кроком дослідження виявлялися та піддавались аналізу свідоцтва підтвердження підтримки системи управління якістю та ідентифікованих процесів достатньою кількістю ресурсів відповідної якості.

Установлено, що ідентифіковані в закладах процеси, що складають структуру системи управління якістю кожного з досліджуваних закладів, підтримуються людськими, інфраструктурними ресурсами, середовищем для функціонування процесів, ресурсами для моніторингу та вимірювання, знаннями працівників та іншими ресурсами.

Підтримка ресурсами здійснюється з урахуванням вимог діючих галузевих регламентів і законодавства України, зокрема, ліцензійних умов, стандартів акредитації закладів охорони здоров’я та вимог до надавачів послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів – Національною службою здоров’я України (НСЗУ) укладаються договори про медичне обслуговування. Тобто, існує кілька джерел з вимогами до ресурсного забезпечення закладів охорони здоров’я, у тому числі, стоматологічного профілю.

НСЗУ передбачено наявність у надавача, за договором, кадрових ресурсів та матеріально-технічної бази, необхідної для надання медичних послуг населенню, відповідної вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та примірних табелів матеріально-технічного оснащення, затверджених МОЗ України. Відповідність стандартам акредитації за повним переліком стандартів не враховується; вимоги НСЗУ в частині матеріально-технічного забезпечення повністю сконцентровані на лікувально-діагностичному процесі.

Усі заклади на момент проведення дослідження уклали договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення, отже, варто було очікувати достатньо високої якості їх ресурсного забезпечення.

Вимоги до кадрових ресурсів представлені у п. 7.1.2 «Людські ресурси» стандарту на системи управління якістю.

Результати забезпечення лікарями як виконавцями основного – лікувально-діагностичного – процесу через підрахунки зайнятості штатних посад та укомплектованості їх фізичними особами лікарів, зокрема, лікарів стоматологічного профілю, наведені у табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Зайнятість та укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів досліджуваних закладів (у відсотках), 2019 рік

Назва закладу	**Зайнятість штатних посад (у відсотках)**	**Укомплектованість штатних посад фізичними особами (у відсотках)**
	Усі лікарі	
1	**2**	**3**
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	93,9	119,3
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	97,0	103,4
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	93,5	106,5
Лікарі - стоматологи		
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	95,3	134,9
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	107,9
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	94,9	110,7
Зубні лікарі		

Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	100,0	200,0
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	-	-
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	-	-

Представлені дані продемонстрували високий рівень кадрового забезпечення досліджуваних закладів, зокрема, лікарями-стоматологами, оскільки у кожному з них укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-стоматологів перевищує 100,0%; за умови неповної зайнятості посад це свідчить, що не всі лікарі працюють на повну посаду, отже за кількістю профільних спеціалістів слід вважати кадрове забезпечення достатнім.

Звернула на себе увагу як відсутність зубних лікарів у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) та КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради, так і відсутність гігієністів зубних, про що вже йшла мова в Розділі 3 дисертаційної роботи.

Відсутність фахівця для забезпечення профілактичної роботи з населенням у закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю, зокрема, обласного рівня, створює ризики проведення професійної гігієни порожнини рота для попередження розвитку карієсу і його ускладнень, хвороб пародонту, слизової оболонки порожнини рота, а також визначення індивідуального гігієнічного режиму догляду за порожниною рота пацієнта. Як видно з наведених даних, профілактична складова в діяльності досліджуваних закладів покладена на лікарів-спеціалістів, які вимушені витрачати час на профілактичні процедури, тоді як їх може виконувати менш кваліфікований фахівець.

Серед лікарів інших спеціальностей, за даними форми № 20 державної статистичної звітності, в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради склад лікарів був представлений: кардіологом, анестезіологом; у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) –

рентгенологом; у кожному закладі – лікарями з організації і управління охороною здоров'я та інтернами; посади лікарів зазначених спеціальностей зайняті й укомплектовані на 100,0%.

Зайнятість штатних посад та укомплектованість штатних посад фізичними особами молодшого персоналу з медичною освітою, представлені в табл. 4.3.

Аналіз даних табл. 4.3 засвідчив, що ситуація з кадровим забезпеченням молодшим персоналом з медичною освітою також в цілому по закладам задовільна, за винятком укомплектованості штатних посад фізичними особами КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 73,1%, зокрема,

Таблиця 4.3

Зайнятість штатних посад та укомплектованість штатних посад фізичними особами молодшого персоналу з медичною освітою (у відсотках), 2019 рік

Назва закладу	**Зайнятість штатних посад (у відсотках)**	**Укомплектованість штатних посад фізичними особами (у відсотках)**
	Молодший персонал з медичною освітою	
1	**2**	**3**
Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	90,6	122,8
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	73,1
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	93,4	100,0
з них зубні техніки		
Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	100,0	240,0
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	80,0
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	-	-
з них рентгенлаборанти		

Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	80,0	160,0
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	100,0
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	100,0	88,9
з них медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів		
Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	100,0	200.0
продовження табл. 4.3		
1	**2**	**3**
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	50,0
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	100,0	100,0

зубними техніками – 80,0% та медичними сестрами фізіотерапевтичних кабінетів – 50,0%. Однак ця ситуація компенсувалася достатньою кількістю відповідних кадрів у відділеннях на госпрозрахунку та спецкоштах.

Певна напруженість з фізичними особами рентгенлаборантів простежувалася в КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради.

Відповідно до нормативно-правових вимог, у кожному з досліджуваних закладів функціонували відділення на госпрозрахунку та спецкоштах, зайнятість та укомплектованість штатних посад яких представлена в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Зайнятість штатних посад та укомплектованість штатних посад фізичними особами відділень на госпрозрахунку та спецкоштах (у відсотках), 2019 рік

Назва закладу	Зайнятість штатних посад (у відсотках)	Укомплектованість штатних посад фізичними особами (у відсотках)
	Усі працівники	
1	**2**	**3**
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	75,0	72,6
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	104,3
продовження табл. 4.4		
1	**2**	**3**
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	85,7	74,9
у т. ч. лікарі		
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	61,5	29,5
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	154,4
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	79,3	47,8
з них стоматологи		
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	62,7	30,5
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	154,4
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	79,3	47,8
у т. ч. ортопеди		
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	66,1	64,3
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	154,4
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	82,4	86,3
молодший персонал з медичною освітою		

Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	81,9	51,1
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	117,4
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	88,2	84,5
у т. ч. зубні техніки		
Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради	89,7	82,4

продовження табл. 4.4

1	**2**	**3**
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	133,3
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради	84,4	104,2

Найбільш сприятлива кадрова ситуація по відділенням на госпрозрахунку та спецкоштах відзначалася у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), де штатні посади були повністю зайнятими, а укомплектованість фізичними особами як усіма працівниками цих відділень, так, зокрема, лікарями й молодшим персоналом з медичною освітою, була 100,0% і вище. Натомість у двох інших закладах, обраних базами дослідження, ситуація була напруженою, оскільки мав місце дефіцит кадрів, крім зубних техніків у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради.

Це опосередковано свідчило про здатність населення відповідних областей користуватися платними послугами, оскільки за низької платоспроможності потенційних пацієнтів лікарі та молодший персонал зі спеціальною медичною освітою не займатимуть посади у відділеннях, де послуги надаються на умовах прямої оплати пацієнтами. Вочевидь, матеріальне становище населення Харківської області вище, ніж населення Житомирської та Чернігівської областей, що підтверджено й при обранні баз дослідження (Розділ 2 дисертаційної роботи). Це позначилося на рівнях зайнятості й

укомплектованості посад структурних підрозділів, де надаються платні послуги.

Важливою характеристикою якості кадрових ресурсів є кваліфікаційний рівень персоналу. За даними форми № 17 державної статистичної звітності результати статистичного аналізу кваліфікаційного рівня спеціалістів досліджуваних закладів представлені у табл. 4.5.

Таблиця 4.5

Кількість працівників досліджуваних закладів з кваліфікаційними категоріями (у відсотках), 2019

Працівники/перелік кваліфікаційних категорій	**Заклади охорони здоров'я/кількість працівників з кваліфікаційною категорією (у відсотках)**		
	Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	**КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)**	**КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради**
Лікарі усі:			
вища	19,4	31,8	21,7
перша	19,4	18,2	38,0
друга	6,9	6,1	8,7
лікарі-стоматологи			
вища	16,7	50,0	25,0
перша	50,0	32,6	47,7
друга	16,7	13,0	6,8
лікарі-стоматологи-хірурги			
вища	50,0	44,4	60,0
перша	37,5	22,2	40,0
друга	-	-	-
лікарі-стоматологи-ортопеди			
вища	33,3	41,2	27,3
перша	11,1	35,3	36,4
друга	22,2	11,8	27,3
лікарі-стоматологи-ортодонти			
вища	33,3	66,7	-
перша	33,3	-	-
друга	-	-	-

молодший персонал з медичною освітою			
вища	32,8	44,6	18,7
перша	13,8	20,0	49,3
друга	17,2	9,2	20,0

Підрахунки відсотку неатестованих працівників, виходячи з даних табл. 4.5, засвідчили, що не атестованими у Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради виявилися 54,3% усіх лікарів, зокрема, 16,6% лікарів-стоматологів, 12,5% лікарів-стоматологів-хірургів, 33,4% лікарів-стоматологів-ортопедів, 33,4% лікарів-стоматологів-ортодонтів, 36,2% молодшого персоналу з спеціальною медичною освітою.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) відсоток неатестованих складав відповідно 43,9%, 4,4%, 33,4%, 11,7%, 33,5%, 26,2%.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради неатестованими виявилися 31,7% усіх лікарів, зокрема, 20,5% лікарів-стоматологів, 9,0% лікарів-стоматологів-ортопедів; лікарі-стоматологи-хірурги усі були атестовані; лікарів-стоматологів-ортодонтів за штатним розкладом не числилося; 12,0% неатестованих працювало серед молодшого персоналу з спеціальною медичною освітою.

Таким чином, у кожному закладі відсоток атестованих лікарів виявився достатньо високим; за більшістю позицій найвищий кваліфікаційний рівень загалом усіх лікарів спостерігався в КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради; найвищий кваліфікаційний рівень лікарів-стоматологів мав місце в КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків); середні позиції по кваліфікаційному рівню лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів займало Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради.

За більшістю досліджених позицій показники кваліфікаційного рівня лікарів досліджуваних закладів були вищими, ніж по відповідній області, дані по яким наведено у розділі 3 дисертації, що вказувало на достатньо високий

рівень якості кадрового складу закладів стоматологічного профілю третинної медичної допомоги.

Високий кваліфікаційний рівень та підтвердження безперервного професійного розвитку лікарів дозволили констатувати, що в досліджуваних закладах визначені знання, необхідні для забезпечення лікувально-діагностичного процесу й досягнення відповідності стоматологічних послуг стандартам медичної допомоги. Це відповідає вимогам п. 7.1.6 стандарту на системи управління якістю. База знань сформована із зовнішніх (матеріалів за результатами участі працівників у різних формах навчання за межами закладів) та внутрішніх ресурсів (знань, набутих шляхом досвіду під час професійної діяльності).

Накопичення знань відбувається також шляхом використання інформації з періодичних видань, доступ до яких для лікарів створений у кожному закладі, про що свідчать звіти про публічні закупівлі. Це такі видання як «Управління закладом охорони здоров'я», «Новини стоматології», «Довідник головної медичної сестри», «Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я». Для працівників інших спеціальностей є можливості використання періодичних видань «Баланс-Бюджет», «Баланс», «Казна України», «Праця і зарплата», «Кадровик», «Медична бухгалтерія», «Зарплата та кадрова справа», «Оплата праці».

У той же час виявлено, що лікарями використовуються застарілі, неактуальні знання, представлені в галузевих стандартах стоматологічної допомоги як локальних (внутрішніх) документах, затверджених наказами керівників закладів. Останні створені шляхом фахового консенсусу ще у 2004 році. Таким чином, у закладах лише частково, за рахунок накопичення знань з безперервної професійної освіти та власного досвіду, використовуються знання з технологій стоматологічних утручань, розроблених на принципах доказової медицини. Основні носії лікувально-діагностичних технологій – стандарти стоматологічних утручань – давно втратили свою актуальність, отже,

управління знаннями з лікувально-діагностичних технологій потребує заповнення «ніші» актуальними знаннями.

Аналіз кваліфікаційного рівня кадрового складу досліджуваних закладів дозволив одночасно зробити висновки щодо виконання вимог п. 7.2 «Компетентність» стандарту, оскільки вище наведено докази того, що персонал має належну освіту, професійну підготовку та досвід. Відповідними записами в особових справах засвідчено, що в кожному закладі дотримуються нормативні вимоги щодо участі лікарів у системі безперервного професійного розвитку в сфері охорони здоров'я: керівництво закладів надає можливості лікарям брати участь у процесах неформальної та інформальної освіти за різними формами, передбаченими діючим законодавством.

Однак в частині компетентності працівників щодо розуміння ними вимог до якості та критеріїв якості медичної допомоги формальні свідоцтва вказали на обмежений обсяг інформування та контролю з цих питань з боку керівництва, що простежено в протоколах виробничих нарад, засідань медичної ради, темах занять з навчання працівників на робочих місцях у межах закладів. У закладах не застосовуються активні форми набуття знань на робочих місцях з урахуванням набутого досвіду, навичок і вмінь та активного їх поширення в колективах.

Фактичні докази виконання вимог п. 7.3 «Обізнаність» засвідчили, що працівники обізнані з політикою у сфері якості (відповідний документ представлений у Статуті, «Настанові з якості», на дошках оголошень/куточках споживачів кожного закладу); цілями у сфері якості (представлені у планах діяльності закладів та їх структурних підрозділів, цільові показники відстежуються в картах експертного контролю), вимогами до безпеки пацієнтів (засвідчено в планах роботи та протоколах засідань КІК, фармакотерапевтичних комісій, медичної ради, інструкціях, які стосуються дотримання різних аспектів інфекційної безпеки та лікопов'язаних проблем).

Разом з тим, як виявлено, за перерахованими позиціями діяльність в системі управління якістю потребує поліпшення, а існування в закладах

надмірно структурованих критеріїв і цільових показників якості, що потребують оновлення та удосконалення за змістовністю, чисельністю, походженням, створює додаткове навантаження на персонал, як безпосереднього надавача стоматологічної допомоги, так і лінійних керівників, відповідальних за моніторинг цих показників, а отже, ускладнює управління якістю та може бути ризиками негативного ставлення працівників до системи управління нею.

Високий кваліфікаційний рівень, компетентність, обізнаність та достатня кількість працівників дозволяють зробити висновки, що досліджувані заклади мають потужний кадровий потенціал, спроможний забезпечувати високу якість виконання стоматологічних утручань, тобто, основного процесу – лікувально-діагностичного і профілактики стоматологічних захворювань, з урахуванням необхідності коригування виявлених недоліків.

У той же час слід відмітити, що кількість задіяного персоналу до роботи у медичній раді, раді медичних сестер, фармакотерапевтичній комісії, лікарсько-контрольній комісії, КІК, групах внутрішнього аудиту, як позаштатних структур, що забезпечують виконання однієї з обов’язкових складових циклу з управління якістю – перевірки діяльності («Check» у циклі Шухарта-Демінга), обмежена, оскільки, як правило, до них входять одні й ті ж працівники, переважно завідувачі відділень, представники адміністрації, старша медична сестра закладу, старші медичні сестри відділень. Широкого залучення персоналу до позаштатних організаційних структур, як передбачено принципами управління якістю, за даними записів у розпорядчих та протокольних документах, не спостерігається.

Дослідженням виконання вимог стандарту до інфраструктурних компонентів кожного закладу (п. 7.1.3 «Інфраструктура») в частині вимог до будівель і споруд встановлено, що інфраструктура Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради дозволяє забезпечувати потужність закладу у 400 відвідувань за зміну; функціонування поліклініки та стаціонару на 30 стоматологічних ліжок забезпечується в окремих будівлях.

Потужність КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) дорівнює 180 відвідувань за зміну з розташуванням закладу у відокремленій будівлі.

Найбільш потужним з усіх досліджуваних закладів є КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради з плановим обсягом 620 відвідувань за зміну, розташований у самостійній будівлі з допоміжними господарськими пристроями.

У кожному закладі частина інфраструктури, представлена будівлями і спорудами, незважаючи на тривалий термін використання, підтримується у належному санітарно-технічному стані. Набір приміщень, їх площа та розташування в цілому відповідає вимогам [212], зокрема, вимогам таблиці М.1 цього регламенту. Це засвідчено: матеріалами ліцензування та акредитації, які в цій частині практично дублюються; технічними паспортами; актами виконаних ремонтних робіт; угодами з постачальниками електроенергії, теплової енергії, води; організаціями, що надають послуги з використання Інтернет-технологій, прання білизни, вивозу сміття та утилізації відходів, проаналізованими за період 2016-2020 років.

Констатовано, що на виконання вимог п. 7.1.4. «Середовище для функціонування процесів», середовище, де відбувається процес надання медичної допомоги, тобто взаємодія працівників закладів і пацієнтів, а також діяльність допоміжних служб, є придатним за гігієнічними, фізичними, психо-соціальними характеристиками. Такі висновки зроблено на основі: звітів про виконання Колективних угод у закладах; договорів обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб, які підлягають страхуванню, на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків та на профілактичні дослідження на носійство золотистого стафілокока; даних про відсутність інфекційних ускладнень за результатами надання стоматологічної допомоги; даних про регулярність і достатній обсяг закупівель дезінфекційних засобів, мікробіологічний моніторинг і бактеріальний контроль стерильності виробів медичного призначення та інструментарію, визначення бактеріального

забруднення повітря і предметів методом змивів; наявності умов для централізованої стерилізації медичних виробів та децентралізованої стерилізації ендодонтичного та дрібного інструментарію; використання у стоматологічних кабінетах ультрафіолетових випромінювачів; даних про регулярне прибирання приміщень відповідно до інструкцій про поточні і генеральні прибирання та внутрішній контроль за цими заходами; відсутності судових позовів працівників до керівництва закладів; проведення планових та позапланових інструктажів з питань охорони праці та пожежної безпеки тощо.

У закладах використовується різноманітне обладнання, перелік якого більшою мірою відповідає табелям оснащення, затвердженим відповідним наказом МОЗ України. Разом з тим, за даними звітів керівників, у закладах використовується морально й технічно застаріле обладнання, що унеможливлює надання стоматологічної допомоги на еталонному рівні. У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) дефіцит обладнання та розхідних матеріалів відносно табелів оснащення у 2019 році становив 15,0%, у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради – 33,7%.

У кожному закладі наявні свідоцтва про державну метрологічну повірку та атестацію засобів вимірювальної техніки, наявні для демонстрації виконання вимог ліцензування та стандартів акредитації. Всі засоби вимірювальної техніки своєчасно проходять повторну метрологічну повірку, що підтверджує виконання п. 7.1.5 стандарту «Ресурси для моніторингу та вимірювання».

Виконуючи вимоги п. 7.4 стандарту «Інформування», досліджувані заклади визначали потреби щодо внутрішнього та зовнішнього інформування, доречні для системи управління якістю, представлені в «Настанові з якості». Кожен заклад приділив увагу взаємозв’язкам з ідентифікованими зацікавленими сторонами. У положеннях про структурні підрозділи надано опис та рух інформації у вигляді численних схематичних зображень.

Аналіз схем руху внутрішньої інформації засвідчив, що вони більш нагадують схеми підпорядкування за рахунок візуального представлення

одностороннього напряму руху інформації, чим втрачається інформаційне забезпечення «зворотного зв'язку». На даних схемах не відображені механізми взаємодії, як вертикальні, так і горизонтальні.

Взаємовідносини структурних підрозділів і позаштатних організаційних структур у відповідних положеннях прописані узагальнено, за принципом перерахунку питань, з метою вирішення яких виникає потреба у взаємодії даного структурного підрозділу з іншими для виконання ним своїх функцій. Механізми взаємодії не представлені.

Відомо, що найбільш дієвими інструментами взаємодії й координації при наданні медичної, зокрема, стоматологічної допомоги є регламенти клінічного процесу відповідно до нозологічних форм та клінічні маршрути пацієнта. Установлено, що в досліджуваних закладах регламенти клінічних процесів не адаптовані до місцевих умов, а повністю дублюють відповідні галузеві нормативи, які, в свою чергу, вимагають оновлення відповідно до сучасних лікувально-діагностичних технологій стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини. Співучасть структурних підрозділів і позаштатних організаційних структур у наданні стоматологічної допомоги представлена у загальній схемі лікувально-діагностичного процесу. Клінічні маршрути пацієнта як організаційні регламенти надання стоматологічної допомоги носять описовий характер, у яких не простежується напрямок руху пацієнта, а отже, послідовність взаємодії структурних підрозділів – учасників лікувально-діагностичного процесу.

У закладів існують можливості використання сучасних цифрових технологій обміну інформацією – електронна пошта, месенджери, мобільні пристрої. Запроваджено комп'ютерне програмне забезпечення: «E-Health», МІС «Каштан», «Медична статистика». Однак вони використовуються лише за окремими позиціями, зокрема, без задіяння функції аналізу та підтримки прийняття управлінських рішень, а облікові дані є традиційними показниками діяльності закладу за формами державної статистичної звітності. Клінічні

індикатори якості не запроваджені в закладах та не піддаються обрахункам і моніторингу.

Немедичні напрями забезпечуються програмами «UA-Бюджет», «Облік медичних кадрів України», «1С:Підприємство», «САБО», «M.E. doc».

Схеми зовнішньої взаємодії досліджуваних закладів з вищими органами управління також передбачають односторонні вертикальні (зверху вниз) зв'язки, без механізмів взаємодії. Обмежено використання сучасних комунікаційних платформ – вебсайтів для маркетингу та зворотного зв'язку: відсутній власний вебсайт Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради; на вебсайті КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради відсутній форум, а отже, можливість задати запитання та надати відгуки пацієнтам. Функціонує вебсайт КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), однак він відрізняється обмеженістю розміщеної на ньому інформації.

Форми первинної облікової документації ведуться відповідно до нормативних галузевих вимог.

Відповідно до вимог пп. 4.4. 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.1.5.1, 7.1.6., 7.2, 7.5, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.4.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.6, 8.6; 8.7.2, 9.1.1, 9.2.2, 9.3.3, 10.2, 10.3 стандарту на системи управління якістю щодо управління задокументованою інформацією, в закладах наявні документи, які вимагає стандарт і які підтверджують: описи клінічних та інших процесів, включених до системи управління якістю; Політику у сфері якості; посадові інструкції; цілі у сфері якості; відповідність ресурсів для моніторингу та вимірювання; знання закладу; компетентність працівників; реєстрацію вимог замовника (потреб пацієнта в медичній допомозі), ідентифікацію і простежуваність наданих стоматологічних послуг; дії на етапах надання послуги; проведення контролю за процесами, продукцією та послугами, які закуповуються зовні; втрату, пошкодження чи непридатність для використання власності пацієнта; опис результатів аналізу внесення змін, особу (осіб), яка(-і) санкціює(-ють) зміну, а також будь-які необхідні дії за результатами аналізу; опис невідповідностей у процесах та дії з

їх усунення; моніторинг і виміри процесів і їх результатів; задоволеність пацієнта; виконання програми аудиту та результатів аудиту, аналіз системи управління якістю з боку керівництва закладу.

Додатково до вимог стандарту на системи управління якістю заклади прийняли рішення вести задокументовану інформацію, необхідну для результативності системи управління якістю, згідно з п. 7.5 стандарту: плани з якості; робочі інструкції; медико-технологічні документи галузевого рівня (формуляри лікарських засобів); положення про структурні підрозділи; інструкції з діловодства, охорони праці й техніки безпеки, приготування дезінфекційних розчинів, миття рук персоналу, використання лікарських засобів, інші інструкції; протоколи навчання персоналу; закупівельні заявки; свідоцтва ліцензування, сертифікації; інші записи.

Разом з тим, у змістові та структурі документів, за даними їх контент-аналізу, виявлені значні недосконалості: неповний опис процесів; застаріла структура планів роботи; використання функціональних обов’язків як позицій планових заходів замість заходів з розвитку закладів; застарілий зміст посадових інструкцій, за відсутності повноважень персоналу в системі управління якістю; повне дублювання на локальному рівні галузевих медико-технологічних документів.

Результати оцінки відповідності та рівня розвитку системи управління якістю медичної допомоги за п’ятибальною шкалою з визначеними показниками за вимогами щодо ресурсної підтримки систем управління якістю представлені на рис. 4.2.

Висновки до розділу 4

1. Установлено, що в закладах, обраних базами дослідження, розроблено та впроваджено систему управління якістю стоматологічної допомоги. Це підтверджено відповідними сертифікатами, виданими органами оцінки відповідності. Система управління якістю створена відповідно до

нормативно-правових галузевих вимог з метою отримання вищої акредитаційної категорії та демонстрації зацікавленим у якості стоматологічної допомоги сторонам своєї здатності постійно підвищувати задоволеність споживачів шляхом підвищення якості менеджменту.

2. Виявлено, що при розробці та впровадженні формалізованої системи управління якістю у кожному закладі частина вимог стандарту виконана не в

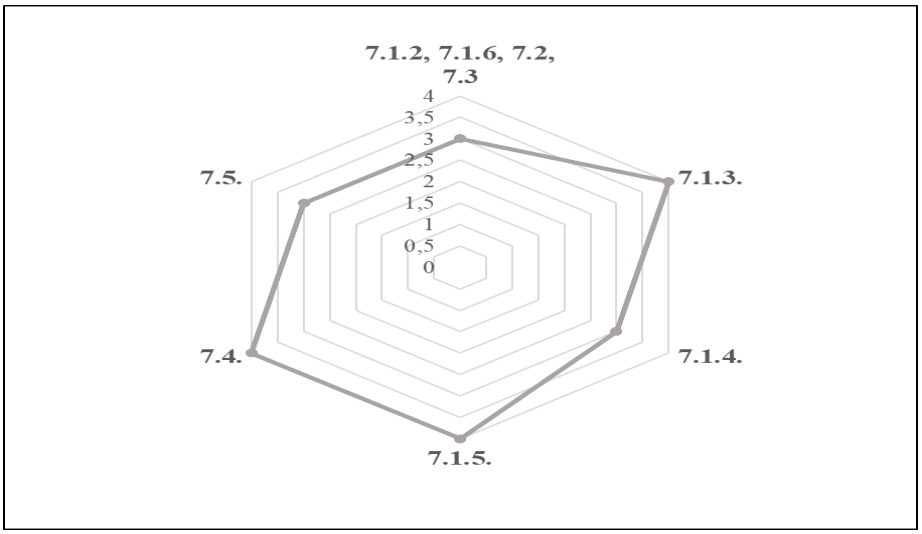

Рис. 4.2. Оцінка відповідності та рівень розвитку систем управління якістю стоматологічної допомоги у досліджуваних закладах за вимогами п. 7 ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» за п’ятибальною шкалою

повному обсязі; допущені неточності при інтерпретації вимог стандарту, що вказало на труднощі використання їх як універсальних у специфічних умовах функціонування закладів охорони здоров’я. Зокрема, потребують чіткого визначення й деталізації чинники зовнішнього середовища, що впливають на систему якості, та ризики ідентифікованих процесів: стоматологічної допомоги, забезпечення ресурсами, менеджменту. Перелік ризиків обмежений і не інтегрований у процеси, що створює, в свою чергу, ризики недоврахування можливих негативних ризикових подій та відсутність планування заходів з управління ними.

3. Доведено, що в досліджуваних закладах, внаслідок спроби виконати одночасно вимог стандартів акредитації і стандартів на системи управління якістю, переважає традиційна адміністративно-ієрархічна організаційна структура, між якою і формально впровадженою процесною структурою системи управління якістю не існує точок дотику або вони занадто слабкі. Це пов'язано з неузгодженістю базових положень стандарту – процесного підходу, ризик-орієнтованого мислення та циклу постійного поліпшення (PDCA) – з нормативно-правовими вимогами до управління закладом охорони здоров'я, представленими в ліцензійних умовах та стандартах акредитації.

4. Показано, що технології процесу надання стоматологічної допомоги регламентовані застарілими, розробленими на основі фахового консенсусу, галузевими стандартами стоматологічної допомоги. Зобов'язання керівництва щодо забезпечення надання стоматологічної допомоги на основі доказових технологій не виконані, галузеві методики розробки й упровадження локальних медико-технологічних документів не використані, що створює ризики результативності стоматологічної допомоги, очікуваної пацієнтом, та економічної ефективності медичних утручань.

5. Виявлено, що система критеріїв і планових індикаторів якості представлена у вигляді громіздкого набору показників обсягу наданих послуг та інтенсивності використання ресурсів (кількість відвідувань, пломб, санованих пацієнтів за зміну; кількість відвідувань на одну санацію; хірургічна активність, число осіб, які отримали зубні протези, на одного лікаря; кількість умовних одиниць працеємності за зміну і т. і.); на рівні закладу використовуються традиційні показники офіційної статистичної звітності (ф. № 17, 20). Критерії якості менеджменту за стандартами на системи управління якістю не використовуються. Кількісні планові значення окремих індикаторів не обґрунтовані, що вимагає регулярних популяційних досліджень на регіональному рівні. Не використовуються критерії та клінічні індикатори якості, що вказують на науково доведений доказовими технологіями вплив стоматологічних утручань на якість медичної допомоги, оскільки не

використовуються клінічні протоколи на основі міжнародних клінічних рекомендацій.

6. Установлено, що системи управління якістю досліджуваних закладів підтримуються достатньою кількістю і якістю кадрових ресурсів: укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-стоматологів складала в 2019 р. від 107,9% до 134,9%, в залежності від закладу. Відсоток атестованих усіх лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради складав 68,7%, лікарів-стоматологів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 95,6%, лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради – відповідно 83,4% та 87,5%. Однак корпоративна база знань закладів формується лише з власного досвіду лікарів та часткових даних про новітні технології стоматологічної допомоги на основі принципів доказової медицини. Не практикується широкого залучення працівників до управління якістю стоматологічної допомоги.

7. Засвідчено, що в досліджуваних закладах має місце обмежене використання цифрових технологій для забезпечення внутрішніх і зовнішніх комунікацій, формування обліково-звітних даних та аналізу й підтримки прийняття управлінських рішень; зберігається певний дефіцит медичного обладнання в порівнянні з табелем оснащення (15,0 – 33,7%).

8. Доведено, що, незважаючи на певні відмінності досліджуваних закладів – в потужності (кількості відвідувань за зміну), видах стоматологічної допомоги (амбулаторна, стаціонарна), структурі лікарських кадрів (за спеціальностями), матеріально-технічному забезпеченні, – можливості реалізації в них якісного менеджменту, закладеному в стандартах на системи управління якістю, використовуються не повною мірою, що вимагає удосконалення управлінської діяльності для забезпечення відповідності вимогам стандартів.

Результати дослідження, представлені в Розділі 4, висвітлені в публікаціях автора [213-215].

РОЗДІЛ 5

ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ

Розділ 8 «Виробництво» стандарту на системи управління якістю містить вимоги до основних процесів, що відбуваються в організаціях, тобто, до процесів виробництва продукції та/або надання послуг, спрямованих на задоволення потреб споживачів, контролю за виробництвом та його результатами, а також процесів забезпечення ресурсами на оперативному рівні. У закладах охорони здоров'я основним процесом є процес надання медичної допомоги, зокрема, стоматологічної. Відповідно до вимог цього розділу та поставлених програмою дослідження завдань необхідно було з'ясувати, чи планується, проєктується, розробляється, забезпечується ресурсами та відбувається у контрольованих умовах процес надання стоматологічної допомоги лікарем пацієнту, зокрема, чи спрямований процес на проведення результативного, безпечного та своєчасного лікування патології порожнини рота в закладах охорони здоров'я, де відбувалось дослідження.

Вимоги п. 8.1 стандарту на системи управління якістю «Оперативне планування та контроль» демонструють чіткий зв'язок оперативного планування з п. 4.4 щодо процесного підходу та лідерства з боку керівництва з його запровадження. Контент-аналіз проголошених керівництвом Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради Місії та «Політики в сфері якості» засвідчив, що вони полягають, зокрема, в забезпеченні відповідності стоматологічної допомоги сучасним міжнародним стандартам, впровадженні в практику роботи сучасних новітніх технологій.

Політикою у сфері якості КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) передбачено головну мету діяльності закладу – надання «…високоякісних конкурентноспроможних медичних послуг, завоювання

довіри й поваги пацієнтів…», а напрямами політики – «…надання медичних послуг високої якості, що відповідають національним і міжнародним стандартам…на основі принципів доказової медицини…, надання медичних послуг, що перевершують за рівнем якості аналогічні послуги інших підприємств України…» (*цитата з документу закладу*).

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради, як і в інших досліджуваних закладах, «Політикою в сфері якості» визначено наміри стосовно забезпечення якості основного процесу – стоматологічної допомоги, які полягають у впровадженні в практику сучасних засобів діагностики та лікування стоматологічних захворювань, дотримання національних і міжнародних стандартів медичної допомоги.

Слід зазначити, що висловлювання дотримуватися міжнародних стандартів медичної допомоги вимагають коригування, для чого потрібно ввести відповідні зміни у «Політику в сфері якості» кожного досліджуваного закладу, оскільки, як відомо, таких стандартів не існує. У світі розробляються керівництва (настанови) за різними напрямами медичної діяльності, які містять науково обґрунтовані технології медичної практики, рекомендовані до використання. За бажанням різні країни їх адаптують до власної системи охорони здоров’я і таким чином заклади охорони здоров’я отримують надійні інструменти забезпечення якості клінічних процесів з позицій доказової медицини.

Подальшим аналізом матеріалів дослідження підтверджено отримані результати, представлені в Розділі 4 дисертації, що заходи з реалізації стратегічних завдань на рівні оперативного планування, запровадження та контролю процесу стоматологічної допомоги виконуються на основі застарілих галузевих стандартів стоматологічної допомоги, введеними в дію по закладам наказами їх керівників. Не враховуються цим і вимоги стандартів акредитації, а саме, п. 3.13 щодо наявності локальних клінічних протоколів (маршрутів пацієнтів) згідно з УКПМД та медичними стандартами відповідно до профілю структурного підрозділу. Вимоги дотримуватися УКПМД, затверджених МОЗ

України, передбачено й ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики. Отже, діяльність керівництва закладів з цих питань свідчить не лише про відхилення від вимог стандарту на системи управління якістю, але й про ігнорування нормативно-правових галузевих вимог, якими передбачено розробку закладами й використання ними сучасних медичних технологій на принципах доказової медицини шляхом самостійної розробки відповідних локальних регламентів в разі, якщо УКПМД на галузевому рівні не розробляються [216 – 218]. Цим обмежуються права пацієнтів на доступність до якісної стоматологічної допомоги.

Привернуло також увагу, що локальні протоколи стоматологічної допомоги, затверджені керівниками закладів, незважаючи на свою невідповідність принципам доказової медицини, погоджені департаментами/управліннями охорони здоров’я відповідної області.

З науково обґрунтованих технологій, що плануються, здійснюється розробка та щорічний перегляд локальних формулярів лікарських засобів, відповідно до державних формулярів, чим забезпечується використання ефективних, безпечних і доступних за вартістю лікарських засобів, а також використання лікарями знань, отриманих під час їх набуття в процесі безперервного професійного розвитку. Слід зазначити, що свідоцтв упровадження технологій активного набуття знань лікарями та персоналом із спеціальною медичною освітою з власного досвіду, результатів позитивних індивідуальних і групових практик безпосередньо в закладі охорони здоров’я, на робочих місцях, не виявлено.

Таким чином, за переліком вимог стандарту на системи управління якістю за п. 8.1, оперативне планування послуги, тобто, оперативне планування надання стоматологічної допомоги пацієнту лікарем відбувається відповідно до актуальних галузевих стандартів стоматологічної допомоги, створених без урахування змінених вимог на вищому (зовнішньому по відношенню до закладів) рівні управління щодо організації в закладі процедури адаптації новітніх клінічних технологій, розроблених на основі міжнародних клінічних

рекомендацій із лікування, діагностики, профілактики хвороб порожнини рота. Це відбувається з причини відсутності відповідного реагування на змінені вимоги з боку керівництва закладів. Цим також підтверджено неадекватне реагування на чинники зовнішнього середовища, що вимагає стандарт на системи управління якістю в п. 4.1, у даному випадку, а саме, на зміну нормативно-правових вимог.

Важливо, що вимогами стандарту на системи управління якістю передбачено встановлення критеріїв щодо процесу надання медичної (стоматологічної) допомоги та його результатів. У досліджуваних закладах критерії передбачають переважно визначення обсягу використаних ресурсів і наданих послуг, як представлено в Розділі 4 дисертаційної роботи, з чого можна зробити висновки, що дані критерії не спрямовані на оцінку результату стоматологічної допомоги безпосередньо для здоров’я пацієнта.

За вимогами п. 8.2 «Вимоги щодо продукції та послуг» стосовно медичної сфери надавачі стоматологічної допомоги повинні встановити інформаційний зв’язок із пацієнтами. Інтерпретуючи дану вимогу, слід визначати медичні потреби пацієнта та його очікування щодо результату стоматологічної допомоги, а також особливі вимоги, пов’язані з індивідуальними особливостями перебігу хвороби, супутніми захворюваннями, фінансовими можливостями, місцем проживання тощо. Лікар повинен провести аналіз цих вимог, щоб переконатися, що він спроможний надати стоматологічну допомогу відповідно до потреб і очікувань даного пацієнта.

Установлено, що потреби пацієнтів у досліджуваних закладах визначаються при зверненні до реєстратури, безпосередньому спілкуванні з лікарем-стоматологом та/або лікарем-стоматологом іншої спеціальності за даним профілем, відвідуванні діагностичних кабінетів і лікарів-консультантів; уточнення потреб відбувається після завершення обстеження і консультування. Свідоцтвом документування потреб пацієнта у стоматологічній допомозі за результатами збору інформації про стан його здоров’я на підставі скарг, анамнезу, огляду і даних діагностичних обстежень, а також визначення

необхідного обсягу стоматологічної допомоги та місця лікування – в амбулаторних та/або стаціонарних умовах – є медична карта стоматологічного хворого (ф. 043/о), де прописується план обстеження і лікування.

Потреби пацієнта оформлюються й через інформовану згоду на медичне втручання, відповідне запитам пацієнта, за встановленою формою, яка долучається до медичної карти.

У разі планування послуг за кошти пацієнта або за рахунок інших небюджетних надходжень з пацієнтом укладається контракт за типовою формою з детальною калькуляцією платних послуг.

На рівні закладів у оперативному порядку способами встановлення інформаційних зв’язків із потенційними пацієнтами слугують розміщення матеріалів на офіційних вебсайтах, поширення друкованої продукції, використання зовнішньої реклами, а також отримання інформації про потреби пацієнта в стоматологічній допомозі під час спілкування з працівниками закладів по телефону. Уточнення вимог та реагування на рекламації відбувається під час особистих прийомів пацієнтів керівництвом закладів та розгляду письмових звернень.

Проблемою щодо чіткого виконання вимог стандарту на системи управління якістю за даним пунктом залишається неповна відповідність можливості задоволеності визначених вимог пацієнтів нормативно-правовим регламентам щодо використання сучасних науково обґрунтованих клінічних технологій, якими забезпечується висока ймовірність досягнення критеріїв якості стоматологічної допомоги, зокрема, клінічної ефективності.

Вимогами п. 8.3 «Проектування та розробка продуктів та послуг», як можна інтерпретувати їх до медичної сфери, передбачено розробку індивідуального плану обстеження та лікування пацієнта, тобто, зосередження на індивідуальну орієнтованість лікаря щодо пацієнта, визначення проблем з його здоров’ям та усуненні/зменшенні їх проявів з використанням найкращих наявних медичних знань. Підтверджено, що в закладах використовується типова форма медичної документації, в якій передбачено внесення відповідних

даних анамнезу, скарг, огляду лікарем, плану обстеження, лікування, надання рекомендацій по завершенні лікування, зокрема, профілактичних. Формалізація змісту та структури первинної медичної документації полегшує рутинну роботу лікаря-стоматолога. Разом з тим, у закладах не розроблені регламенти стоматологічної допомоги за нозологічними формами, відповідні сучасним клінічним технологіям, тому обрані профілактичні й лікувально-діагностичні заходи, які вносяться до плану обстеження й лікування, відповідають застарілим галузевим стандартам стоматологічної допомоги 2004 року розробки.

У плані обстеження й лікування лікарі відзначають потенційні клінічні ризики, які ідентифікуються на етапі збору анамнезу. Ризики стосуються визначення можливості розвитку побічних дій лікарських засобів, про що здійснюються відповідні записи. У медичних картах стоматологічного хворого також ідентифікується проблема пацієнта шляхом визначення її локалізації зображенням (рисунком) з метою попередження помилкового втручання не на тій стороні або не на тому органі порожнини рота.

Засобами контролю проєктування та розробки стоматологічної послуги/допомоги визначено експертну оцінку завідувачем структурним підрозділом, яка здійснюється ретроспективно шляхом порівняльного аналізу записів про фактично спланований обсяг заходів діючим галузевим низького рівня доказовості стандартам стоматологічної допомоги.

Виявлено, що у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) розробка стоматологічних послуг за вимогами п. 8.3 «Проектування та розробка продуктів та послуг» взагалі виключена зі сфери застосування стандарту на системи управління якістю, що зазначено в «Настанові з якості». Тобто, при впровадженні системи управління якістю це завдання перебуває поза увагою керівництва, що можна пов’язати зі складнощами інтерпретації вимог стандарту на системи управління якістю при адаптації його до діяльності закладу охорони здоров’я й недоглядом представників консалтингової служби, яка готувала заклад до сертифікації.

Вимоги п. 8.4 «Контроль надаваних іззовні процесів, продукції та послуг» стандарту на системи управління якістю передбачають здійснення закладом охорони здоров'я заходів контролю, щоб забезпечити відповідність зовнішніх процесів, продуктів і послуг, які можуть впливати на якість стоматологічної допомоги, вимогам, представленим в інструкціях, приписах, специфікаціях.

Виявлено, що у досліджуваних закладах такими продуктами є медичне обладнання, медичні вироби (імплантати), матеріали для виготовлення зубних протезів, фармацевтична продукція, спеціалізована хімічна продукція, фотохімікати, інформаційні системи, а також послуги: лабораторні, з ремонту і технічного обслуговування медичного обладнання, із санітарно-гігієнічної обробки приміщень, обслуговування інформаційних систем, професійної підготовки спеціалістів, телекомунікаційні послуги, послуги з тепло-водопостачання і водовідведення, спеціалізовані автомобільні перевезення, послуги з утилізації сміття та інші.

За даними електронної платформи https://clarity-project.info/entity/01991518 Prozorro, з'ясовано, що закупівлі товарів і послуг, які підлягають публічним закупівлям, здійснюються відповідно до законодавства України, яким жорстко регламентується якість продукції в процесі державних закупівель.

У кожному досліджуваному закладі визначена особа, відповідальна за закупівлі, відповідальність якої полягає, зокрема, в доведенні до відома зовнішнього постачальника вимог до продукції/послуги від зовнішніх постачальників з метою запобігання ризикам закупівлі неякісних товарів/послуг.

Вимоги до продукції та послуг від зовнішніх постачальників включаються до угод/договорів про постачання окремим пунктом.

Уся закуповувана продукція слугує ресурсним забезпеченням лікувально-діагностичного процесу, однак обмежується можливостями вітчизняного ринку, закупівельними спроможностями закладу та дозвільними регламентами, наприклад, реєстром медичного обладнання або переліком лікарських засобів,

дозволених до застосування в Україні. Останнє може стати на заваді адекватній адаптації доказових технологій міжнародного рівня до умов закладу охорони здоров'я.

Вхідний та поточний контроль за якістю кожної закуповуваної продукції/послуги забезпечується відповідальними особами за профілем діяльності в кожному структурному підрозділі як шляхом зовнішнього огляду товарів і продукції, так і перевірки сертифікатів, інструкцій або інших документів, що засвідчують придатність з відмітками в журналах вхідного й поточного контролю за товарами і послугами, що закуповуються зовні.

Важливою умовою запобігання ризикам процесу стоматологічної допомоги є, зокрема, безпека закуповуваних медичних виробів - імплантатів, призначених для введення в організм пацієнта хірургічним шляхом, і які повинні залишатися в організмі після закінчення процедури. Імплантати можуть стати джерелом ускладнень та інфікування хворого, що призведе до недопустимих дефектів стоматологічної допомоги.

Властивості медичних виробів подані у технічних регламентах, які використовуються при виборі, придбанні та використанні зазначених товарів. Але контент-аналіз технічних регламентів показав, що вони не містять вичерпної інформації за усіма позиціями, які б гарантовано підтверджували закладам охорони здоров'я та пацієнтам безпеку цих виробів і правила застосування за призначенням. Це створює ризики зовнішнього походження, зокрема, для досліджуваних закладів, дезінформації при вивченні ринку, закупівлі, застосуванні, експлуатації та утилізації медичних виробів.

Розділ 8.5 стандарту на системи управління якістю «Контроль виготовлення продукції та надання послуг» передбачає, перш за все, наявність задокументованої інформації, в якій віддзеркалюється планування та перебіг лікувально-діагностичного процесу, задіяні лікарі, використані лікарські засоби, матеріали, медичні вироби, проведені діагностичні дослідження та консультації й отримані результати.

Очікувані результати стоматологічної допомоги та дії з контролю процесу її надання окреслені в планах роботи закладів, їх структурних підрозділів, положеннях про структурні підрозділи та посадових інструкціях працівників. У різних джерелах очікувані результати позначені як «санація», «одужання», «ремісія», «зняття зубного болю» (при захворюваннях, які потребують терапевтичних і хірургічних утручань), «встановлення пломби», «виготовлення зубних протезів», «виготовлення вкладок з використанням фотополімерних матеріалів», «встановлення зубних протезів». Загалом очікувані результати згадуються в матеріалах дослідження закладів епізодично; частіше використовуються заплановані дії в процесах: «надавати профілактичну…, консультативну…, лікувально-діагностичну…, ортодонтичну… допомогу; проводити санацію…., виявляти і лікувати захворювання…; здійснювати диспансерний нагляд; надання зубопротезної допомоги; госпіталізація; амбулаторне лікування» *(цитування з матеріалів дослідження).*

Установлено, що процес надання стоматологічної допомоги відображається в записах у медичній карті стоматологічного хворого (ф. 043/о), де, поруч з даними про потреби пацієнта в стоматологічній допомозі, представлені проведені процедури, результати досліджень, рекомендації при виписці. Виконання робіт у процесі обліковується також у стандартних облікових формах №№ 037/о, 037-1/о, 039-4/о, 039-3/о, 039-5/о, 044/о.

Контрольованими умовами також передбачено проведення заходів з моніторингу та вимірювань на запланованих стадіях процесу відповідно до визначених критеріїв та ідентифікація виходів, тобто отриманих результатів, на відповідність запланованим критеріям.

Установлено, що в якості заходів з моніторингу та вимірювань лікувально-діагностичного процесу в досліджуваних закладах обрано метод експертної оцінки медичних карт амбулаторних/стаціонарних хворих, який визначений керівником закладу розпорядчим документом (наказом).

Відповідно до стандартів акредитації, проводиться перевірка не менше 10,0 % медичних карт амбулаторних/стаціонарних хворих. Слід зазначити, що форми і методи контролю стандартами акредитації не деталізовані.

Завідувачами структурних підрозділів проводиться ретроспективна експертна оцінка відповідності виконаного процесу та його результатів визначеним критеріям. Результати експертної оцінки заносяться в карти експертної оцінки та піддаються аналізу. Нормативні та фактичні індикатори представлені в порівняльних таблицях, що додаються до аналітичних звітів.

У Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради критеріями для експертної оцінки слугують: повнота анамнезу; обґрунтованість видів і термінів обстежень; дотримання показань до госпіталізації, стандартів лікування, дозування й тривалості курсу лікування лікарськими засобами.

Критеріями результату лікування визначені: покращення клінічного стану пацієнта по завершенні лікування; відсутність ускладнень; дотримання критеріїв виписки; надання рекомендацій при виписці.

Проведення експертної оцінки, як свідчать дані з «Настанови з якості» та методики виконання процесу «Послуги з медичної стоматологічної допомоги та контроль якості» досліджуваного закладу, полягає у встановленні ступеня відповідності фактично виконаних робіт у процесі та його результатів запланованим. Результати експертної оцінки представляються у балах – від 0 (ні; наприклад, не відповідає збір анамнезу вимогам; не дотримуються стандарти лікування; не дотримуються терміни обстеження і т. і.) до 2 (так, відповідає). Окремі позиції оцінюються в 1 бал, і це також вважається дотриманням того чи іншого критерію. Далі отримані бали підсумовуються, і в залежності від результату робляться висновки про рівень якості (високий – 24-25 балів; середній – 23-24 бали; низький – менше 23 балів).

Експертна оцінка проводиться раз на місяць вибірковим методом за сукупністю медичних карт стоматологічних хворих даного структурного підрозділу; отже, нозологічний (процесний) підхід не дотримується.

Підтвердження відповідності наданих стоматологічних послуг очікуваним результатам здійснюється також лікарем, який безпосередньо надає послугу, шляхом самооцінки проміжних і кінцевих результатів, а також шляхом опитування пацієнта під час надання послуги та по її завершенню.

Опитування пацієнта продиктовано необхідністю контролю з його боку відновлення функції органів ротової порожнини, на яких відбувається стоматологічне утручання, зручності й комфорту використання пломб, зубних протезів, ортодонтичних апаратів тощо під час надання послуги та одразу ж після її завершення. Однак слід враховувати, що таке спілкування не віддзеркалює усі аспекти якості медичного обслуговування та задоволеності спілкуванням пацієнта з закладом охорони здоров'я, як одним з критеріїв якості, і є фактично валідацією результату стоматологічної допомоги пацієнтом.

Із представленої інформації можна зробити декілька висновків:

1) експертна оцінка, що проводиться керівником структурного підрозділу, по суті, є ретроспективним аналізом даних медичних карт стоматологічних хворих, а самооцінка роботи лікарем – моніторингом процесу в режимі реального часу;

2) фактично керівником структурного підрозділу проводиться верифікація процесу зазначеними особами на відповідність нормативним вимогам, хоча ці вимоги не є сучасними, відповідними позиціям доказової медицини, всупереч задекларованим стратегічним намірам закладу;

3) неможливо визначити за таким підходом відповідність наданої стоматологічної допомоги критеріям якості, оскільки не використовуються клінічні індикатори якості.

Тим, що поняття моніторингу процесу підміняється поняттям експертної оцінки, засвідчується тяжіння керівництва закладу й лінійних менеджерів до усталених, звичних форм контролю, труднощі щодо переходу до більш сучасних його технологій, якими передбачається послідовне відслідковування усіх складових процесу для своєчасного попередження невідповідностей, а не

лише реагування на ті, що вже трапились. Має місце неточне слідування термінології стандарту на системи управління якістю, а отже, на прикладі даної позиції зрозуміло, що остання ще не стала невід'ємною складовою цілісної системи управління даним закладом охорони здоров'я.

Застосовувані сумарні бальні еталонні оцінки некоректні, оскільки високий – 24-25 балів і середній – 23-24 бали – рівні якості містять однакову оцінку у 24 бали.

За підсумками результати експертних оцінок обговорюються на оперативних нарадах у завідувачів структурних підрозділів. Однією з форм моніторингу лікувально-діагностичного процесу є також щоденний огляд важкохворих завідувачем стаціонарного відділення, що відповідає вимогам стандартів акредитації.

На рівні структурних підрозділів та загалом по закладу проводиться щоквартальний аналіз результатів діяльності з надання стоматологічної допомоги. У 2015-2018 роках показники коливалися в даному закладі наступним чином:

- кількість відвідувань на одного лікаря-стоматолога-терапевта в день – 8,4-8,3; лікаря-стоматолога-ортодонта –11,7-12,7;
- число санованих осіб на одного лікаря-стоматолога-терапевта в день – 2,5-2,4;
- установлено пломб на одного лікаря-стоматолога-терапевта в день – 8,2-10,7;
- кількість відвідувань на одну встановлену пломбу –1,0-0,8;
- відсоток ускладненого карієсу, вилікуваного за одне відвідування до лікаря-стоматолога-терапевта – 49,0% - 51,0%;
- кількість відвідувань на одну санацію – 3,0-3,4;
- відсоток пломб з хімічних композитів – 21,2%-23,5%;
- відсоток пломб з світлополімерів – 14,2%-10,5%;
- відсоток пломб з цементу – 64,9%-66,5%;

- відсоток випадків знеболення при лікуванні ускладненого карієсу – 42,5%;
- відсоток осіб, які закінчили лікування у лікаря-стоматолога-ортодонта – 62,8%-63,0%;
- відсоток зубних протезів, виготовлених за сучасними методами – 66,7%-71,3%;
- виготовлено протезів на одну займану лікарську посаду – 148,5-242,0;
- кількість рентгенологічних досліджень на одного хворого, пролікованого в стаціонарі – 1,0-2,4;
- кількість рентгенограм на 100 відвідувань в поліклініці – 19,6-23,5;
- число оперативних утручань на одного лікаря-стоматолога хірурга в поліклініці – 3,2-3,2;
- відсоток планових операцій в поліклініці – 30,0%-30,0%;
- оперативна активність в стаціонарі – 89,7-89,6;
- середнє перебування хворого на ліжку – 8,8-7,9;
- відсоток планових оперативних утручань в стаціонарі – 57,9%-58,0%;
- оперовано в перший день планових хворих – 52,5%-49,7%;
- летальність – 0,0%.

За даними форм державної статистичної звітності формально призначений відповідальний за лікувально-діагностичний процес (заступник керівника з медичної частини) використовує для моніторингу й оцінки дані офіційної статистичної звітності (фф. № 20 за 2010 - 2019 роки). Установлено, що загальні обсяги стоматологічної допомоги в Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради значно зменшились – з 76 783 до 53 097 відвідувань за рік, або на 30,8%. З урахуванням, що заклад є обласним закладом спеціалізованої медичної допомоги, в розрахунку на одного жителя області кількість відвідувань зменшилася з 0,06 у 2010 році до 0,04 в 2019 році.

У той же час питома вага первинних відвідувань від усієї кількості відвідувань до стоматологів і зубних лікарів зросла з 31,4% до 37,9%, зокрема, дітей віком 0-17 років – з 3,6% до 4,3%, що може бути пов’язано з підвищенням потреби у стоматологічній допомозі в зв’язку зі зниженням доступності до стоматологічних послуг в умовах первинної медичної допомоги.

У 2010 році лікарями закладу оглянуто в порядку планової санації усього 334 особи, з них потребували санації 296 осіб, або, 88,6%, сановані – 284 пацієнти, або 95,9%. У 2019 році усього сановані в порядку планової санації і за зверненнями - 8698 осіб, з них у госпрозрахункових кабінетах – 3543 особи, або 40,7%, що вказало на значне зростання обсягу та зміщення стоматологічних послуг у бік платних. Це може бути пов’язано з призупиненням фінансування планової стоматологічної допомоги в межах програми медичних гарантій для дорослого населення.

Співвідношення пролікованих зубів з приводу найчастішої патології – карієсу зубів – до числа пролікованих зубів із ускладненим карієсом утримувалось упродовж періоду спостереження приблизно на однакових цифрах – 3,5:1 - 3,4:1. Це вказало на підхід лікарів до лікування карієсу на ранніх стадіях з метою стабілізації прогресування патологічного процесу та профілактики розвитку ускладненого карієсу.

Змінились обсяги зубопротезування більш прогресивними знімними протезами: питома вага бюгельних протезів зменшилась з 10,8% у 2010 році до 7,8% у 2019 році від загальної кількості виготовлених знімних протезів, що знову вказало на зниження фінансової доступності більш дороговартісних стоматологічних послуг. Значно зросло число одиниць протезування з металокераміки – 2729 у 2019 році проти 35 од. у 2010 р., у той же час зубних імплантатів встановлено 27 од. проти 243 од. у 2010 р.

Кількість видалених зубів, за показаннями, зменшилася з 11 999 у 2010 році до 10 939 у 2019 році, або на 8,8%, а населення області, якому надається стоматологічна допомога в даному закладі обласного рівня, зменшилося з 1285,8 тис. осіб у 2010 році до 1220,2 осіб у 2019 році, або на 5,1%. Одночасно

визначено, що видалення зубів здійснювалося кожному п’ятому відвідувачу як у 2010 році, так і в 2019 році.

За причинами в 2019 році видалення зубів здійснювалося в переважному обсязі – 84,8% (9 273 зубів) – з приводу ускладненого карієсу, 2,4% (258 зубів) – з приводу хвороб пародонту, 0,5% (54 зуба) – за ортодонтичними показаннями (рис. 5.1). За попередні роки аналогічні дані відсутні.

При зменшенні кількості амбулаторних відвідувань до стоматологів і зубних лікарів на 30,8%, як вже вище зазначалося, на 2,5% зросла кількість

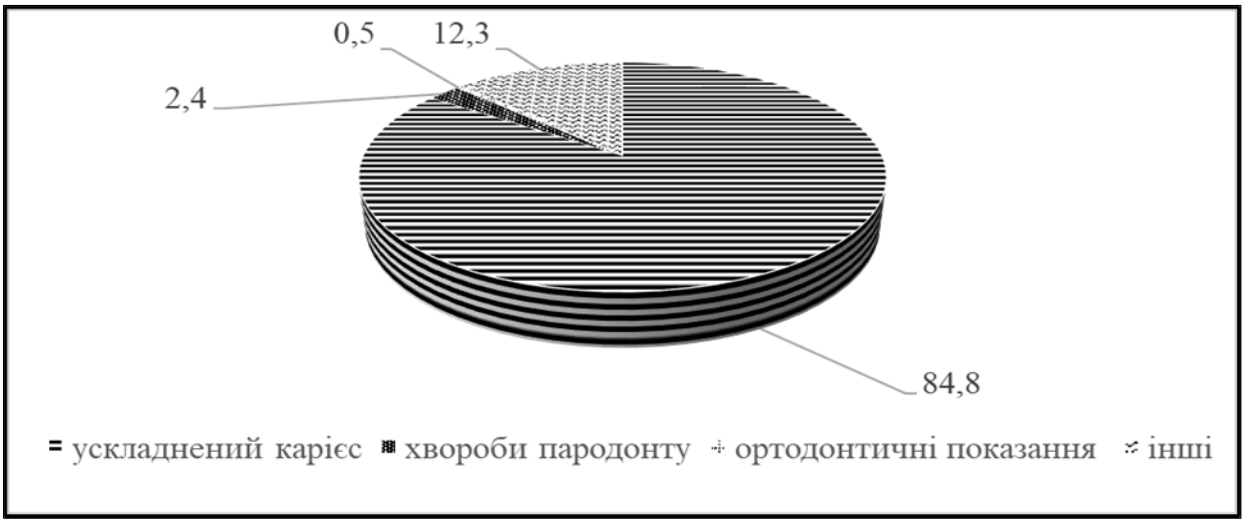

Рис. 5.1. Структура причин видалення зубів у пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 2019 р. (у відсотках)

стоматологічних операцій – з 3 270 до 3 353. Структура утручань у 2019 році включала гострі запальні процеси – 2 128, або 63,5%, пухлини та пухлиноподібні утворення – 142, або 4,2%, встановлення дентальних імплантатів – 569, або 16,9%.

Стаціонарна допомога у даному закладі в 2010 році надавалася на 40 ліжках; упродовж 10 років було скорочено 10 ліжок. Зміни в структурі хворих за нозологічними формами представлені на рис. 5.2, 5.3.

У 2010 році (рис. 5.2) в структурі виписаних хворих загальною кількістю 1 483 особи провідні місця за причинами займали хвороби ротової порожнини,

залоз та щелеп – 40,9% (607 осіб), травми – 29,2% (433 особи) та хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 16,9% (251 особа). Новоутворення складали 4,2% (62 хворих), уроджені аномалії, деформації і хромосомні порушення – 1,8% (26 хворих); 7,0% (104 особи) приходилося на непрофільних хворих.

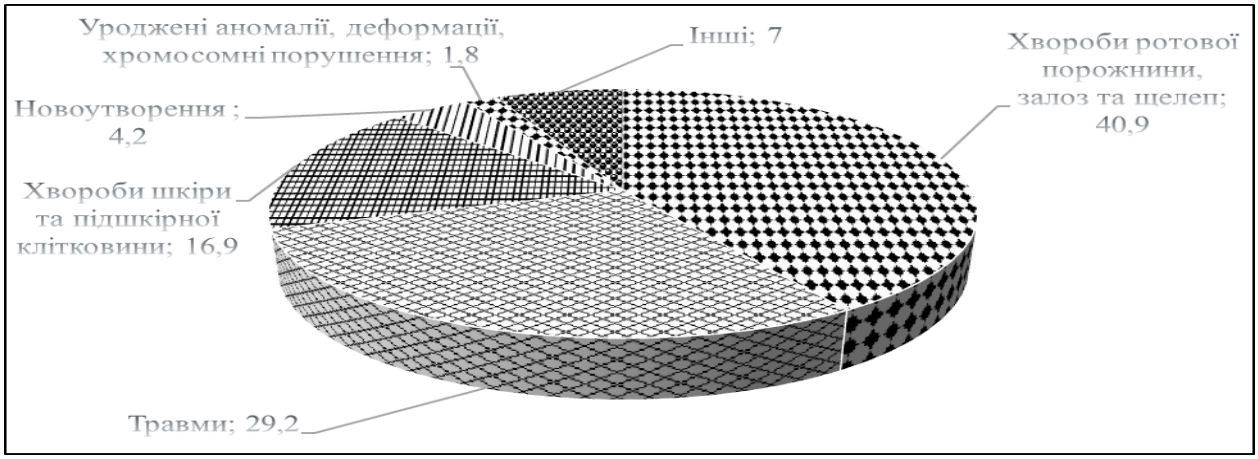

Рис. 5.2. Структура госпіталізованих хворих до стаціонару Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради за причинами, 2010 р. (у відсотках)

У 2019 році в стаціонарі на 30 ліжках проліковано усього 1 320 хворих. Провідні місця в нозологічній структурі госпіталізованих хворих не змінилися, у кількісному виразі хвороби ротової порожнини, залоз та щелеп складали 41,9%
(553 особи), травми – 21,7% (287 осіб), хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 9,8% (128 осіб).

У нозологічній структурі з’явилися хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини з ураженням щелепно-лицевого апарату, з якими було госпіталізовано 3,9% (51 особу) від усієї кількості хворих. Новоутворення складали 2,7% (36 хворих), уроджені аномалії, деформації і хромосомні порушення – 2,0% (27 хворих). У структурі госпіталізованих значно зросла кількість непрофільних хворих – 18,0% (238 осіб) (рис. 5.3).

Аналіз динаміки тривалості перебування хворого на ліжку в стаціонарі Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради у 2010 – 2019 роках показав, що при більш раціональному використанні ліжкового фонду за показником середнього терміну перебування хворого на

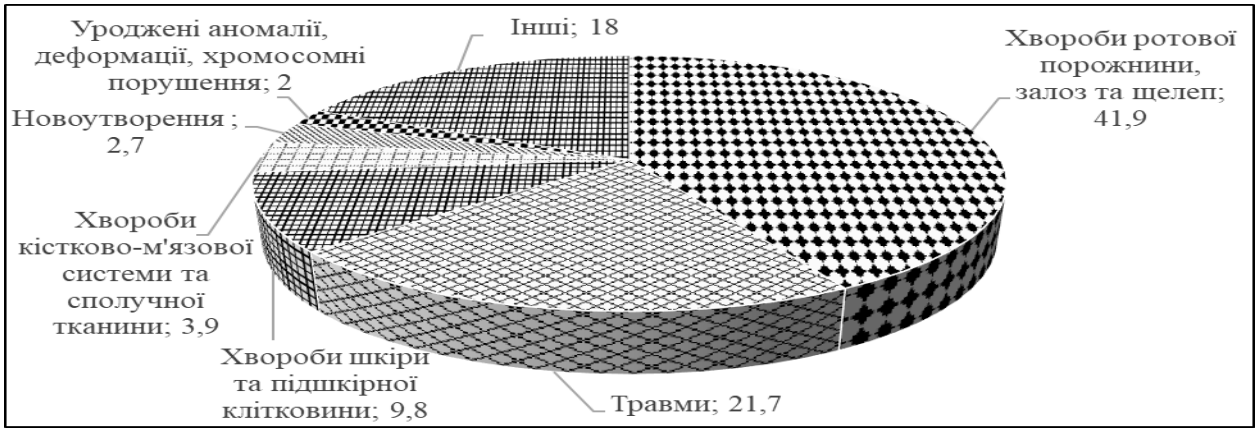

Рис. 5.3. Структура госпіталізованих хворих до стаціонару Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради за причинами, 2019 р. (у відсотках)

ліжку, який зменшився з 9,0 до 7,8, відбулось його зростання при лікуванні хворих на хвороби шкіри та підшкірної клітковини з 7,8 до 8,2. Лікування пацієнтів з хворобами кістково-м’язової системи та сполучної тканини, які не госпіталізувалися у 2010 році, але лікувалися в стаціонарі у 2019 році, тривало в середньому 9,9 днів.

Не за профілем використано ліжка для 238 хворих з патологією серцево-судинної, нервової систем та органів дихання, середня тривалість лікування яких складала 7 ліжко-днів (рис. 5.4).

Таким чином, незважаючи на оптимізацію ліжкового фонду, можливості більш раціонального використання ліжок не були використані повністю.

Медико-статистичний аналіз структури хірургічних утручань у стаціонарі показав, що за відстежуваний період зросла питома вага операцій з приводу власне хвороб ротової порожнини, залоз та щелеп з 33,9% до 42,9%, та питома

вага загальних анестезіологічних утручань оперованим хворим з 38,6% до 47,7%.

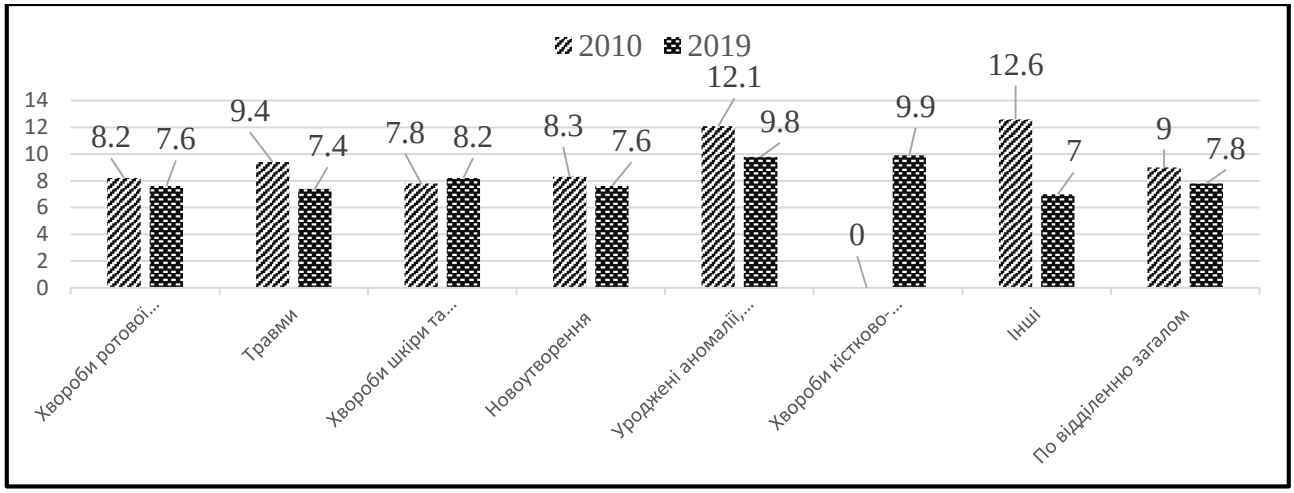

Рис. 5.4. Динаміка тривалості перебування хворого на ліжку в стаціонарі Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 2010 і 2019 роки (днів)

Динаміка показників хірургічної роботи стаціонару Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради в 2019 році в порівнянні з 2010 роком представлена в табл. 5.1.

Таблиця 5.1

Динаміка показників хірургічної роботи стаціонару Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 2010 і 2019 роки

№ з/п	**Види оперативних утручань**	**Роки/кількість (абс., відсоток від загального числа)**			
		2010		**2019**	
		абс	відсоток	абс	відсоток
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Усього операцій, у т. ч.:	1398	100,0	1255	100,0

продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5	6
1.1	на органах вуха, горла, носа	72	5,2	59	4,7
1.2	на кістково-м’язовій системі	298	21,3	230	18,3
1.3	на шкірі та підшкірній клітковині	554	39,6	427	34,0
1.4	інші з приводу хвороб ротової порожнини, залоз та щелеп	474	33,9	539	42,9
2	Усього оперованих хворих	1398	100,0	1255	100,0
3	Кількість загальних анестезій оперованим хворим	539	38,6	599	47,7

Схожа ситуація щодо моніторингу та ідентифікації результатів стоматологічної допомоги простежувалась і в інших досліджуваних закладах, з незначними відмінностями.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) з метою контролю за виконанням процесів та отриманих результатів з боку керівників структурних підрозділів задекларовані такі методи як експертна оцінка медичних карт стоматологічних хворих, анкетне опитування пацієнтів, розгляд звернень пацієнтів, аналіз ускладнень після видалення зубів, розгляд і аналіз побічних дій лікарських засобів, контроль термінів виготовлення зубних протезів та правильності вибору конструкції зубних протезів.

Зрозуміло, що з перерахованих методів розгляд звернень пацієнтів, аналіз ускладнень після видалення зубів, розгляд і аналіз побічних дій лікарських засобів зосереджені на розгляді невідповідностей, а не на їх попередженні.

Відповідно до аналітичних матеріалів керівників структурних підрозділів, результати процесу надання стоматологічної допомоги представлені наступними показниками (2019 рік):

- питома вага санованих до осіб, які вперше звернулися за стоматологічною допомогою – 49,5% (плановий індикатор – 45,0%);

- кількість відвідувань на одну сановану особу – 5,3 (плановий індикатор – 4,8-5,0);
- питома вага профілактичних заходів на постійних зубах у дітей 6-12 років – 92,6% (плановий індикатор – не нижче 80,0%);
- хірургічна активність – 24,6% (плановий індикатор – не нижче 20,5%);
- питома вага бюгельних протезів від частково знімних протезів – 0,5% (плановий індикатор – не нижче 4,5%);
- виготовлено зубних протезів на одного лікаря – 154 (плановий індикатор – 345-350).

Як видно з наведених даних, не за усіма критеріями якості досягнуті заплановані індикатори, зокрема, кількість відвідувань на одну сановану особу, питома вага бюгельних протезів від частково знімних протезів, число виготовлених зубних протезів на одного лікаря.

За даними фф. № 20 за 2010 – 2019 роки, обсяги стоматологічної допомоги у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), як і в Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради, зменшились, але в меншому чисельному виразі – на 5,8%, або в абсолютних цифрах – з 140 571 до 132 804 відвідувань за рік. У розрахунку на одного жителя області кількість відвідувань закладу обласного рівня практично не змінилася: 0,050 – у 2010 році; 0,049 – у 2019 році.

Одночасно питома вага первинних відвідувань від усієї кількості відвідувань до стоматологів і зубних лікарів також повторювала тенденції зростання – з 32,7% до 37,0%, зокрема, дітей віком 0-17 років – з 5,1% до 7,5%.

У 2010 році лікарями закладу оглянуто в порядку планової санації усього 16 270 осіб, з них потребували санації 4 101 особа, або, 25,2% від оглянутих, сановані – 1 892 пацієнти, або 46,1% осіб, які потребували санації, що вказало на низький рівень задоволення потреб пацієнтів у проведенні лікувально-профілактичних заходів.

У 2019 році всього сановані в порядку планової санації і за зверненнями 22 841 особа; більш детальні офіційні статистичні дані відсутні.

Співвідношення пролікованих зубів з приводу карієсу зубів до числа пролікованих зубів із ускладненим карієсом утримувалось упродовж періоду спостереження на високих цифрах з помірним зниженням – 5,0:1 – 4,6:1, що вказало на значну складову вторинної профілактики в роботі лікарів, насторогу щодо розвитку ускладненого карієсу та своєчасні заходи з його попередження.

Обсяги зубопротезування бюгельними протезами були низькими і станом на 2019 рік зменшилися з 2,7% до 1,7% від загальної кількості знімних протезів.

Знизилось число одиниць протезування протезами з металокераміки – 309 од. у 2010 році, 240 од. у 2019 р.; дентальні імплантати для зубопротезування взагалі не використовувались, що можна пояснити зверненнями пацієнтів до приватних закладів, які надають стоматологічну допомогу за більш сучасними технологіями.

Кількість видалених зубів в амбулаторних умовах хоча незначно, але збільшилася – з 11 883 до 11 949, або на 0,6%, або видалення зубів здійснювалося кожному десятому відвідувачу – жителю області – як у 2010 році, так і в 2019 році, при тому, що населення області, якому надається стоматологічна допомога в даному закладі обласного рівня, зменшилося з 2769,1 тис. осіб у 2010 році до 2675,6 осіб у 2019 році, або на 3,5%. Це свідчить опосередковано про поглиблення погіршення стоматологічного здоров’я населення області, яке зверталося до даного закладу.

Як і в Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради, у структурі причин видалення зубів у 2019 році перше місце займав ускладнений карієс – 88,4% (10 565 зубів), друге – хвороби пародонту 11,2% (1 341 зуб), за ортодонтичними показаннями видалено 0,4% (54 зуба) (рис. 5.5).

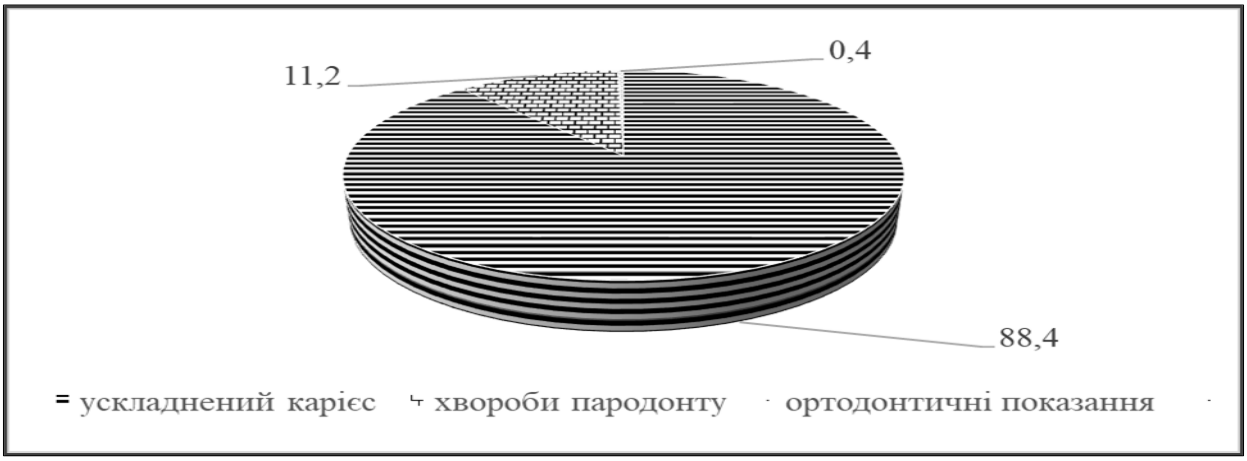

Рис. 5.5. Структура причин видалення зубів у пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 2019 р. (у відсотках)

При помірному зменшенні кількості амбулаторних відвідувань до стоматологів і зубних лікарів (на 5,8%) кількість амбулаторних стоматологічних операцій значно зросла – на 18,5% (з 1954 до 2316). Це також опосередковано підтверджує погіршення стану стоматологічного здоров'я населення, коли терапевтична допомога виявляється неефективною. Структура утручань у 2019 році включала гострі запальні процеси – 774, або 33,4%, пухлини та пухлиноподібні утворення – 498, або 21,5%, інші – 569, або 45,1%.

Методами простежування та ідентифікації результатів процесу, як вимагають стандарти на системи управління якістю, в КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради визначена також експертна ретроспективна оцінка медичних карт стоматологічних хворих, що в черговий раз підтверджує закономірності підходів до виконання вимог стандарту в усіх досліджуваних закладах не шляхом моніторингу, а шляхом традиційних усталених методів.

Фактичні показники результативності процесу надання стоматологічної допомоги в цьому закладі упродовж 2016-2018 років, за даними використаних матеріалів дослідження, наступні:

- відсоток санованих осіб від тих, хто потребував санації, за даними профілактичних (планових) оглядів – 82,9 – 88,4% (плановий показник – 71-79,0%);
- співвідношення вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до кількості зубів з ускладненим карієсом – 2,55:1 – 2,96:1 (плановий показник – 3:1-2,5:1);
- відсоток пульпитів, вилікуваних під анестезією, за одне відвідування – 43,1 – 49,8% (плановий показник – 35,0 – 20,0%);
- відсоток періодонтитів, вилікуваних за одне відвідування – 35,4-47,9% (плановий показник – 35,0 – 20,0%);
- питома вага виготовлених зубних протезів за сучасними технологіями в числі усіх виготовлених протезів – 42,9 – 43,2% (плановий показник – 25,0 – 30,0%);
- питома вага виготовлених бюгельних зубних протезів від усіх знімних протезів – 23,2 % – 15,5% (плановий показник – не визначений).

Значне перевиконання планових показників за більшістю позицій свідчить про їх необґрунтованість на етапі планування, невикористання даних популяційного здоров’я щодо потреб населення, що в свою чергу потребує епідеміологічних досліджень на рівні регіону.

За даними фф. № 20 за 2010 – 2019 роки, обсяги стоматологічної допомоги у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради, на відміну від інших досліджуваних закладів, зросли в абсолютних цифрах – з 123 516 до 133 426 відвідувань за рік, а у відсотковому значенні – на 8,0%.

Питома вага первинних відвідувань від усієї кількості відвідувань до стоматологів і зубних лікарів зменшилася – з 42,7% до 38,2%, але залишалася вищою, ніж в інших досліджуваних закладах.

У 2010 році лікарями закладу оглянуто в порядку планової санації усього 29 667 осіб, з них потребували санації 20 743 особи, або 69,9% від оглянутих, сановані – 16 635 пацієнтів, або 80,2% осіб, які потребували санації, що вказало

на достатньо високий рівень задоволення потреб пацієнтів у проведенні лікувально-профілактичних заходів. Разом з тим, неохопленими залишилися близько четвертої частини пацієнтів з проблемою в здоров'ї порожнини рота.

У 2019 році усього сановані в порядку планової санації і за зверненнями 35 460 осіб; у порядку планової санації оглянуто 28 802 особи; 23 889 осіб потребували санації, або 82,9% осіб; сановано 21 121 осіб, або 88,4%. Звертає на себе увагу, що потреба в санації зростає, незважаючи на зростання обсягу санованих, що вказує на немедичну складову проблеми погіршення стану здоров'я зубів населення або низьку якість санації та профілактичних заходів.

Співвідношення пролікованих зубів з приводу карієсу зубів до числа пролікованих зубів із ускладненим карієсом утримувалось упродовж періоду спостереження на високих цифрах з помірним зниженням – 3,9:1 – 3,3:1, що є найнижчим серед досліджуваних закладів у 2019 році і вказує на найгірший стан стоматологічного здоров'я населення області серед населення інших досліджуваних регіонів.

Обсяги зубопротезування бюгельними протезами були достатньо високими, але станом на 2019 рік зменшилися з 18,2% до 15,4% від загальної кількості знімних протезів.

Число одиниць протезування з металокераміки зросло з 1012 до 1855, дентальні імплантати для зубопротезування використовувались у кількості 164 в 2010 році, 163 – в 2019 році.

Кількість видалених зубів в амбулаторних умовах збільшилася з 24 215 до 25 228, або на 4,2%, при зменшенні чисельності населення області, якому надається стоматологічна допомога в даному закладі обласного рівня, з 1109,7 тис. осіб у 2010 році до 1005,7 тис. осіб у 2019 році, або на 10,3%. Це підтвердило опосередковано поглиблення погіршення стоматологічного здоров'я населення даної області, яке отримувало медичну допомогу на базі обласного стоматологічного закладу, як і інших областей, де проводилося дослідження.

Розрахунки також показали, що видалення зубів здійснювалося кожному п’ятому відвідувачу як у 2010 році, так і в 2019 році, що підтверджує попередній висновок.

При зростанні чисельності амбулаторних відвідувань до стоматологів і зубних лікарів на 8,0% у даному закладі зросла й кількість амбулаторних стоматологічних операцій – на 14,9% (з 2876 до 3305), що в черговий раз опосередковано підтвердило погіршення стану стоматологічного здоров’я населення, тому лікарі вимушені застосовувати хірургічні, тобто, більш радикальні методи утручань.

Загалом, показники результативності, визначені для експертної оцінки, а по суті, для моніторингу й вимірювань, уособлюють показники традиційної статистичної звітності, які механічно перенесені в контекст індикаторів якості стоматологічної допомоги для формального підтвердження виконання вимог стандарту на системи управління якістю. Частина критеріїв певною мірою віддзеркалює результати в інтересах пацієнта (кількість відвідувань на одну встановлену пломбу; відсоток випадків ускладненого карієсу, вилікуваного за одне відвідування до лікаря-стоматолога-терапевта; кількість відвідувань на одну санацію), а саме, економію витрат його часу на отримання стоматологічної допомоги. Критерії щодо встановлених пломб і зубних протезів, виготовлених із сучасних матеріалів, мають значення для якості реставрації й тривалості терміну використання зазначених матеріалів, однак їх кількісні значення не обґрунтовані, сучасні матеріали не деталізовані.

Збереження власності замовника – пацієнтів, відповідно до вимог п. 8.5.3 стандарту на системи управління якістю, забезпечується нерозголошенням особових даних пацієнта, стану його здоров’я, встановленого діагнозу, відповідно до законодавства України, що зазначено в статуті кожного закладу та «Настанові з якості». Кожна процедура відбувається за умови надання пацієнтом інформованої згоди на медичне втручання за встановленою формою, яка долучається до медичної карти стоматологічного хворого. Інформація про пацієнта (медичні документи, електронні реєстри) зберігається в недоступному

для відвідувачів та інших пацієнтів місці. Установчими документами закладу гарантується дотримання порядку надання інформації щодо пацієнта, що відповідає як вимогам стандарту на системи управління якістю, так і вимогами стандартів акредитації.

Згідно з вимогами п. 8.5.4 «Збереження», в закладах забезпечується збереження в належних умовах ортопедичних конструкцій, зубних протезів та інших виробів після їх виготовлення до передачі в користування пацієнту, а також належне зберігання медичного й немедичного обладнання, меблів, конструкцій, товарів і продуктів, отриманих зовні, що регламентовано посадовими інструкціями працівників та засвідчено відповідними документами з перевірки їх стану з урахуванням терміну придатності.

Небезпечні відходи, які утворюються під час лікувально-діагностичного процесу, зберігаються та утилізуються за безпечних і контрольованих умов, що регулюється в межах програми ПІК, яка функціонує в кожному закладі, як зазначалося в розділі 4 дисертації.

По завершенні процесу надання стоматологічної допомоги пацієнтам надаються рекомендації щодо профілактики стоматологічних захворювань, догляду за порожниною рота, ортопедичними конструкціями, протезами; призначаються, за потреби, профілактичні огляди та відвідування. Ці свідчення підтверджені записами в медичних картах стоматологічного хворого в кожному з досліджуваних закладів, що являють собою, на мові стандарту на системи управління якістю, діяльність після постачання, відповідно до пп. 8.5.5 «Діяльність після постачання» та 8.6 «Випуск продукції та послуг». Лише за необхідності (за запитами) інформація передається у інші заклади спеціалізованої та/або первинної медичної допомоги на паперових та /або електронних носіях. Виключенням є виписка з медичної карти стаціонарного хворого пацієнта, яка надається кожному пацієнту після завершення лікування в стаціонарних умовах.

На виконання п. 8.7 «Контроль невідповідних виходів» стандарту на системи управління якістю, в Обласному стоматологічному медичному

об’єднанні Житомирської обласної ради встановлено, що за 2010-2019 роки летальних випадків у стаціонарі не спостерігалося, як і ускладнень при трансфузіях компонентів і препаратів крові та кровозамінних рідин. Щороку виявлялися та реєструвалося за встановленою формою поодинокі випадки побічних дій лікарських засобів. Післяопераційних гнійно-септичних ускладнень не зареєстровано. Обмаль невідповідностей, особливо інфекційних ускладнень, викликає сумніви стосовно їх достовірності, оскільки загалом в Україні, за даними Центру громадського здоров’я (2019), факти свідчать про неповну реєстрацію таких реалізованих небезпек.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) щороку реєструвалося від 18 до 36 випадків побічних дій лікарських засобів. Клінічні прояви характеризувалися слабкістю, запамороченням, утрудненням дихання, підвищенням артеріального тиску тощо. Причинами таких випадків найчастіше були знеболювальні препарати.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради за період 2015-2019 років зареєстровано 16 випадків побічних дій лікарських засобів під час використання знеболювальних препаратів. Зазначені випадки реєструвалося за встановленою формою, з інформуванням департаменту/управління охороною здоров’я області. Усі пацієнти отримали невідкладну медичну допомогу з відновленням клінічного стану.

Проведений аналіз управління реальною клінічною практикою в досліджуваних закладах охорони здоров’я та отримані результати дозволили надати оцінку систем управління якістю за позиціями 8.1-8.7 стандарту на системи управління якістю за методикою, представленою в розділі 2 дисертаційної роботи за п’ятибальною шкалою (рис. 5.6).

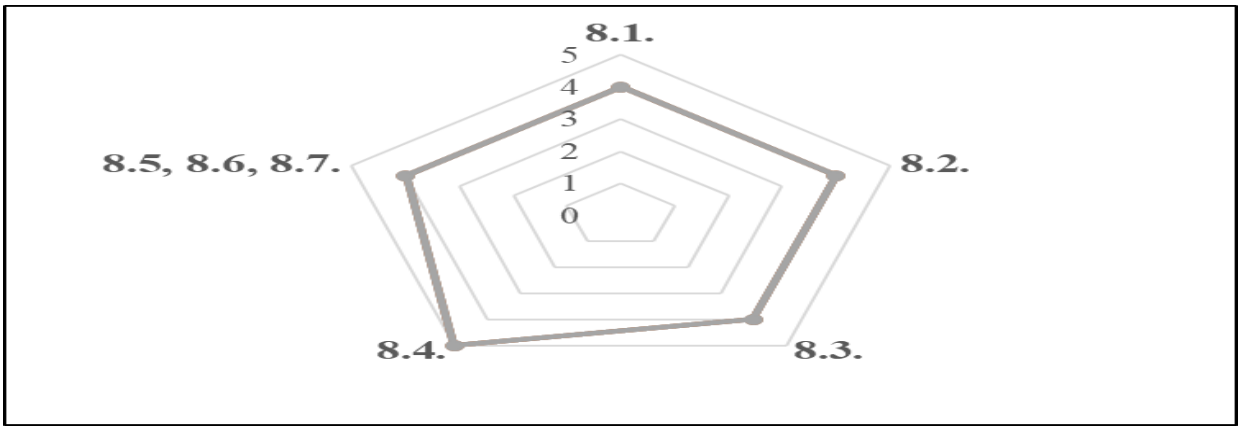

Рис. 5.6. Оцінка відповідності та рівень розвитку систем управління якістю стоматологічної допомоги у досліджуваних закладах за вимогами п. 8 «Виробництво» ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» за п’ятибальною шкалою

Висновки до розділу 5

1. Виявлено, що надання стоматологічної допомоги на оперативному рівні управління здійснюється відповідно до запланованих заходів на персональному рівні з використанням галузевих стандартів стоматологічної допомоги, що втратили свою актуальність. Цим підтверджено лише часткову відповідність діяльності в сфері надання стоматологічних послуг прийнятим стратегічним напрямам «Політики в сфері якості» кожного з досліджуваних закладів та нормативно-правовим вимогам, зокрема, стандартам акредитації закладів охорони здоров’я та ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики щодо надання пацієнтам якісної стоматологічної допомоги на основі принципів доказової медицини.

2. Показано, що методами контролю планування й виконання лікувально-діагностичного процесу обрано метод ретроспективної експертної оцінки завідувачами структурних підрозділів, який по суті підміняє верифікацію процесу як оцінку його відповідності запланованим заходам. Експертна оцінка проводиться з використанням надмірної кількості індикаторів, що характеризують переважно обсяги надання стоматологічної допомоги та

інтенсивність використання ресурсів. Не використовуються клінічні індикатори якості. Експертна оцінка безпекових складових процесу стоматологічної допомоги обмежена й торкається виявлення лікопов'язаних проблем та якості ведення записів у медичній документації.

3. Показано, що покладання обов'язків проводити експертну оцінку якості на керівників структурних підрозділів відповідає вимогам стандартів акредитації. Цим підтримується фрагментарність процесу надання стоматологічної допомоги, оскільки процес обмежується рамками структурного підрозділу, та нівелюються вимоги стандарту на системи управління якістю до процесного підходу як найбільш ефективного методу управління діяльністю. Не використовується нозологічний підхід при управлінні процесом стоматологічної допомоги, що засвідчує його низьку пацієнт-орієнтованість як складову якості.

4. Оцінка результатів діяльності закладів засвідчила зменшення обсягів надання стоматологічної допомоги населенню за 2010-2019 роки Обласним стоматологічним медичним об'єднанням Житомирської обласної ради на 30,8% та КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – на 5,8% при зростанні у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради на 8,0%. Одночасно зросла питома вага первинних відвідувань пацієнтів відповідно з 31,4% до 37,9% та з 32,7% до 37,0%; у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради цей показник зменшився з 42,7% до 38,2%, але залишався високим. Ці зрушення відтворювали структурні зміни у розподілі стоматологічної допомоги між закладами охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги обласного рівня за рахунок реформування галузі, погіршення здоров'я порожнини рота населення, зниження фінансової доступності послуг.

5. Виявлено, що показник пролікованих зубів з приводу карієсу до числа пролікованих зубів з приводу ускладненого карієсу в 2010-2019 роках складав по Обласному стоматологічному медичному об'єднанню Житомирської обласної ради 3,5:1 – 3,4:1; КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м.

Харків) – 5,0:1 – 4,6:1; КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради – 3,9:1 – 3,3:1, що засвідчило різний обсяг вторинної профілактики ускладненого карієсу та ступінь ураження ним пацієнтів відповідної області. Зменшились обсяги зубопротезування більш прогресивними знімними бюгельними протезами відповідно по закладам з 10,8% до 7,8%; з 2,7% до 1,7%; з 18,2% до 15,4%, що опосередковано підтвердило зниження фінансової доступності населення до стоматологічних послуг при погіршенні стану здоров'я порожнини рота.

6. З'ясовано, що упродовж періоду дослідження, при зменшенні населення кожної з областей, видалення зубів внаслідок глибоких деструктивних процесів у досліджуваних закладах здійснювалось стабільно кожному п'ятому пацієнту – жителю Житомирської та Чернігівської областей, та кожному десятому пацієнту – жителю Харківської області. Кількість амбулаторних стоматологічних хірургічних утручань зросла в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради на 2,5%, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – на 18,5%, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради – на 14,9%, що опосередковано підтвердило погіршення здоров'я порожнини рота, оскільки використовувались більш агресивні та травматичні методи лікування.

7. Виявлені недоліки засвідчили наявність резервів для поліпшення управління процесом надання стоматологічної допомоги в досліджуваних закладах. Однак підтверджені дані про погіршення здоров'я порожнини рота населення Житомирської, Харківської та Чернігівської областей – пацієнтів закладів спеціалізованої медичної допомоги обласного рівня – додатково вказали на необхідність удосконалення системи управління якістю стоматологічної допомоги не лише в межах закладів, але й на галузевому й державному рівнях.

Результати дослідження, представлені в Розділі 5, висвітлені в публікаціях автора [219, 220]

РОЗДІЛ 6

МОНІТОРИНГ, ОЦІНКА, АНАЛІЗ І УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ В СЕРТИФІКОВАНИХ СИСТЕМАХ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дослідження підсистеми зворотного зв’язку в системі управління якістю стоматологічної допомоги, складовими якої є моніторинг, оцінка та аналіз, а також заходів з поліпшення діяльності на вимоги розділів 9, 10 стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги», дозволило завершити оцінку систем управління якістю досліджуваних закладів стоматологічного профілю та виявити резерви удосконалення їх діяльності.

6.1. Моніторинг, вимірювання, оцінка та аналіз в сертифікованих системах управління якістю

Результатами дослідження встановлено, що в системі управління якістю кожного з досліджуваних закладів підсистема зворотного зв’язку функціонує переважно в межах нормативно-правових вимог, але з певними особливостями, що дозволяється стандартом. Разом з тим, як показали результати аналізу обраних матеріалів, виявлені особливості вимагають осучаснення й удосконалення, як на рівні галузевого регулювання, так і власне вищим керівництвом досліджуваних закладів охорони здоров’я.

Установлено, що вихідними умовами для побудови системи зворотного зв’язку слугували накази МОЗ України [221 – 224]. Відповідні накази керівників досліджуваних закладів за формою та змістом повторюють ці рішення вищого органу управління, в яких представлено мету, завдання й організаційну структуру підсистеми зворотного зв’язку за окремими напрямами роботи.

Так, загальні підходи до організації діяльності з моніторингу, оцінки, аналізу якості в кожному досліджуваному закладі містяться в наказах керівників про порядок контролю якості медичної допомоги, відповідних галузевому. Установлено, що окремі неточності й недоліки галузевого документу позначилися й на управлінських рішеннях керівників досліджуваних закладів.

Зокрема, в галузевому наказі якість медичної допомоги визначається як відповідність медичної допомоги та інших видів діяльності у закладах охорони здоров'я стандартам у сфері охорони здоров'я. Тобто, нормативно-правовий акт не оперує такими поняттями як складові, або компоненти якості (адекватність клінічному стану пацієнта, своєчасність, доказовість, неупередженість, клінічна результативність, економічна ефективність, безперервність, безпека, орієнтованість на пацієнта та інші), прийняті на міжнародному рівні вченням про якість медичної допомоги (Розділ 1 дисертації). Відсутні специфічні для охорони здоров'я визначення якості медичної допомоги як багатокомпонентної категорії і в ДСТУ ISO 9001:2015«Системи управління якістю. Вимоги». Але саме ці компоненти можуть бути покладені в основу формулювання критеріїв і індикаторів якості, за допомогою яких забезпечується функціонування системи зворотного зв'язку та загалом управління якістю в охороні здоров'я.

У наказах з функціонування системи зворотного зв'язку в досліджуваних закладах та документах, що підтверджують їх виконання, чітко простежується галузевий підхід з оцінки відповідності фактичної діяльності прийнятим регламентам, чим фактично здійснюється верифікація процесу, але не доводиться, що досягнуто критеріїв якості, очікуваної пацієнтом.

При перерахунку методів контролю якості в галузевому наказі допущені неточності, а саме, вказано, що контроль якості медичної допомоги здійснюється шляхом самооцінки медичних працівників. Насправді, один з методів контролю якості – це самооцінка власної роботи безпосередніми виконавцями, тобто, медичними працівниками в рамках самоменеджменту, що докорінно змінює об'єкт самооцінки: ним стає медична допомога або інша

діяльність, а не медичний працівник, як слідує з наказу по галузі. Неточним є також вираз щодо методу «моніторингу системи індикаторів якості», оскільки за сутністю методу здійснюється не моніторинг індикаторів, а моніторинг за індикаторами якості, з їх використанням як вказівників кількісних значень якості, і тоді можна встановити, наскільки фактична діяльність наближена до еталонної. Можливо, звичайно, моніторувати й систему індикаторів якості, але в даному абзаці галузевого наказу мова йде саме про методи контролю якості медичної допомоги, а не про моніторинг набору індикаторів.

Неоднозначно в галузевому наказі покладена відповідальність за внутрішній контроль якості медичної допомоги, оскільки вказано, що він здійснюється керівництвом та/або медичними радами закладів охорони здоров'я. Відомо, що рішення колегіальних органів носять рекомендаційний характер і подаються на розгляд керівництву. Тому відповідальність має покладатися на керівника, що й простежується в наказах по досліджуваним закладам. У стандарті на системи управління якістю також чітко підкреслена роль керівника як лідера, який очолює рух колективу до визначеної мети з досягнення прийнятого «Політикою в сфері якості» рівня якості.

Ще одним недоліком галузевого наказу слід визнати нечіткість змістовності методів контролю якості і об'єктів контролю, на які вони спрямовані. Зокрема, це призвело до плутанини в поняттях «моніторинг» і «експертна оцінка» в практичній діяльності досліджуваних закладів, що відображено в документах-записах про виконану роботу та локальних регуляторних актах, як показано в Розділах 4, 5 дисертаційної роботи. Стандартом на системи управління якістю передбачений моніторинг процесів, їх результатів і системи управління якістю. У той же час використання експертної думки в охороні здоров'я можливе, але за чітко встановленою процедурою, яка не простежується в документах систем управління якістю досліджуваних закладів.

Установлено, що на виконання галузевих наказів у кожному досліджуваному закладі з метою проведення внутрішнього контролю якості медичної допомоги створена медична рада, яку очолює керівник закладу.

Незважаючи на те, що галузевим наказом і стандартом на системи управління якістю передбачено широке залучення працівників до діяльності з управління якістю, в досліджуваних закладах фактично до складу медичних рад як колегіальних органів управління введені лише завідувачі клінічних відділень, головні медичні сестри та голови профспілкових комітетів. Зміни відбулися в 2019 році тільки в складі медичної ради Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, до якого було введено два лікаря-стоматолога, лікар-стоматолог-ортодонт і юрисконсульт.

Склад КІК, фармакотерапевтичних комісій також демонструє обмежене залучення працівників до роботи в цих колегіальних органах, що підтверджено відповідними наказами по закладам. Очолюють ці комісії заступники керівників закладів з медичних питань, а до їх складу входять керівники структурних (клінічних) підрозділів та головні медичні сестри.

Окремі позиції займає такий колегіальний орган, як група внутрішнього аудиту, оскільки він створений і задокументований лише в документах системи управління якістю за вимогами стандарту на системи управління якістю в кожному досліджуваному закладі, а в галузевих наказах [221; 222] мова йде лише про клінічний аудит. Різниця між внутрішнім і клінічним аудитом полягає в об’єктах контролю, на які він спрямований: клінічний аудит – на оцінку відповідності процесу медичної допомоги, а внутрішній аудит – на оцінку відповідності системи управління якістю та усіх її процесів і взаємозв’язків між ними.

Оскільки нормативно-правовими вимогами передбачена сертифікація систем управління якістю відповідно до вимог стандарту на системи управління якістю для отримання закладами вищої акредитаційної категорії, доцільно було б узгодити зміст згаданих наказів галузевого рівня й вимоги вищезазначеного

стандарту у відповідній частині, як і стандартів акредитації з вимогами того ж стандарту на системи управління якістю, про що вже йшла мова в Розділі 4 дисертації. Однак цього не відбулося, з чим, можливо, й пов'язана низька затребуваність внутрішнього аудиту в реальній практиці діяльності досліджуваних закладів охорони здоров'я, що буде доведено нижче.

Установлено, що, крім колегіальних органів, які представляють суб'єкти управління зворотним зв'язком з правом прийняття рішень рекомендаційного характеру, система внутрішнього контролю досліджуваних закладів містить ще суб'єкти внутрішнього контролю адміністративно-ієрархічного підпорядкування, за «вертикальними» рівнями контролю.

Так, у Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради відповідним наказом визначені п'ять «вертикальних» рівнів контролю якості: рівень лікаря («самоконтроль»); перший – рівень завідувача відділення; другий – рівень медичного директора; третій – рівень медичної ради; четвертий – рівень директора/керівника закладу (Рис. 6.1).

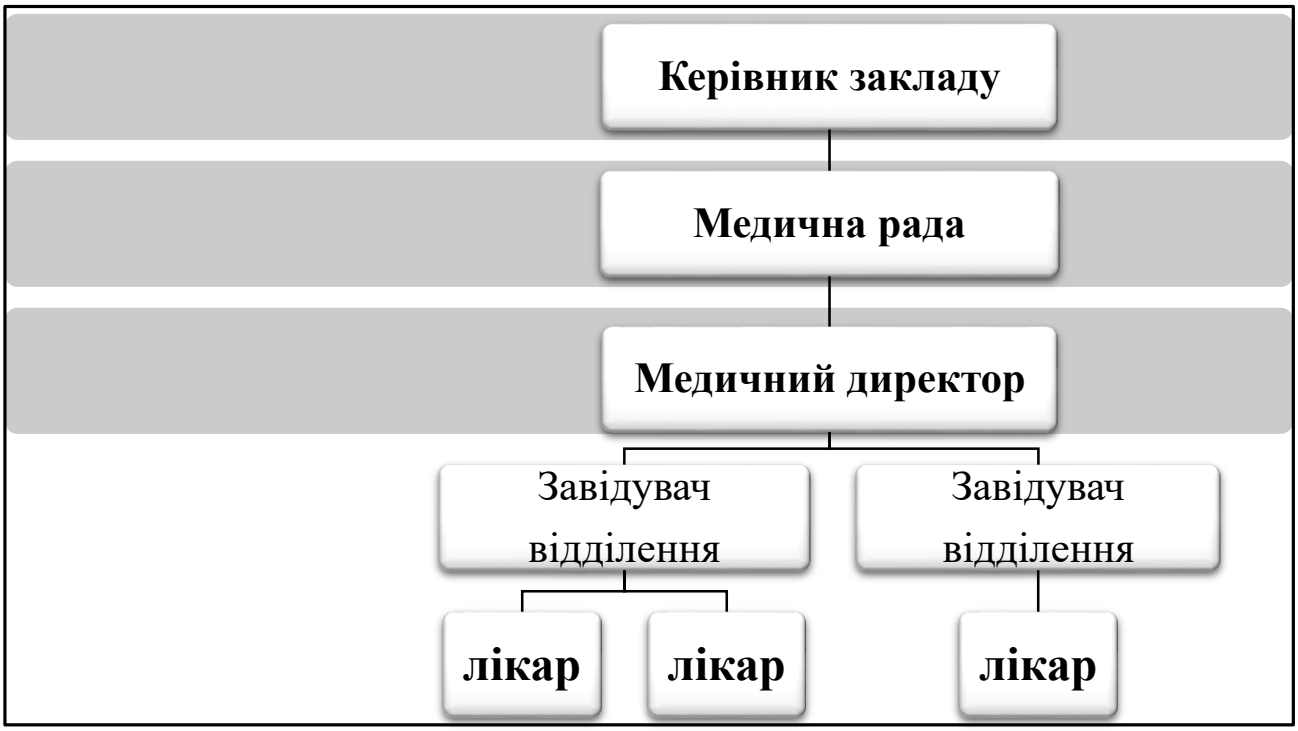

Рис. 6.1. Рівні контролю якості медичної допомоги в Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради

Зрозуміло, що рівні директора/керівника і медичної ради відрізняються лише за способом прийняття рішень – колегіально або адміністративним шляхом, але це один рівень управління в межах закладу – найвищий. Тому насправді число рівнів контролю слід визнати як чотири, а не п’ять.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) суб’єктами адміністративного контролю визначені представник з якості (медичний директор), завідувачі структурних підрозділів та працівники, які очолюють певні напрямки роботи (головна медична сестра, провідний інженер з метрології, старший інспектор з кадрів та інші). Керівник закладу, який взяв на себе зобов’язання очолювати систему управління якістю та забезпечувати її функціонування, не зарахований до суб’єктів контролю. Необхідність самоконтролю на рівні лікаря – безпосереднього надавача стоматологічної допомоги – також ігнорується (Рис. 6.2).

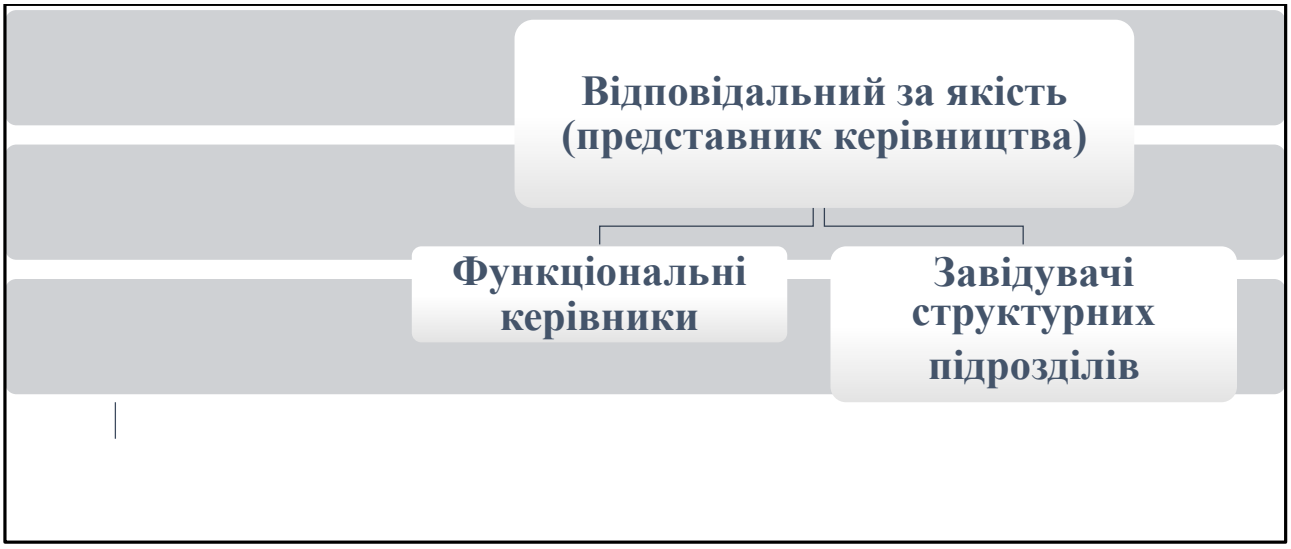

Рис. 6.2. Рівні контролю якості медичної допомоги у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради рівні контролю якості в адміністративно-ієрархічній системі нагадують такі в Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради, хоча представлені трохи по-іншому: перший рівень – самоконтроль якості лікарем; другий – завідувачем відділення; третій – медичним директором; четвертий – медичною радою та іншими комісійними органами; п’ятий рівень – генеральним директором (керівником закладу) та представником з якості (він же – медичний директор); шостий рівень контролю – пацієнтами (Рис. 6.3).

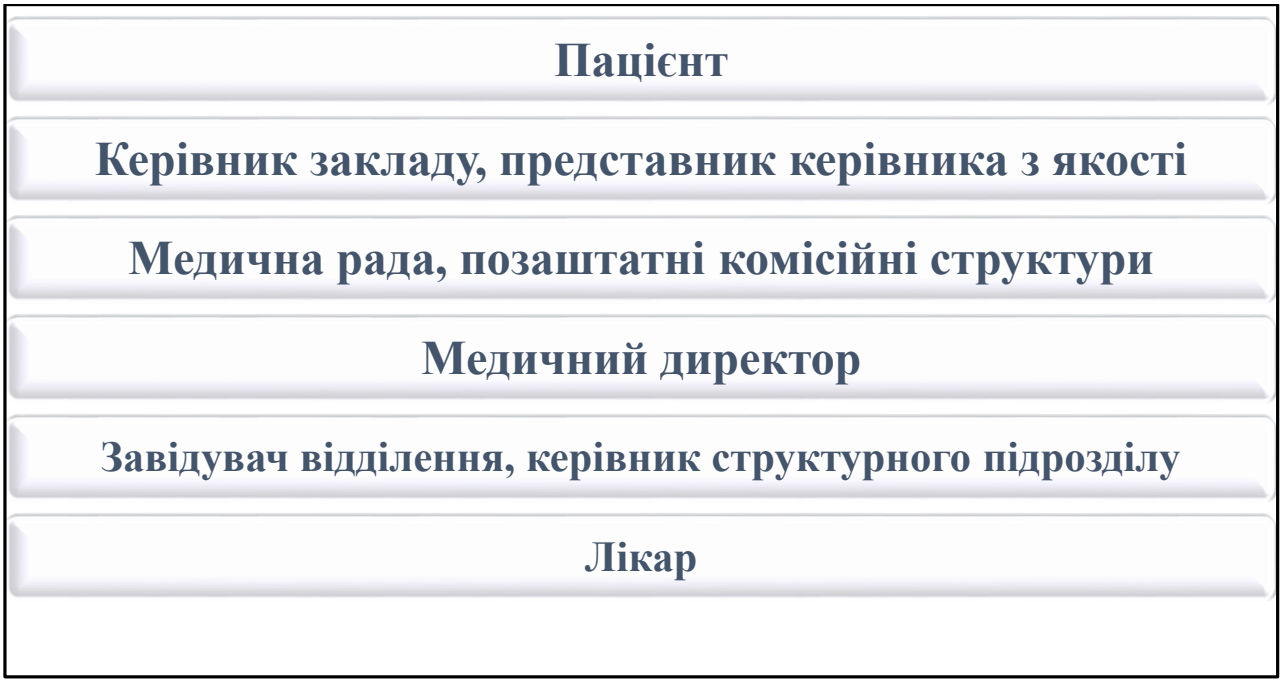

Рис. 6.3. Рівні контролю якості медичної допомоги у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради

З такого розподілу рівнів суб’єктів контролю якості видно, що недоліки організаційної структури закладів, обумовлені дисбалансом між адміністративно-ієрархічним підходом, підкріпленим нормативно-правовими документами, зокрема, стандартами акредитації, і процесним підходом за вимогами стандарту на системи управління якістю до побудови систем

управління якістю, призвели до плутанини не тільки при візуалізації й розумінні організаційної структури системи управління закладом в цілому, але й, зокрема, системи зворотного зв'язку, яка має визначальний вплив на керованість системи управління якістю, якість її функціонування та визначення перспектив розвитку.

Пацієнт не може бути виокремлений як рівень внутрішнього контролю в закладі охорони здоров'я, оскільки він є зовнішнім споживачем медичної допомоги/послуги. Медична рада, як вже вище зазначалося, займає один управлінський рівень із керівником закладу, але відрізняється способом прийняття управлінських рішень і своїми повноваженнями в системі. Комісійні позаштатні структури знаходяться під «патронатом» представника керівництва з якості, яким, як правило, є медичний директор. Тому, в підсумку, за адміністративною ієрархією, в закладах може бути не більше чотирьох рівнів контролю якості.

Засідання медичної ради в кожному закладі, на яку нормативними вимогами покладені функції контролю якості, проводяться щоквартально, що засвідчено відповідними протоколами. Під час засідань здійснюється аналіз інформації переважно щодо виявлених дефектів при наданні стоматологічної допомоги, з урахуванням результатів діяльності позаштатних комісійних структур та відгуків (звернень) пацієнтів. Недостатньо уваги приділяється плануванню й координації заходів із забезпечення якості, зокрема, в частині зворотного зв'язку, що характерно для кожного закладу. Протокольні рішення носять формальний характер, обмежені вузьким колом питань, переважно щодо дефектів стоматологічної допомоги, містять недостатньо інформації для розгляду керівництвом з метою поліпшення якості.

У досліджуваних закладах, як свідчать обрані матеріали, заходи з виконання контрольних функцій відбуваються за різними формами, а їх кратність коливається від щотижневих (оперативні наради на рівні завідувача, медичного директора, керівника закладу), щомісячних (верифікація медичних карт хворих завідувачами відділень, яку в наказах по закладам називають

експертною оцінкою), щоквартальних (засідання медичної ради, комісійних органів) до щорічних (моніторинг засобів вимірювальної техніки, аналіз діяльності закладу).

У загальному підсумку слід констатувати, що підсистема зворотного зв'язку в кожному досліджуваному закладі існує і має багаторівневу адміністративно-ієрархічну структуру, частина елементів якої не мають обґрунтування за призначенням, або введені до складу з порушенням службової ієрархії, або має місце їх дефіцит, з включенням елементів «горизонтального» управління – комісійних позаштатних структур, з обмеженим залученням до управління якістю лікарів та інших працівників у складі цих структур, та нечітко визначеними взаємодіями й комунікаціями між «вертикальним» і «горизонтальним» рівнями контролю якості.

Вимоги стандарту на системи управління якістю передбачають, що об'єктами моніторингу, вимірювань, оцінки та аналізу в сертифікованих системах управління якістю мають бути обрані:

- визначені цілі системи управління якістю та закладу в цілому (п. 6.2.1 (e) стандарту);
- основні й допоміжні процеси системи управління якістю (п. 4.4.1 (c) стандарту);
- результати діяльності на всіх етапах виготовлення продукції/надання послуги (пп. 8.2.1 (c); 8.3.2 (c); 8.3.4 (c), (d); 8.4.2 (d) 8.4.3 (e); 8.5.1 (c), (f); 8.6 стандарту);
- задоволеність споживачів (п. 9.1.2 стандарту);
- система якості (п. 9.1.2 стандарту).

Планування й оцінка результатів діяльності на всіх етапах виготовлення продукції/надання послуги як основного процесу представлена у Розділах 4, 5 дисертації.

Відповідно до вимог п. 9.1.2 стандарту, кожна установа/організація повинна проводити моніторинг даних, що стосуються сприйняття споживачами

ступеня задоволення їх потреб та очікувань; для цього треба визначити методи отримання, моніторингу й аналізу цих даних.

За матеріалами дослідження встановлено, що в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради з метою визначення задоволеності пацієнтів одержаною стоматологічною допомогою передбачено анонімне анкетування. Розроблена анкета соціологічного опитування, наведена в «Настанові з якості». Структура анкети представлена демографічними даними, блоком запитань стосовно задоволеності стоматологічною допомогою, отриманою упродовж останнього року (відношенням персоналу, санітарно-гігієнічними умовами), її доступністю (медикаментів, досліджень, протезуванням, лікуванням в стаціонарі), а також можливістю для пацієнта висловити побажання щодо її покращення. Тобто, анкетними запитаннями передбачено обмежений перелік компонентів якості, задоволеність якими можна визначити у пацієнтів. Урахування таких критеріїв якості стоматологічної допомоги, як безпека, ефективність, орієнтованість на пацієнта, своєчасність, справедливість, результативність, доступність є відправною точкою для визначення оцінки пацієнтами якості медичної допомоги та медичного обслуговування. Як показує порівняння з анкетними запитаннями, не всі включені критерії дозволять визначити задоволеність пацієнта складовими якості стоматологічної допомоги, а отже, інформація від пацієнтів для управлінського аналізу буде неповною.

Фактично ж свідчень результатів проведених опитувань пацієнтів під час збору матеріалів дослідження по даному закладу не отримано. У той же час проведення моніторингу задоволеності споживачів якістю надання стоматологічних послуг за різними напрямками стоматологічної допомоги визначено одним із стратегічних завдань, засвідчених Політикою в сфері якості.

Виявлено, що існують інші способи взаємодії з пацієнтами зазначеного закладу. Можливість для пацієнтів надати відгуки щодо його роботи представлена на сторінці каталогу закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю Житомирської області [225], в каталозі медичних закладів micto.ua

[226], у електронній довідковій службі м. Житомира [227]. Є телефон гарячої лінії для пацієнтів на сайті [228]. Власного сайту у цьому закладі немає.

Виявлено, що з 17 відгуків пацієнтів на сторінці каталогу закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю дев'ять – негативні з причин незадоволеності організацією стоматологічної допомоги, один – станом приміщень закладу, оскільки вони вимагають ремонту.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) задоволеність пацієнта визначається шляхом анонімного анкетного опитування за розробленою методикою раз на рік. Анкета містить запитання щодо ставлення персоналу до пацієнта (реєстратора, лікаря), передбачає оцінку пацієнтом взаємовідносин в колективі закладу, оцінку зовнішнього вигляду персоналу, пропозиції щодо покращення роботи. Отже, простежується аналогічний підхід до розробки анкетних опитувальників, як і в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради, а саме, з неповним переліком запитань, що стосуються переважно етико-деонтологічних моментів, а не за можливими компонентами якості для виявлення задоволеності пацієнта різними аспектами одержаної стоматологічної допомоги.

Відповіді на запитання анкети передбачають оцінку за бальною шкалою. Так, у 2019 році було проведено опитування 200 пацієнтів. Оцінка відповідей респондентів представлена наступним чином: від 58,5% до 80,0% учасників опитування надали відповіді на різні позиції (запитання) анкети на 5 балів, від 13,0% до 27,0% – 4 бали, від 2,5% до 7,0% – 3 бали, від 1,0% до 1,5,% – у 2 бали, в один бал – до 2,0% респондентів.

Тобто, підрахунки оцінки задоволеності пацієнтів здійснюються не шляхом визначення середнього балу, а у відсотках респондентів, які надали оцінку за певною кількістю балів, що свідчить про відсутність переходу в даному закладі до сучасних методів обробки статистичної інформації на основі бальних оцінок.

«Настановою з якості» даного закладу передбачено отримувати інформацію щодо задоволеності пацієнтів через форум на сайті закладу, усне

опитування під час надання і по завершенні стоматологічних процедур, шляхом опитувань пацієнтів по телефону (після завершення лікування), шляхом аналізу регіональної преси представником з якості.

За даними матеріалів офіційного вебсайту [229], з 56 відгуків пацієнтів 19, або 33,9% – негативні. Вони стосуються різних складових якості стоматологічної допомоги, а саме, ускладнень внаслідок анестезії, механічного травмування (перелом щелепи, підвивих сусіднього з патологією зуба, запалення м’яких тканини після лікування зубів), неочікуваного (негативного) результату лікування, короткого терміну утримування пломби після лікування, дефектів при пломбуванні зубів, а також високої вартості лікування, нечемної поведінки персоналу, проблем з телефонним зв’язком.

Зареєстровані у закладі дані по зверненням громадян засвідчили, що у 2015 році їх надійшло – 397, у 2016 – 132, з них 6 скарг, у 2017 – 63, з них скарг – 8, у 2018 – 67, з них п’ять скарг, у 2019 – 35, з них три скарги.

Незважаючи на те, що кількість звернень постійно зменшувалася, слід зазначити, що скарги реєструються щороку, а це відображає крайній ступінь незадоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою та взаємодією з даним закладом охорони здоров’я.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради використовують різні способи взаємодії з пацієнтами з метою встановити задоволеність отриманими стоматологічними послугами. Акцент уваги зміщений на претензії щодо якості надаваних послуг. З цією метою розглядаються звернення громадян за методикою, відповідно до законодавства України. За даними реєстрації, упродовж 2010-2019 років з приводу незадоволеності з питань, які мають відношення до різних складових якості стоматологічної допомоги (неякісне протезування; висока вартість послуг; відшкодування сплати за неякісну послугу; некоректна поведінка працівників та інші) надійшло до управління охороною здоров’я Чернігівської ОДА та директора КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради 110 звернень громадян (у 2010 році – шість, у 2011

році – п’ять, у 2012 році – сім, у 2013 році – 20, у 2014 році – п’ять, у 2015 році – 12, у 2016 році – 13, у 2017 році – 12, у 2018 році – 20, у 2019 році – 10).

Анонімне анкетування практично не застосовується у закладі; натомість громадяни можуть звернутися особисто із запитаннями та пропозиціями до керівництва закладу електронною поштою, через сторінку офіційного вебсайту або мережі Facebook. За даними записів на останній, 1 458 осіб підтвердили високий рівень якості медичного обслуговування, а 1 748 людей стежать за роботою закладу (https://www.facebook.com/oblstomat.cn/; дата звернення 09.12.2021). Однак рубрика «Форум» для обговорення пацієнтами їх досвіду спілкування з даним закладом відсутня.

Опитування працівників щодо їх задоволеності професійною діяльністю в досліджуваних закладах не проводяться, що вказує на недостатню увагу керівництва до такої інформаційної складової кадрового забезпечення, яка характеризує емоційне відношення безпосередніх надавачів стоматологічної допомоги до їх роботи та може бути використана для мотивації персоналу.

Розділ 9.2 стандарту зобов'язує проводити аудит системи якості, тобто усіх її процесів у взаємодії, оскільки вони є структурними елементами системи.

Установлено, що такий метод зворотного зв’язку як внутрішній аудит не знайшов свого активного використання в досліджуваних закладах як надійний інструмент оцінки відповідності процесів і системи в цілому, а також як засіб поліпшення координації в системі, інформаційно-аналітичних процесів та здійснення консультативних, захисних і прогностичних функцій. За наявності чіткої методики внутрішніх аудитів у кожному закладі, фактичну організацію їх проведення слід вважати недосконалою.

Так, ознайомлення з річним графіком та змістом програм аудитів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) показало, що внутрішній аудит носить переважно формальний характер, оскільки програма аудиту за обсягом була занадто перевантаженою. Обсяг одного аудиту, що в 2019 році відбувався щомісяця у визначених графіком структурних підрозділах, містив перевірку виконання ряду вимог: наказів МОЗ України (яких саме, в програмі

не вказано), локальних протоколів стоматологічної допомоги (за якою нозологією, не визначено), посадових інструкцій працівників відділення, методик, передбачених стандартом на системи управління якістю (в кількості шести одиниць). Враховуючи, що аудит проводився силами лише двох аудиторів – керівника групи та власне аудитора – слід визнати, що для отримання якісних даних за такою насиченою програмою одного аудиту не вистачало часових і людських ресурсів. Висновки про формальне проведення внутрішнього аудиту підкріплені й результатами перевірок, за якими практично ні в одному структурному підрозділі не виявлено невідповідностей.

Використовувався внутрішній аудит і в КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради. За результатами внутрішніх перевірок виникла необхідність у проведенні позапланових аудитів, що підтвердило зацікавленість і увагу керівництва до результатів даного методу контролю. Предметом перевірки одного аудиту за програмою були декілька питань з актуальних проблем (дотримання вимог інфекційного контролю, ведення медичної документації; впровадження нових методик лікування і т. і.). Така програма аудиту вимагає ретельної перевірки визначених важливих питань, тому її також, як і в КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), слід вважати перевантаженою з ризиками формального підходу до проведення й достовірності отриманих даних аудиту.

Загалом, прийнята методика проведення внутрішніх аудитів у досліджуваних закладах демонструвала відсутність процесно-орієнтованого підходу, оскільки перевірками охоплювались структурні підрозділи, а не процеси, а велика кількість питань, які підлягали одному епізоду аудиту в межах однієї програми, заздалегідь ставали ризиками якості таких аудитів.

Важливо, що проведення внутрішніх аудитів не включено в щорічні плани діяльності досліджуваних закладів, чим підтверджується його загалом низька популярність як методу інформаційного забезпечення керівників щодо якості стоматологічної допомоги та інших видів діяльності. На підставі фрагментарних, поверхневих, обмежених даних аудиту скласти судження щодо

відповідності системи управління якістю вимогам стандарту в досліджуваних закладах неможливо.

Головним недоліком при впровадженні й використанні внутрішніх аудитів слід вважати те, що об’єктом внутрішніх аудитів не слугувала система управління якістю, тобто темами і завданнями внутрішнього аудиту не планувались управлінські дії з планування діяльності в сфері якості, її організацій й координації, моніторингу, оцінки й поліпшення на всіх рівнях управління закладом. Усі недоліки підтримки функціонування системи управління якістю, представлені в Розділах 4-6 дисертації, слугують підставою для такого висновку.

Дослідженням стану виконання п. 9.3 стандарту «Аналізування системи управління» встановлено, що в закладах регулярно відбувається аналіз керівництвом результатів діяльності з встановленою періодичністю, як вже вище зазначалось, як на оперативному (щотижня, щомісяця, щоквартально), так і на тактичному рівні (щороку) за даними звітів лінійних керівників (завідувачів відділень) та осіб, які очолюють окремі напрями роботи.

Управлінський аналіз спирається на традиційні підходи до використання переважно даних: офіційної статистичної звітності та показників дефектів (скарги громадян, дефіцит обладнання, погіршення стану інфраструктурних елементів), потреб в закупівлях медикаментів і медичних виробів, необхідності реагування на законодавчі вимоги. Використання звітності по ідентифікованим процесам не практикується, оскільки процесний підхід, як з’ясовано на попередніх етапах дослідження, не набув свого розвитку після формального впровадження системи управління якістю. Діяльність закладів відбувається на основі усталених норм і правил та, відповідно, звітності про її результати.

У Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради оцінці й аналізу, відображеними у звітах, підлягають кваліфікаційний рівень лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, матеріально-технічна база, стан медичного обладнання, охорона праці, техніка безпеки, впровадження нових технологій, закупівля нового обладнання,

санітарно-освітня робота. Кожен об’єкт аналізу відстежується за кількісними та/або якісними характеристиками, однак не кожна з цих характеристик представлена як критерій якості при описові допоміжних процесів.

Завідувачами відділень оцінці й аналізу піддаються дотримання стандартів інфекційного контролю, вимог трудової дисципліни, правил етики і деонтології, охорони праці й техніки безпеки, а також кадрові питання: навчання працівників, планування відпусток, періодичність і своєчасність проходження профілактичних медичних оглядів, санітарно-просвітницька робота.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), окрім стоматологічної допомоги, об’єктами оцінки і аналізу визначені: виконання нормативних вимог за різними аспектами діяльності закладу; медико-статистичні показники роботи закладу за формами державної статистичної звітності; показники стану стоматологічного здоров’я населення області; достовірність обліку статистичних матеріалів; здоров’я працівників та заходи з його підтримки (страхування на випадок інфікування ВІЛ/СНІД, профілактичні медичні огляди, умови праці); своєчасність виплат заробітної плати; кваліфікаційний рівень працівників; робота з лікарями-інтернами; впровадження інновацій; санітарно-протиепідемічний режим (дезінфекція, стерилізація медичних виробів, профілактика заражень ВІЛ-інфекцією, гігієнічна та хірургічна обробка рук персоналу); метрологічне забезпечення, стан інфраструктурних компонентів, санітарно-освітня робота.

У даному закладі об’єкти оцінки й аналізу диференційовані наступним чином:

- структурні (матеріально-технічне забезпечення відповідно до табеля оснащення; укомплектованість медичними кадрами; виконання планів підвищення кваліфікації; забезпечення засобами медичного призначення для надання невідкладної допомоги; наявність у кожному структурному підрозділі локальних протоколів стоматологічної допомоги);

- процесні (індикатори основного процесу – надання стоматологічної допомоги представлено у Розділі 5 дисертаційної роботи);

- результативні (задоволеність пацієнтів та відсутність обґрунтованих скарг населення).

У інших закладах зазначений підхід до структурування об’єктів оцінки й аналізу, рекомендованого галузевими нормативно-правовими документами й світовою теорією менеджменту якості, не використовується.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради об’єкти оцінки й аналізу аналогічні таким у інших закладах, це – медична (стоматологічна) допомога, кваліфікаційний рівень персоналу, план організаційно-методичних та лікувально-профілактичних заходів (переважно повторне вивчення нормативних документів), підготовка лікарів-інтернів, впровадження нових методик лікування стоматологічних захворювань, стан медичного обладнання, умови праці й мотивація працівників, інформаційний обмін між пацієнтами та персоналом, між працівниками та зовнішніми зацікавленими сторонами, інфекційна безпека, охорона праці і техніка безпеки, протипожежна безпека, звернення/скарги пацієнтів та їх представників, поведінка і зовнішній вигляд медичних працівників, дотримання етичних і деонтологічних вимог, наявність лікарських засобів та медичних виробів, стан реалізації/виконання управлінських рішень, задоволеність пацієнтів медичною допомогою, дефекти в діяльності, скарги пацієнтів, взаємодія і координація структурних підрозділів, використання медичного обладнання, безпека лікарських засобів, ведення медичної документації.

Як видно з визначених закладами об’єктів оцінки й аналізу, вони співвідносяться з основним і допоміжними процесами, але використовуються поза контекстом процесного підходу. Розроблені регламенти процесів як складові системи управління якістю не затребувані як топ-менеджерами, так і лінійними керівниками, керівниками позаштатних організаційних структур і безпосередніми виконавцями. Тим самим не використовуються можливості

стандартизації діяльності, що підвищило б її ефективність, керованість і здатність до покращення результатів.

Задокументована інформація, що засвідчує результати оцінки й аналізу представлених об’єктів, також різна, в залежності від закладу, найбільш повно, як вже вище зазначалося, вона представлена в щоквартальних/щорічних звітах керівників структурних підрозділів та картах експертної оцінки первинних медичних документів пацієнтів, де фіксуються результати порівняльного аналізу, з визначенням показників відповідності у відсотках та/або якісних показників із застосуванням статистичних методів.

Подальший аналіз системи зворотного зв’язку в досліджуваних закладах привернув увагу до проведення контролю якості не лише основного й допоміжних процесів, але й якості діяльності працівників: завідувача відділення, лікаря, середнього персоналу з медичною освітою за критеріями: відвідування науково-практичних конференцій; наявність упроваджень нових методик лікування та діагностики; повнота і правильність заповнення обліково-звітних форм; відсутність порушень вимог правил інфекційної безпеки; участь у регіональних асоціаціях лікарів-стоматологів тощо.

У Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради додатково до вище зазначених відстежується відсутність порушень працівниками правил етики та деонтології (за зверненнями пацієнтів); у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – дотримання правил і норм з охорони праці, техніки безпеки, технічної експлуатації медичного обладнання; у КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради – своєчасність подання лікарями звітів про результати власної роботи.

Такі підходи слід розглядати як спроби керівників досліджуваних закладів створити набір ключових індикаторів ефективності (KPI - Key Performance Indicator) працівників та здійснювати їх моніторинг. Однак у жодному закладі перелік зазначених критеріїв не охоплював участі працівника в усіх процесах, де він є або має бути співвиконавцем. Зокрема, ні в одному

закладі не відслідковується в основному – лікувально-діагностичному процесі – як критерій якості роботи власне лікаря результати його роботи для пацієнта, дотримання стандартів і протоколів та ефективності використання ресурсів. Не враховуються залучення лікарів та медичного персоналу з медичною освітою до процесів управління якістю (участь у робочих групах з розробки локальних медико-технологічних документів, групах внутрішнього аудиту, інших позаштатних структурах), інформаційного забезпечення (своєчасності підготовки та подання інформації за схемами руху (оповіщення), та інших.

Вхідну інформацію для аналізу слід вважати неповною за обсягом, оскільки використовується обмежений перелік потенційних ризиків, як зазначено в Розділі 4 дисертації. Акцент на попередженні ризиків є однією з ключових відмінностей у вимогах актуальної версії стандарту на системи управління якістю, і сутність його полягає в необхідності «вбудовувати» потенційні ризики в ідентифіковані процеси при плануванні останніх. Дії з управління процесами мають, таким чином, включати й дії з попередження реалізації ризиків, або зведення їх проявів до мінімуму.

У досліджуваних закладах не ідентифіковані, а отже, не враховуються ризики відсутності лікувально-діагностичних технологій на принципах доказової медицини; організаційні ризики, пов’язані з використанням адміністративно-ієрархічного підходу в управлінні якістю, недосконалістю планування діяльності, зовнішніх і внутрішніх взаємодій, розробки блоку критеріїв і індикаторів якості; обмеженим залученням працівників до управління якістю, використанням технологій пасивного засвоєння ними знань з питань якості стоматологічної допомоги та інші.

Вихідна інформація формується на основі порівняльного аналізу досягнутих результатів поточного року й попереднього. Керівники не володіють достатнім обсягом даних, які б висвітлювали ступінь досягнення якості медичної (стоматологічної) допомоги за критеріями, прийнятими у світовому менеджменті якості. Існує «провал» в оцінці ефективності системи і процесів надання стоматологічної допомоги, оскільки за відсутності

використання доказових технологій неможливо оптимально спланувати та використовувати ресурси. Тому аналіз якості медичної допомоги відокремлений від аналізу діяльності закладу й готується як самостійний документ для чергового (наглядового) аудиту системи управління якістю зовнішніми аудиторами.

Отже, за результатами дослідження, система управління якістю не стала повноцінною складовою або домінуючою в системі управління закладом, не сприяла переформатуванню менеджменту на якісне виконання функцій, а залишилась формально впровадженою.

Узагальнені дані з реальної практики менеджменту якості в частині моніторингу, оцінки та аналізу в сертифікованих системах управління якістю досліджуваних закладів представлені в табл. 6.1.

6.2. Поліпшення діяльності в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги

Розділ 10 стандарту на системи управління якістю висуває вимоги до організацій поліпшувати якість продукції і послуги не лише для задоволення поточних потреб замовника, але й враховувати майбутні його потреби та очікування. Діяльність з поліпшення передбачає також коригувальні дії щодо потенційних або таких, що трапились, невідповідностей, та поліпшування дієвості й результативності системи управління якістю.

Тобто, для закладів охорони здоров’я, що надають стоматологічну допомогу, це означає необхідність здійснювати покращення в системі, процесах, результатах діяльності, щоб досягти задоволеності пацієнта та навіть перевершити його очікування, а також в разі виникнення потенційних або реалізованих невідповідностей (дефектів) проводити коригувальні дії з їх усунення.

Установлено, що в кожному досліджуваному закладі спрямованість до поліпшення задекларована в «Політиці в сфері якості», відповідно проводиться

діяльність з поліпшення та коригування потенційних і реалізованих невідповідностей. Дослідження проводилося в напрямку уточнення ступеня глибини й обсягу поліпшень об'єктів, які йому підлягають.

Таблиця 6.1

Узагальнені дані з моніторингу, оцінки та аналізу в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги досліджуваних закладів

№ з/п	**Суб'єкти та об'єкти управління зворотнім зв'язком в системі управління якістю стоматологічної допомоги**	**Функціональне навантаження в реальній практиці**
1	**2**	**3**
1	Медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень)	Експертна ретроспективна оцінка якості як постійний метод контролю із заданою періодичністю і значним обсягом даних, що піддаються оцінці
2	Керівник закладу, медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); інформаційно-аналітичний відділ	Формування набору критеріїв і індикаторів якості на основі узагальнених даних офіційної статистичної звітності
4	Медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); інформаційно-аналітичний відділ	Використання обмеженого набору ключових індикаторів ефективності (KPI) для оцінки роботи працівників
5	Групи внутрішнього аудиту; інформаційно-аналітичний відділ	Формальне проведення і формальне використання результатів внутрішнього аудиту як інструменту інформаційного забезпечення керівника
6	Медична рада	Функціонує раз на квартал; розглядаються переважно дефекти стоматологічної допомоги та результати роботи позаштатних управлінських структур. Діяльність з планування, моніторингу та оцінки якості обмежена
7	Медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); інформаційно-аналітичний відділ	Офіційні вебсайти закладів охорони здоров'я як засоби зовнішніх комунікацій використовуються обмежено. Опитування працівників

		щодо задоволеності працею не проводяться
8	Керівник закладу, медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); інформаційно-аналітичний відділ	Схеми внутрішньої і зовнішньої взаємодії представляють односторонній рух інформації, відображають лише ієрархічне підпорядкування підрозділів, не містять механізмів взаємодії
		продовження табл. 6.1
1	**2**	**3**
9	Керівник закладу, медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень)	Навчання персоналу з питань моніторингу й оцінки якості стоматологічної допомоги, участі працівників у процесах зворотного зв'язку обмежене за тематикою навчань, зокрема, не містять питань з обміну досвідом, носять пасивний характер

Планування діяльності з поліпшення представлено в «Настанові з якості» та відповідних методиках, а підтвердження виконання планів – у записах (звітах, аналітичних довідках, даних державних закупівель тощо). Однак, як вже вище зазначалося, зміст отриманих даних часто віддзеркалює реальну картину діяльності закладу, невідповідну задекларованим вимогам стандарту.

Констатовано, що в усіх закладах відбуваються щороку зміни, які призводять до певного поліпшення діяльності у відповідь на зовнішні впливи чи внутрішні потреби. Переважно це зміни, що відбуваються пасивним шляхом, тобто, внаслідок рішень вищих органів управління, а не керівництва досліджуваних закладів.

Так, аналіз змін у нормативно-правових вимогах, наказах і розпорядженнях вищих органів управління регіонального рівня розглядаються на оперативних нарадах у керівників і покладаються в основу прийняття рішень щодо внесення змін у роботу. Фактично такі зміни спрямовані на приведення у відповідність поточної діяльності впливу зовнішніх чинників, реагування на які носить обов'язковий характер.

Так, упродовж періоду дослідження заклади були залучені до процесів реформування сфери охорони здоров’я, коли фактично зупинила своє існування стоматологічна допомога в умовах первинної медичної допомоги, що позначилося на системі взаємовідносин закладів спеціалізованої стоматологічної допомоги обласного й районного рівнів. Активний розвиток приватного сектору стоматологічної допомоги наклав свій відбиток на цінову політику, контингенти пацієнтів та обсяги надання стоматологічної допомоги в закладах, що фінансуються за бюджетні кошти, у т. ч., в тих, де проводилося дослідження. У той же час обмежене бюджетне фінансування негативно вплинуло на доступність пацієнтів до безкоштовної стоматологічної допомоги, у т. ч. пільговим контингентам, для певної частини яких законодавством також обмежено надання безкоштовної стоматологічної допомоги.

Внутрішні процеси, що відбуваються в закладах, призводять до змін по мірі виконання повсякденної роботи. База даних медико-статистичної інформації, яка формується на основі записів у первинних медичних документах, оновлюється щомісяця за результатами обробки «Медичних карт стоматологічного хворого» і «Медичних карт стаціонарних хворих», піддається аналізу керівництвом закладів і покладається в основу прийняття управлінських рішень з поліпшення результатів лікувально-діагностичної роботи шляхом коригування невідповідностей, що засвідчено у щорічних звітах керівництва. Оновлюються щороку локальні формуляри лікарських засобів на основі державного формуляру, база знань лікарів і молодшого персоналу з медичною освітою за рахунок навчання в системі безперервного професійного розвитку.

Виявлено, що на основі оновлення знань, навичок і компетентностей та моніторингу наукової і маркетингової інформації в процес надання стоматологічної допомоги в досліджуваних закладах за 2010-2019 роки впроваджені нові матеріали та окремі технології: пломбувальні матеріали для кореневих каналів «Endocort» (Latus) для лікування ускладненого карієсу; набір суспензій на основі гідроокису кальцію «Кальцесепт» для обробки та пломбування кореневих каналів постійних зубів; універсальний

фотополімерний композит «SDI-Wave» з високим виділенням фтору для герметизації фісур; паста гідроксидкальцієва «Calcisole-C» для тимчасового пломбування кореневих каналів; остеопластичні матеріали «Кліптдент - КЛ»; засіб для дезінфекції кореневих каналів «Endohex»; світлотвердіючий склоіономірний пломбувальний цемент «Glassionomer LC»; цемент резорцин-формаліновий «Resodont» для пломбування кореневих каналів; світлотвердіюча однокомпонентна фторомісна прокладка «Jen-Line LCF»; антипародонтитний профілактичний гель «Abigel»; гемостатичні губки «Альванес» і «Jelatemp»; застосування діодного лазеру в ендодонтії; виготовлення зубних протезів після гемісекції коренів; застосування композитних зубів у знімному протезуванні та інші.

Представленим переліком інноваційні впровадження за кількістю незначні, тобто, здійснюються переважно в частині застосування нових матеріалів і препаратів для лікування глибокого ураження зубів (цементів, герметиків, лікарських засобів). Новітні профілактичні технології, які домінують у технологіях на принципах доказової медицини, за даними матеріалів дослідження, впроваджуються обмежено, що можна пояснити неповним обсягом знань лікарів та, як наслідок, дефіциту їх використання, що доведено вище.

У досліджуваних закладах періодично оновлюється медичне обладнання. Так, за 2016-2020 роки, за даними звітів про публічні закупівлі, Обласним стоматологічним медичним об’єднанням Житомирської обласної ради придбано: інтраоральний рентгенівський апарат Fona XDC; монітор пацієнта uVEC10; електрокардіограф багатоканальний; п’ять стоматологічних установок; крісло стоматологічне; стоматологічний радіовізіограф, сумісний з рентгенівською системою FONA X70; ультразвуковий сканер Woodpecker USD-L; камеру для зберігання стерильних інструментів «МОБІЛ+»; два бактеріцидних опромінювача; три стерилізатори повітряних; світильник операційний; піч для випалу металокераміки; стоматологічні та вузькоспеціалізовані інструменти та прилади; автоклав стоматологічний;

аквадистилятор електричний; медичні меблі; пральну машину, компресор стоматологічний.

КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) закуплено: чотири стоматологічні установки; сенсор цифровий інтраоральний; апарат рентгенівський MY RAY RX DC; стерилізатор паровий; стоматологічні та вузькоспеціалізовані інструменти та прилади.

КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради придбано: дві стоматологічні установки; піскоструйний апарат «Бейсик ЕКО», піч «Термодент прес ТП02» (без помпи); стоматологічні та вузькоспеціалізовані інструменти та прилади; опромінювач бактерицидний; холодильник, слиновідсмоктувачі.

Як зазначалося в Розділі 4, незважаючи на оновлення матеріально-технічної бази, частина обладнання в досліджуваних закладах залишається застарілою та недостатньою для повної відповідності табелю матеріального оснащення для стоматологічних кабінетів, а звідси, й для повної реалізації медичними працівниками своїх професійних компетенцій та підвищення, тим самим, якості стоматологічної допомоги пацієнтам.

Аналітичними матеріалами вищого керівництва закладів підтверджено періодичне оновлення інфраструктури та середовища, де відбувається діяльність, шляхом проведення будівельних і ремонтних робіт, заміни застарілих компонентів новими. Однак проблема якісного стану інфраструктурних компонентів залишається вирішеною частково. Слід також вказати, що ці процеси відбуваються без чіткого планування як власне поліпшення, так і його періодичності та обсягу на рівні вищого керівництва, оскільки потреба фіксується не в щорічному плані роботи, а за результатами розгляду питання на оперативній нараді або за поданням керівника структурного підрозділу.

Незважаючи на те, що механізмами поліпшення задоволеності споживача послуг, дієвості та результативності системи управління якістю стандартом на системи управління якістю визначені коригувальні дії стосовно потенційних

та/або реальних невідповідностей в системі та/або її процесах і результатів діяльності, тобто дефектів, обрані механізми реалізуються у першу чергу на рівні останніх та на рівні окремих процесів.

У кожному закладі задокументовані окремі методики проведення коригувальних дій як управління невідповідностями, де зазначено, що при виявленні будь-яких невідповідностей при моніторуванні об’єктів моніторингу і аналізу суб’єктами моніторингу проводяться коригувальні дії за результатами реєстрації невідповідностей у структурному підрозділі, де вони трапилися. При неможливості проведення коригувальних дій за місцем, де відбулася невідповідність, питання виноситься на рівень суб’єкту управління, вищого за статусом, та /або на розгляд колегіального органу управління. Методиками передбачається проведення коригувальних дій перш за все відносно невідповідностей у пріоритетних об’єктах моніторингу і аналізу.

У Обласному стоматологічному медичному об’єднанні Житомирської обласної ради до таких невідповідностей, що потребують першочергових коригувальних дій, віднесено: помилкова ідентифікація пацієнтів; порушення клінічних маршрутів пацієнта; недотримання діючих протоколів надання стоматологічної допомоги; недостатній обсяг або відсутність рекомендацій з подальшого лікування при виписці хворого із стаціонару; порушення послідовності виконання зуботехнічних робіт на різних етапах зубопротезування.

Пріоритетними об’єктами коригувальних дій визнані також невідповідності в допоміжних процесах: при закупівлі лікарських засобів, стоматологічних матеріалів та медичних виробів; зберіганні документів; використанні медичного та технічного обладнання; забезпеченні належних санітарних умов; виконанні функціональних обов’язків персоналу.

Тобто, пріоритетними об’єктами моніторингу визначені невідповідності в процесах, замість діяльності щодо недопущення невідповідностей, запобігання їх виникненню.

Невідповідності реєструються у первинній медичній та/або немедичній документації. У журналах оперативних нарад лінійних керівників (завідувачів відділень, керівників структурних підрозділів), протоколах засідань позаштатних комісійних структур, медичної ради, експертних груп, що створюються для розгляду дефектів медичної допомоги, у т. ч. скарг пацієнтів у терміни, встановлені законодавством України, реєструються обговорення невідповідностей, аналіз їх причин, розгляд пропозицій з усунення невідповідностей та перевірки результатів у встановлені терміни уповноваженими особами з повторним заслуховуванням результатів коригувальних дій.

Упродовж періоду дослідження за результатами аналізу зазначених документів виявлено, що коригувальні дії проводилися стосовно наступних невідповідностей у допоміжних процесах: незадовільний стан медичного обладнання, внаслідок чого частина його була оновлена через закупівлі; відсутність протипожежної сигналізації, яка була встановлена протягом місяця з дня обговорення на оперативній нараді у керівника закладу; аварійний стан даху 4-го поверху будівлі закладу, що призводило до затікання вологи в палати для стаціонарного лікування, частковий ремонт був проведений у літній період; значний обсяг витрат внаслідок декількох точок обліку споживання газу, змістом коригувальних дій було замовлення виготовлення проєктної документації та обладнання єдиного вузла обліку газу та інші.

У КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) пріоритетною увагою для проведення коригувальних дій визначені невідповідності в таких об’єктах моніторингу і аналізу, як стоматологічна послуга, витрати на стоматологічну послугу, скарги пацієнтів. Звертається увага на вартість усунення невідповідностей з позиції доцільності проведення коригувальних дій; враховується співвідношення наслідків невідповідностей і обсягу та витрат на коригувальні дії. Основним методом виявлення невідповідностей є встановлення відхилень фактичних результатів від запланованих.

Реєстрація та аналіз невідповідностей покладені на керівників структурних підрозділів, де трапилися невідповідності, з розглядом їх на вищих рівнях управління за неможливості усунення в межах структурного підрозділу. План коригувальних дій з термінами виконання та призначеною відповідальною особою складається керівником структурного підрозділу й узгоджується з заступником керівника закладу за відповідним напрямом діяльності. Останнім проводиться контроль за виконанням плану.

Прикладами невідповідностей у лікувально-діагностичному процесі у аналітичних звітах керівництва цього закладу упродовж 2010-2019 років є поступове зниження обсягу надаваних послуг за рахунок зменшення числа відвідувань, що за результатами аналізу розцінене як зменшення фінансової доступності населення до стоматологічної допомоги. У 2019 році запланований обсяг відвідувань не виконаний ні в терапевтичному, ні в хірургічному відділеннях. Значимо погіршилися показники діяльності ортопедичного відділення та зуботехнічної лабораторії, як за обсягами відвідувань, які знизилися на 54,0%, так і за кількістю виготовленої продукції – зубних протезів. Аналізом невідповідностей встановлено, що причинами погіршення діяльності є оснащення відділення та лабораторії морально і технічно застарілим обладнанням. Це не спрямовує пацієнтів на користування цими послугами у даному закладі. За результатами закупівель, наведеними вище, видно, що це питання усунення невідповідностей не було вирішено. Тим самим не виконується напрям «Політики в сфері якості» щодо підвищення доступності високоспеціалізованої стоматологічної допомоги до населення шляхом розвитку високотехнологічних медичних послуг, впровадження нового обладнання.

На усунення невідповідностей у допоміжних процесах упродовж 2015-2019 років у закладі проведено: встановлення нових радіаторів опалення, пластикових вікон та вхідних дверей; часткову заміну каналізаційних труб; ремонтні роботи приміщень (кабінетів, коридорів, господарчих відділень);

закуплені та встановлені стенди з планами евакуації на випадок виникнення пожежі або надзвичайної ситуації.

У методиці управління невідповідностями КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради чітко зазначено про відповідальність кожного працівника за виявлення і реєстрацію невідповідностей на робочому місці за результатами діяльності чи в процесах та процедурах, де він приймає участь, а також оповіщення представника адміністрації про ідентифіковану невідповідність. За результатами оповіщення відповідальною особою проводиться аналіз невідповідностей та виявлення їх причин, приймаються рішення з проведення коригувальних дій і здійснюється контроль за їх виконанням.

У даному закладі особливо ретельно проводиться оцінка якості роботи лікарів завідувачами відділень, за результатами якої здійснюється їх інформування про виявлені невідповідності, проводяться роз’яснювальні бесіди з попередження повторного виникнення невідповідностей та сумісний аналіз – завідувача і лікаря – причин невідповідностей з розробкою плану заходів з усунення та контролем за виконанням. Формально план коригувальних дій вноситься у листок коригувальних дій і додається до документації процесу, в якому виявлена невідповідність.

Коригувальні дії проводяться і за результатами внутрішніх аудитів. Оскільки обсяги аудитів були завеликими для ретельної оцінки відповідності процесів, виявлені невідповідності торкалися переважно незадовільного ведення медичної документації (неповне відображення обсягу проведених заходів, нерозбірливі записи і т. і.).

З особами, причетними до скарг громадян на якість стоматологічної допомоги, проводяться роз’яснювальні бесіди, аналізуються причини на засіданнях робочих груп, створених цільовим призначенням для розгляду даної скарги, та трудових колективів відділень, де трапилася невідповідність, що привела до скарги. За необхідності приймаються адміністративні рішення щодо винесення догани або скерування працівника на додаткове навчання. Скарги

розглядаються у встановлені терміни, відповідно до вимог законодавства України, з наданням письмових відповідей заявникам.

Аналіз невідповідностей, в залежності від їх значимості, розглядається на різних рівнях управління закладом, у т. ч., на засіданнях колегіальних органів (експертних комісій, медичної ради).

У кожному досліджуваному закладі в разі виявлення невідповідностей та інцидентів в основному процесі – наданні стоматологічної допомоги – проводиться колегіальне експертне критичне аналізування даного випадку.

У всіх закладах такі невідповідності, як випадки побічних дій лікарських засобів, реєструються у встановленому порядку, аналізуються в структурних підрозділах, де трапилися, та надаються повідомлення про ці випадки за формою № 137/о до інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики регіонального департаменту/управління охороною здоров’я.

За період 2010-2019 років у досліджуваних закладах не зареєстровано таких невідповідностей, як випадки виробничого травматизму серед працівників та травмування чи інших пошкоджень пацієнтів під час їх перебування в закладі.

У той же час у досліджуваних закладах слід визнати значимими невідповідностями відсутність практики вакцинопрофілактики захворюваності на парентеральні гепатити та грип у медичних працівників, що є важливою складовою інфекційної безпеки для співробітників, які безпосередньо надають стоматологічну допомогу.

За даними матеріалів організації навчання медичних працівників та іншого персоналу безпосередньо на робочих місцях з різних питань за відповідними напрямами діяльності встановлено, що воно відбувається шляхом використання традиційних форм з передачею знань усним або письмовим способом, візуалізацією матеріалів безпосередньо під час занять в аудиторії або дистанційно. Не впроваджені сучасні форми інтерактивного навчання з демонстрацією навичок і послідовності виконання процедур у процесах, не використовуються можливості застосування методів контролю діяльності як

інструментів для навчання та удосконалення знань і компетенцій. Такі невідповідності слід вважати значимими, оскільки від знань, навичок та компетенцій працівників у першу чергу залежить якість результату стоматологічної допомоги, а залучення працівників до поліпшення діяльності на постійній основі може привести, за даними світового досвіду менеджменту якості, до суттєвого покращення якості роботи усього закладу.

Управлінські рішення (накази) з організації діяльності в системі управління якістю періодично (раз на рік/раз на 2 роки) оновлюються, а саме, наказами вносяться зміни до складу медичної ради та позаштатних комісійних структур, відповідно до кадрових змін у закладі та обсягу їх роботи, та до посадових інструкцій працівників. Однак обсяг змін незначний, оскільки нормативна база, що регулює функції та організацію роботи медичної ради й робочих груп, застаріла, а посадові інструкції типові з формальними характеристиками кваліфікаційних вимог і компетенцій працівників. Ними не передбачено залучення працівників до управління якістю та безперервного її покращення. У той же час відсутня власна ініціатива керівників для подолання усталених підходів за часів адміністративно-ієрархічного управління, коли будь-яке управлінське рішення приймалось на основі рішення вищого рівня управління, без урахування особливостей функціонування та потреб зацікавлених сторін даного закладу.

До інноваційних технологій слід віднести впровадження та застосування закладами сучасних цифрових технологій обміну зовнішньою і внутрішньою інформацією. Слід зазначити, що програмне забезпечення торкається бухгалтерського і кадрового обліку, й запроваджено централізованим методом, тобто, знову ж таки на вимогу вищих органів управління. Сучасне медичне обладнання дозволяє отримувати й передавати в межах закладів та поза ними діагностичні зображення, інформацію до/від вищих органів управління, партнерів і пацієнтів. У той же час постійного обміну інформацією між працівниками з метою поширення ідей, навичок, технологій, покращення взаємодії не підтверджено доступними цільовими матеріалами дослідження.

Порівняльний аналіз поточних планів діяльності на 2010-2019 роки показав, що об’єкти моніторингу і аналізу, визначені у закладах, з часом піддавалися поліпшенню, але переважно як відгук на зовнішні вимоги. Системного планування діяльності з поліпшення за усіма процесами та їх взаємозв’язками не простежено, періодичні, циклічні дії з поліпшення не проводилися, а здійснювалися фрагментарно. У зв’язку з акцентом проведення коригувальних дій як відповіді на невідповідності, що вже відбулися, поліпшення здійснювалося переважно в оперативному порядку.

Тим самим стратегічне завдання «Політики в сфері якості» стосовно освоєння та впровадження в практику роботи сучасних новітніх технологій та досягнення конкурентної переваги в наданні медичних послуг населенню, задекларoване кожним досліджуваним закладом, слід вважати виконаним частково.

Загалом, результати надання стоматологічної допомоги за період дослідження об’єктивно свідчать, що заклади реалізують свій достатній висококваліфікований кадровий ресурс та інші ресурси для забезпечення потреб населення у стоматологічній допомозі. За більшістю планових показників, незважаючи на не завжди методично правильний підхід до їх визначення, досягнуто реальних відповідних результатів, як зазначено в Розділі 5 дисертації. Дотримуються упереджувальні технології лікування зубів з проявами раннього карієсу одночасно з лікуванням зубів із ускладненим карієсом. Чисельність скарг пацієнтів/їх представників, що надходили до закладів упродовж 2010-2019 років, зменшилася. Заклади демонструють свою готовність до зменшення наслідків побічних дій лікарських засобів. У профільному стаціонарі Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради за період дослідження не спостерігалося летальних випадків, ускладнень при трансфузіях компонентів і препаратів крові та кровозамінних рідин. Тобто, наслідками функціонування систем управління якістю закладів підтверджено досягнення позитивних результатів для здоров’я

населення, своєчасності стоматологічної допомоги та забезпечення безпеки пацієнтів.

Зменшення обсягу відвідувань та навантаження на лікаря-стоматолога, що свідчать про зменшення доступності стоматологічної допомоги до пацієнта, обумовлено зовнішніми об’єктивними чинниками – реформуванням первинної медичної допомоги з виключенням з неї стоматологічної допомоги, зменшенням фінансування останньої для більшості дорослого населення на рівні галузі за програмою медичних гарантій.

Разом з тим за багатьма складовими запроваджені системи управління якістю в досліджуваних закладах можуть бути й надалі удосконалені, для чого необхідні: більш високий рівень знань і компетентностей їхніх керівників з питань вмілого й цілеспрямованого використання стандарту як інструменту управління; розробка надійного методичного забезпечення не лише впровадження, але й підтримки функціонування системи; відповідне за обсягом і якістю її забезпечення матеріально-технічними, технологічними і фінансовими ресурсами; необхідність достатньої теоретичної і практичної підготовки безпосередніх виконавців.

З огляду на стан здоров’я порожнини рота населення та з урахуванням впливу зовнішніх чинників на функціонування систем управління якістю, напрямок посилення підтримки функціонування цих систем має бути підкріплений змінами в інших механізмах управління якістю.

Оцінка реальної практики менеджменту якості з оцінювання дієвості та поліпшення в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги за вимогами п. 9, 10 стандарту на системи управління якістю досліджуваних закладів за п’ятибальною шкалою представлені на рис. 6.4.

Рис. 6.4. Оцінка відповідності та рівні розвитку систем управління якістю стоматологічної допомоги досліджуваних закладів за вимогами п. 9 «Оцінювання ефективності» та п. 10 «Поліпшування» ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» за п'ятибальною шкалою

Узагальнені результати оцінки відповідності та рівнів розвитку системи управління якістю стоматологічної допомоги досліджуваних закладів за пп. 4-10 стандарту на системи управління якістю за п'ятибальною шкалою представлені на рис. 6.5.

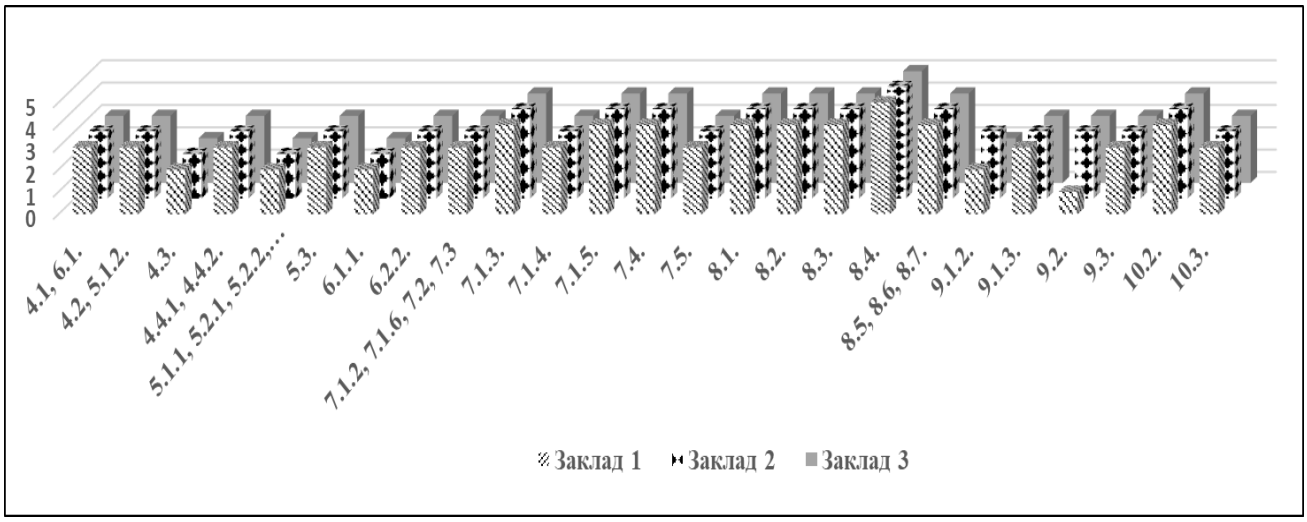

Рис. 6.5. Оцінка відповідності та рівні розвитку систем управління якістю стоматологічної допомоги досліджуваних закладів за пп. 4-10 ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» за п’ятибальною шкалою

*Примітка:

Заклад 1 - Обласне стоматологічне медичне об’єднання Житомирської обласної ради

Заклад 2 - КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)

Заклад 3 - КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної Ради.

Висновки до розділу 6

1. Установлено, що в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги розроблені, відповідно до нормативних вимог і вимог стандарту на системи управління якістю, нові організаційні технології зворотного зв’язку: моніторинг, оцінка якості, внутрішній аудит, опитування пацієнтів, коригувальні дії з метою усунення невідповідностей.

2. Виявлено, що зазначені технології не інтегровані повною мірою в практику оперативно-тактичного управління закладами охорони здоров’я: внутрішні аудити використовуються формально, не спрямовані на оцінку процесів і системи управління якістю; зворотній зв’язок із зацікавленими сторонами обмежений за джерелами отримання і змістовністю інформації; аналіз діяльності не містить даних про досягнення якості стоматологічної допомоги за її критеріями та якості менеджменту досліджуваних закладів.

3. Показано, що суперечливість нормативно-правових вимог, стандартів акредитації та вимог стандарту на системи управління якістю в частині організаційної структури закладів охорони здоров’я обумовила, зокрема, хибні організаційні структури зворотного зв’язку, громіздкі за побудовою та нелогічні за змістом. Має місце обмежений внесок медичної ради, груп

внутрішнього аудиту, комісійних структур у моніторинг і оцінку діяльності в системі управління якістю.

4. Виявлено, що діяльність з поліпшення орієнтована переважно на дефекти стоматологічної допомоги та інших видів діяльності; заходи з поліпшення на системному рівні проводяться переважно у відповідь на зміни зовнішнього оточення, які носять обов'язковий адміністративний характер. У практику стоматологічної допомоги впроваджуються переважно нові матеріали та препарати (цементи, герметики, лікарські засоби); впровадження новітніх профілактичних і лікувально-діагностичних технологій обмежено.

5. Доведено, що організаційні технології широкого залучення працівників до управління якістю, як принципового підходу до постійного поліпшення процесів, результатів і системи якості, не знайшли свого практичного втілення в діяльність систем управління якістю досліджуваних закладів. Не запроваджена практика регуляторного впливу на управління кадровим ресурсом шляхом удосконалення посадових інструкцій, форм навчання на робочих місцях, застосування методів контролю діяльності як інструментів для навчання та удосконалення знань і компетенцій.

6. Констатовано, що існують резерви подальшого підвищення відповідності розроблених систем управління якістю стоматологічної допомоги, оскільки рівень їх розвитку практично за усіма позиціями стандарту не відповідає еталонному в кожному з досліджуваних закладів.

Результати дослідження, представлені в Розділі 6, висвітлені в публікаціях автора [230, 231]

РОЗДІЛ 7

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ, ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ – ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ. АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ДО ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ (РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

В оцінці якості медичної допомоги важлива роль належить зацікавленим сторонам, які є безпосередніми учасниками лікувально-діагностичного процесу: пацієнтам і медичним працівникам. Дослідження задоволеності пацієнтів як споживачів медичної послуги якістю останньої та взаємодією з закладом охорони здоров’я може допомогти вищому керівництву цих закладів визначати напрями поліпшування медичного обслуговування та підвищення довіри населення до діяльності медичної установи, аналізувати причини розбіжностей між очікуваннями пацієнтів і фактичним рівнем їх задоволеності.

Медичні працівники пов’язують свої інтереси з конкретним місцем роботи, де можливо реалізувати професійні здібності та отримати матеріальну винагороду. Задоволеність професійною діяльністю та мотивація медичного працівника як внутрішнього споживача послуг закладу охорони здоров’я й використання з цією метою такого управлінського інструменту, як зворотний зв’язок із персоналом, вважаються одним з ключових компонентів організаційної культури. Остання створює сильні конкурентні переваги, підвищує соціальну відповідальність медичних інституцій, покращує якість медичної допомоги.

7.1. Оцінка задоволеності пацієнтів стоматологічною допомогою

За методикою, представленою в підрозділі 2.3 дисертаційної роботи, проведено соціологічне дослідження серед пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». У опитуванні взяли участь відповідно 199, 180 та 221 особа, усього опитано, таким чином, 600 пацієнтів закладів стоматологічного профілю, обраних базами дослідження.

Аналіз демографічних характеристик респондентів засвідчив, що у вибірці пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради і КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» переважали жінки (відповідно 116, або 58,3% та 124, або 56,1% осіб), а КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – чоловіки (111, або 61,7% осіб від усієї кількості опитаних).

Середній вік респондентів по вибіркам складав: пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради – 42,2±13,9 років, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 43,6±12,8 років, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 45,8±0,8 років. Більш старший вік пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» достовірно відрізнявся від віку пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради ($t=0,005939435$ при $p\leq0,05$).

У вибірці пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради чоловіки мали більш високий віковий ценз (43,5±15,8 років), ніж жінки (41,3±12,4 років), на відміну від інших двох груп учасників опитування, де жінки були старшими за чоловіків.

Жителями міст була переважна кількість опитаних серед респондентів кожної групи: Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради – 137 (68,8%) осіб, КЗОЗ «Обласна

стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – також 137 (76,1%) осіб, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 118 (53,4%) осіб.

Більшу частину усіх зазначених груп респондентів складали особи з вищою освітою: відповідно 116 (58,3%), 140 (77,8%) та 128 (57,9%) опитаних, і з середнім рівнем матеріального забезпечення – відповідно 135 (67,8%), 127 (70,6%) та 149 (67,4%) осіб.

Детальні соціально-демографічні характеристики респондентів представлені в табл. 7.1.

Таблиця 7.1

Соціально-демографічні характеристики пацієнтів – учасників анкетного опитування

№ з/п	**Характеристики респондентів**	**Заклади/значення характеристик у абс. даних та відсотках (%); середні значення показників із стандартним відхиленням (M±m)**		
		Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	**КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)**	**КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка»**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Усього осіб (абс)	199	180	221
	у т. ч.			
1.1	чоловіків, абс., (%)	83 (41,7)	111(61,7)	97 (43,9)
1.2	жінок абс., (%)	116 (58,3)	69 (38,3)	124 (56,1)
2	Середній вік, роки, M±m	42,2±13,9	43,6±12,8	45,8±0,8
	у т. ч.			
2.1	чоловіків, M±m	43,5±15,8	40,9±12,2	43,5±1,2
2.2	жінок, M±m	41,3±12,4	48,3±12,6	47,6±1,1
3	Жителів (осіб):			
3.1	міста абс., (%)	137 (68,8)	137(76,1)	118 (53,4)
3.2	села абс., (%)	62 (31,2)	43 (23,9)	103 (46,6)

продовження табл. 7.1

1	2	3	4	5
4	Мають освіту (осіб):			
4.1	спеціальну, абс., (%)	54 (27,1)	15 (8,3)	67 (30,3)
4.2	незакінчену вищу, абс., (%)	29 (14,6)	25 (13,9)	26 (11,8)
4.3	вищу, абс., (%)	116 (58,3)	140 (77,8)	128 (57,9)
5	Оцінили свій рівень матеріального забезпечення (осіб):			
5.1	нижче за середній, абс., (%)	43 (21,6)	13 (7,2)	61 (27,6)
5.2	середній, абс., (%)	135 (67,8)	127 (70,6)	149 (67,4)
5.3	вище за середній, абс., (%)	21 (10,6)	40 (22,2)	11 (5,0)

Перше питання анкети мало за мету визначити задоволеність респондентів географічною доступністю стоматологічної допомоги, що означало можливість вчасно і зручним способом дістатись пацієнтам до профільного закладу охорони здоров’я. Виявлено, що місце розташування закладу було оцінено учасниками опитування Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради у 4,42±0,81 балів, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – у 4,38±0,59 балів, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – у 4,28 ±0,05 балів за п’ятибальною шкалою, що в цілому засвідчило достатньо високий рівень задоволеності географічною доступністю закладу до споживачів стоматологічних послуг. Достовірних статистичних відмінностей між групами за цим критерієм не виявлено.

Наступне запитання дозволило оцінити організаційну доступність медичної допомоги в самому закладі охорони здоров’я шляхом визначення рівня задоволеності респондентів графіком прийому лікарів. Респонденти оцінили зручність доступу до лікаря і стоматологічних послуг, які ним

надаються, упродовж тижня і робочого дня також достатньо високими оцінками: пацієнти Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради – у 4,42±0,81 балів, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – у 4,38±0,59 балів, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – у 4,57±0,04 балів. Разом з тим, оцінки пацієнтів перших двох закладів були достовірно нижчими (відповідні коефіцієнти t=0,021992979 і t= 0,023925222 при p≤0,05), ніж оцінки пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка».

Середня оцінка задоволеності умовами, де відбувався лікувально-діагностичний процес і спілкування пацієнта з медичними працівниками, фізичними параметрами та гігієнічним станом приміщень, дорівнювала у пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради 4,65±0,05 балів, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 4,42±0,55 балів, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 4,63±0,04 балів, що засвідчено відповідями на цільові запитання та підтверджувало впевненість пацієнтів у безпечному середовищі, де надається стоматологічна допомога. Оцінки пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) були достовірно нижчими за оцінки пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» (t=0,000106698 при p≤0,05).

Достатньо безпечними вважали опитані пацієнти і стоматологічні втручання, оскільки рівень задоволеності за цим параметром склав відповідно 4,71±0,63 балів, 4,42±0,58 балів та 4,54±0,04 бали, при тому що нижчі оцінки пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) t=0,040610026 при p≤0,05) достовірно відрізнялися від таких оцінок пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», а оцінка безпеки, надана пацієнтами Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради, достовірно перевищувала оцінки пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» (t=0,002127419 при p≤0,05).

Задоволеність видами стоматологічних послуг, що пропонувалися в закладі, отримала оцінку пацієнтів Обласного стоматологічного медичного

об’єднання Житомирської обласної ради у 4,63±0,68 балів, яка була достовірно вищою за оцінки пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 4,42±0,57 балів (t=0,000789376 при p≤0,05) та оцінок пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 4,53±0,04 бали (t=0,038725643 при p≤0,05).

Задоволеність обсягом стоматологічних послуг складала у пацієнтів закладів охорони здоров’я, обраних базами дослідження, відповідно 4,69±0,65 балів, 4,41±0,60 балів та 4,48±0,04 балів; достовірно нижчою вона була у пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» в порівнянні із задоволеністю в оцінках пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради (t=0,000526389 при p≤0,05).

Задоволеність результатами лікування пацієнти Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради оцінили в середньому у 4,61±0,59 балів, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – у 4,43±0,57 балів, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – у 4,58±0,04 балів, що засвідчило високий рівень результативності стоматологічних послуг та збігу очікувань їх споживачів і результатів фактично отриманої стоматологічної допомоги. У той же час середні оцінки різнилися в групах пацієнтів закладів, обраних базами дослідження, а саме, на достовірно значущому рівні вони були нижчими у пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) у порівнянні з оцінками пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради (t=0,002057806 при p≤0,05) та пацієнтами КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» (t=0,007900803 при p≤0,05).

На відміну від попередніх високих оцінок задоволеності доступністю, результативністю та безпекою стоматологічної допомоги, задоволеність вартістю платних послуг дорівнювала, на думку пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, в середньому 4,06±1,06 балам, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 4,34±0,59 балам, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна

поліклініка» – лише 3,76±0,05 балам. Отримані дані підтвердили проблемність економічної складової якості стоматологічної допомоги для пацієнтів кожного закладу. Достовірно нижчими оцінки за даним критерієм спостерігалися у пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради і КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» в порівнянні з оцінками пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) (відповідно (t=0,00113957 і t=1,75589E-15 (1E-07=1*10^-7=0,0000001) при p≤0,05). Найнижчі оцінки пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» достовірно підтверджені і в порівнянні з оцінками пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради (t=0,001822576 при p≤0,05).

Професійна поведінка лікарів, доброзичливість ставлення до пацієнтів знайшли свій вираз у високому рівні задоволеності пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради оцінками в середньому 4,82±0,39 балів, трохи нижчому – у пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 4,45±0,58 балів, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 4,75±0,03 балів, при цьому оцінки пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) були достовірно нижчими за оцінки пацієнтів інших закладів (відповідні значення t=1,35362E-12 і t=5,71256E-08 при p≤0,05).

Оцінка задоволеності зрозумілістю отриманої пацієнтами інформації стосовно їх стоматологічних проблем представлена кількісними даними відповідно у 4,74±0,62 балів, 4,41±0,57 балів та 4,52±0,04 балів при наявності достовірних відмінностей у вищих оцінках пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради в порівнянні з оцінками пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) (t=2,16465E-05 при p≤0,05) та КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» (t=0,000216044 при p≤0,05).

Ці дані засвідчили достатньо високий рівень культури медичного обслуговування та пацієнт-орієнтованість закладів охорони здоров’я, де

проводилось дослідження, незважаючи на певні розбіжності в оцінках пацієнтів.

За підсумком, загальна середня оцінка задоволеності стоматологічною допомогою була найвищою у пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради – в середньому 4,67±0,67 балів, у порівнянні з оцінкою пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 4,30±0,61 балів (t=3,02172E-08 при p≤0,05) та оцінкою пацієнтів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 4,39±0,03 балів (t=3,22397E-06 при p≤0,05).

На запитання «У разі, якщо у Ваших родичів/знайомих виникне потреба у стоматологічній допомозі, чи порекомендуєте Ви їм звернутись до нашої поліклініки?» надали негативну відповідь 23 (11,6%) пацієнтів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради, 21 (11,7%) пацієнтів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) та окремі пацієнти (4 особи, або 1,8%) КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», що загалом засвідчило достатньо високий рівень довіри пацієнтів до кожного закладу охорони здоров'я, однак вказало й на необхідність подальшого удосконалення роботи з пацієнтами.

Узагальнені дані про результати анкетного опитування пацієнтів закладів, обраних базами дослідження, наведені в табл. 7.2.

7.2. Задоволеність лікарів-стоматологів професійною діяльністю

Дослідження задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів є важливим для оцінки якості кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я. Сприяння задоволеності працівників професійною діяльністю є одним із засобів ефективного управління людськими ресурсами. Від мотивації та задоволеності роботою медичного працівника залежить якість життя та здоров'я зовнішнього споживача – пацієнта.

Таблиця 7.2

Узагальнені дані про результати соціологічного дослідження серед пацієнтів

№ з/п	Запитання анкети	Заклади охорони здоров'я/ середні значення та стандартні відхилення показника задоволеності (у балах, M±m)		
		Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка»
1	2	3	4	5
1	Наскільки Ви задоволені місцем розташування нашої поліклініки…	4,42±0,81	4,38±0,59	4,28 ±0,05
2	Наскільки Ви задоволені графіком прийому лікарів…	4,42±0,81	4,38±0,59	4,57±0,04
3	Наскільки Ви задоволені умовами перебування в кабінеті лікаря…	4,65±0,05	4,42±0,55	4,63±0,04
4	Наскільки Ви задоволені результатами лікування…	4,61±0,59	4,43±0,57	4,58±0,04
5	Наскільки Ви задоволені переліком (видами) стоматологічних послуг…	4,63±0,68	4,42±0,57	4,53±0,04
6	Наскільки Ви задоволені обсягом стоматологічних послуг…	4,69±0,65	4,41±0,60	4,48±0,04
7	Наскільки Ви задоволені вартістю платних послуг…	4,06±1,06	4,34±0,59	3,76±0,05
8	Наскільки Ви задоволені безпекою стоматологічних процедур…	4,71±0,63	4,42±0,58	4,54±0,04
				продовження табл. 7.2
1	2	3	4	5
9	Наскільки Ви задоволені	4,82±0,39	4,45±0,58	4,75±0,03

	ставленням до Вас лікаря…						
10	Наскільки Ви задоволені зрозумілістю інформації, яку отримали від лікаря…	4,74±0,62		4,41±0,57		4,52±0,04	
11	Наскільки Ви в цілому задоволені медичним обслуговуванням …	4,67±0,67		4,30±0,61		4,39±0,03	
12	В разі, якщо у Ваших родичів / знайомих виникне потреба …, чи порекомендуєте Ви їм звернутись до нашої поліклініки?	так	ні	так	ні	так	ні
		176 (88,4%)	23 (11,6%)	159 (88,3%)	21 (11,7%)	217 (98,2%)	4 (1,8%0

За методикою, викладеною в підрозділі 2.3 дисертаційної роботи, з метою визначення рівня задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів закладів охорони здоров’я, обраних базами дослідження, проведено анкетне опитування загалом 110 лікарів. Обсяг отриманого матеріалу був достатнім, щоб розглядати результати на репрезентативному для даних закладів рівні.

Аналіз демографічних характеристик учасників опитування показав, що за віково-статевим складом групи респондентів відрізнялися певним чином: співвідношення чисельності чоловіків і жінок у групах респондентів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради та КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» було приблизно однаковим – відповідно 55,0% і 45,0% та 51,2% та 48,8%, в той час як у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) переважали чоловіки, питома вага яких склала 71,4%, а жінок – 28,6%.

Середній вік лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради складав 37,6±7,9 років, а їхніх колег із КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 37,3±8,4 роки. Найстаршою була вікова група лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», середній вік якої складав 41,9±10,5 років; на статистично

достовірному рівні він відрізнявся від середнього віку групи лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) (t=0,02 при p≤0,05) (табл. 7.3).

Наймолодшими виявились чоловіки Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, середній вік яких складав 36,1±8,0 років, та жінки КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), їхній середній вік дорівнював 37,3±7,2 роки.

Аналізом відповідей респондентів встановлено, що рівень задоволеності лікарів підтримкою адміністрації з питань підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти, а саме, своєчасністю скерування на навчання та технічною підтримкою дистанційної форми навчання, отримав середню оцінку 4,60±0,50 балів у лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,80±0,40 балів – у лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,40±0,90 балів – у лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Незважаючи на наявність оцінок лікарів усіх закладів в одному інтервалі – від 4-х до 5-ти балів, задоволеність за даною позицією шкали лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) на достовірно статистичному рівні була вищою, ніж лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» (t=0,03 при p≤0,05).

Можливість підвищувати свою кваліфікацію на робочому місці шляхом участі у навчальних семінарах та обміну професійним досвідом між колегами оцінили у 4,70±0,50 балів лікарі Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,70±0,40 балів – лікарі КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 3,70±1,10 балів – лікарі КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка».

Таблиця 7.3

Демографічні характеристики лікарів – учасників анкетного опитування

№ з/п	Демографічні характеристики респондентів	Назва закладу/ значення характеристик у абс. даних та відсотках (%); середні значення показників із стандартним відхиленням (M±m)		
		Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка»
1	Усього осіб (абс)	20	49	41
	у т. ч.			
1.1	чоловіків, абс., (%)	11 (55,0)	35 (74,0)	21 (51,2)
1.2	жінок абс., (%)	9 (45,0)	14 (28,6)	20 (48,8)
2	Середній вік, роки, M±m	37,6±7,9	37,3±8,4	41,9±10,5
	у т. ч.:			
2.1	чоловіків, роки, M±m	36,1±8,0	37,3±8,9	42,8±10,3
2.2	жінок, роки, M±m	39,3±7,8	37,3±7,2	40,9±11,2

Відмінності низьких оцінок лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» від оцінок їхніх колег підтверджені статистично: коефіцієнтом t=1,06102E-05 при p≤0,05 доведено більш високий рівень оцінок лікарів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради та t=6,80142E-06 при p≤0,05 – лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків).

Загалом задоволеність результатами навчання на робочому місці визначена лікарями Обласного стоматологічного медичного об'єднання

Житомирської обласної ради у 4,80±0,40 балів, 4,70±0,50 балів – лікарями КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,30±0,80 балів – лікарями КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Статистична достовірність відмінностей оцінок за даною позицією лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» повторювала вище зазначені: відмінності від оцінок лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради підтверджені коефіцієнтом t=0,004 та від оцінок лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – коефіцієнтом t=0,01 при p≤0,05.

Задоволеність умовами праці на робочому місці, критеріями якої були дотримання температурного режиму під час виконання професійної діяльності в межах зони комфорту, наявність достатнього освітлення, зручних і сучасних меблів, відсутність надмірної вологості, шуму, забезпечення належного гігієнічного стану дорівнювала в середньому 4,50±0,50 балів у лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,70±0,50 балів – у лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,30±0,70 балів – у лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Оцінки лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) і лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» відрізнялись на достовірно значущому рівні (t=0,006 при p≤0,05).

Задоволеність компонентами інфраструктури, а саме, станом медичного обладнання, яке безпосередньо використовується лікарями під час надання стоматологічної допомоги, отримала оцінки 4,40±0,60 балів у лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,60±0,50 балів – у лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,20±0,90 балів – у лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Оцінки лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) і лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» відрізнялись на достовірно значущому рівні (t=0,01 при p≤0,05).

Задоволеність станом забезпечення лікувально-діагностичного процесу необхідними лікарськими препаратами та розхідними матеріалами (без участі пацієнтів у їх придбанні) оцінена респондентами Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради відповідно у 4,80±0,40 та 4,60±0,50 балів, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – 4,60±0,50 та 4,08±0,40 балів, КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» – 3,70±0,90 та 3,50±0,90 балів. Достовірність відмінностей оцінок лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» за позицією забезпечення лікарськими препаратами від оцінок лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради підтверджено коефіцієнтом t=2,64082E-08 та від оцінок лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – коефіцієнтом t=3,70309E-07 при p≤0,05; розхідними матеріалами – відповідно t=1,0752E-06 та t=6,03455E-10 при p≤0,05.

Задоволеність рівнем заробітної плати за останній рік, що враховувала усі види надходжень – бюджетних, госпрозрахункових, заохочувальних виплат – отримала оцінки 4,30±0,40 балів у лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,40±0,50 балів – у лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 3,60±0,50 балів – у лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Достовірність відмінностей оцінок лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» за цією позицією від оцінок лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради підтверджено коефіцієнтом t=1,24547E-05 та лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) – коефіцієнтом t=2,29046E-10 при p≤0,05.

Задоволеність забезпеченням доказовими технологіями стоматологічної допомоги шляхом створення доступу на робочих місцях на паперових або електронних носіях та/або через мережу Інтернет до міжнародних клінічних керівництв, мета-аналізів і систематичних оглядів висловили на рівні 4,70±0,50 балів лікарі Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської

обласної ради, 4,80±0,40 балів – лікарі КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 3,70±1,10 балів – лікарі КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Статистична достовірність відмінностей найнижчих оцінок лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» підтверджена коефіцієнтом t=9,86668E-06 у порівнянні з оцінками лікарів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради та коефіцієнтом t=2,49719E-07 при p≤0,05 у порівнянні з оцінками лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків).

Професійні стосунки з колегами із структурного підрозділу (кабінету, відділення), де працювали респонденти, та з колегами інших структурних підрозділів поліклініки (кабінетів, відділень), отримали оцінки задоволеності відповідно у 4,40±0,70 та 4,30±0,70 балів лікарів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради, 4,70±0,50 та 4,50±0,50 балів – лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,30±0,90 та 4,00±1,00 балів – лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Найвищі оцінки лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) і лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» відрізнялись за даними позиціями відповідними коефіцієнтами: t=0,01 та t=0,004 при p≤0,05 на достовірно статистичному рівні.

Висловлення задоволеності оперативністю взаємодії з лікарями інших спеціальностей свого та інших закладів охорони здоров'я, в разі потреби пацієнта, передбачало користування респондентами засобами електронних комунікацій, наявність доступу до них, забезпеченого адміністрацією закладу. Рівні задоволеності виражені наступними оцінками: 4,20±0,80 балів – лікарів Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради, 4,50±0,50 балів – лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,20±0,90 балів – лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка».

Достовірність відмінностей більш низьких оцінок лікарів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» та лікарів Обласного

стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради від оцінок лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) доведена відповідними коефіцієнтами t=0,01 та t=0,002 при p≤0,05.

Задоволеність професійними стосунками з адміністрацією оцінили у 4,20±0,40 балів лікарі Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,40±0,50 балів – лікарі КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,40±0,70 – лікарі КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Статистично доведених відмінностей в оцінках лікарів досліджуваних закладів не виявлено.

Середній бал загальної задоволеності професійною діяльністю визначений на рівні 4,60±0,50 балів лікарями Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, 4,20±0,40 балів – лікарями КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків), 4,30±0,90 – лікарями КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» і за використаною шкалою оцінений як такий, що в цілому лікарі кожного закладу, де проводилось дослідження, задоволені своєю професійною діяльністю.

Достовірність більш високих оцінок лікарів Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради за цією позицією у порівнянні з оцінками лікарів КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) підтверджено коефіцієнтом t=0,004 при p≤0,05.

На запитання «У разі, якщо Ви випадково зустрінете Вашого знайомого колегу – стоматолога, який шукає роботу, чи порадите Ви йому працевлаштування саме у Вашій поліклініці (при наявності вакансій)?» надали відповідь «ТАК» усі респонденти Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради, КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) та 35 осіб, або 85,4% респондентів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка». Наявні відмінності в оцінках пацієнтів різних закладів статистично не підтверджені.

Узагальнені дані про рівень задоволеності професійною діяльністю лікарів досліджуваних закладів представлено в табл. 7.4.

Таблиця 7.4

Узагальнені дані про задоволеність професійною діяльністю лікарів-стоматологів

№ з/п	Фактори, що визначають задоволеність	Назва закладу/середні значення показника задоволеності із стандартним відхиленням (у балах, M±m)		
		Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка»
1	2	3	4	5
1	Підтримка адміністрації з питань підвищення кваліфікації в закладах після дипломної освіти	4,60±0,50	4,80±0,40	4,40±0,90
2	Можливість підвищувати кваліфікацію на робочому місці	4,70±0,50	4,70±0,40	3,70±1,10
3	Результати навчання на робочому місці	4,80±0,40	4,70±0,50	4,30±0,80
4	Умови праці	4,50±0,50	4,70±0,50	4,30±0,70
5	Стан медичного обладнання	4,40±0,60	4,60±0,50	4,20±0,90
6	Стан забезпечення лікарськими препаратами	4,80±0,40	4,60±0,50	3,70±0,90

продовження табл. 7.4

1	2	3	4	5
7	Стан забезпечення	4,60±0,50	4,80±0,40	3,50±0,90

	розхідними матеріалами			
8	Рівень заробітної плати	4,30±0,40	4,40±0,50	3,60±0,50
9	Забезпечення доказовими технологіями	4,70±0,50	4,80±0,40	3,70±1,10
10	Професійні стосунки з колегами свого структурного підрозділу	4,40±0,70	4,70±0,50	4,30±0,90
11	Професійні стосунки з колегами інших структурних підрозділів	4,30±0,70	4,50±0,50	4,00±1,00
12	Оперативність взаємодії з лікарями інших закладів охорони здоров’я	4,20±0,80	4,50±0,50	4,20±0,90
13	Професійні стосунки з адміністрацією	4,20±0,40	4,40±0,50	4,40±0,70
14	Загальна задоволеність професійною діяльністю	4,60±0,50	4,20±0,40	4,30±0,90

7.3. Ставлення лікарів-стоматологів до використання медичних технологій на принципах доказової медицини

Доказова медицина здійснила справжній прорив у напрямку покращення якості медичної допомоги шляхом поєднання доведених результатів надійних наукових досліджень, досвіду медичного працівника і клінічних потреб пацієнта.

Вона дозволяє лікарю приймати найбільш правильне клінічне рішення з використанням сучасних надійних доказів щодо вибору методів діагностики, лікування й відновлення здоров’я конкретному пацієнту. Як вже неодноразово зазначалося, національна адаптація клінічних рекомендацій на рівні галузі не

здійснюється з 2016 року; ця задача покладена на заклади охорони здоров'я, тому інформація від безпосередніх надавачів стоматологічних послуг може надати достовірні дані щодо запровадження й використання доказової медицини в клінічній практиці лікаря-стоматолога. З цією метою проведено напівструктуроване глибинне інтерв'ю серед 10 лікарів-стоматологів КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» за методикою, описаною в Розділі 2 дисертації.

Серед учасників інтерв'ю було 6 жінок, 4 чоловіків; вік – від 34 до 65 років, стаж трудової діяльності за спеціальністю – від 10 до 40 років.

Результати дослідження дозволили отримати відповіді на запитання, які за результатами кодування представлені наступним чином (табл. 7.5).

Таблиця 7.5

№	**Теми, категорії й субкатегорії**	**Кількість лікарів, які надали відповіді (абс., %)**
1	**2**	**3**
1	Яку роль доказової медицини ви вбачаєте у забезпеченні якості стоматологічної допомоги?	
1.1	Для пацієнта:	
	отримання позитивного результату лікування	10 (100,0)
	захист від помилок лікаря	3 (30,0)
	безпека стоматологічних утручань	6 (60,0)
1.2	Для лікаря:	
	захист від хибних дій	8 (80,0)
	зниження вірогідності неочікуваного результату	6 (60,0)
	постійна підтримка рівня професійних знань	7 (70,0)
	продовження табл. 7.5	
1	**2**	**3**
2	Які джерела доказових даних ви використовуєте?	
2.1	Отримані активним способом:	
	з інтернет-ресурсів (статті із систематичними оглядами, клінічні рекомендації)	2 (20,0)
2.2	Отримані пасивним способом:	
	з навчальних матеріалів (лекційних, вебінарів, науково-практичних конференцій)	10 (100,0)

	з формулярів лікарських засобів	9 (90,0)
	з локальних протоколів надання стоматологічної допомоги	6 (60,0)
	з рекламних матеріалів медичних виробів і пломбувальних матеріалів для застосування в стоматології	10 (100,0)
3	Що заважає/сприяє вам постійно використовувати міжнародні клінічні рекомендації в повсякденній клінічній практиці?	
3.1	Заважають об’єктивні причини:	
	відсутні галузеві клінічні протоколи стоматологічної допомоги, розроблені на основі міжнародних клінічних рекомендацій	8 (80,0)
	не всі лікарські засоби й медичні вироби дозволені до застосування в Україні	2 (20,0)
3.2	Заважають суб’єктивні причини:	
	брак власного часу	2 (20,0)
	низький рівень володіння англійською мовою	2 (20,0)
4	Що може вам допомогти у більш активному використанні міжнародних клінічних рекомендацій?	
4.1	Заходи галузевого рівня:	
	розробка і запровадження галузевих клінічних протоколів стоматологічної допомоги високого рівня доказовості	8 (80,0)
	якісні навчальні матеріали в програмах безперервного професійного розвитку	3 (30,0)
4.2	Заходи з боку адміністрації закладу:	
	організація адаптації галузевих клінічних протоколів до умов закладу (переклад, забезпечення медичними виробами, лікарськими засобами, пломбувальними матеріалами, навчання лікарів)	9 (90,0)

Кодування відповідей на перше запитання дозволило виділити дві категорії: лікарі визнають роль доказової медицини для надання якісної медичної допомоги пацієнту і вважають її засобом захисту лікаря.

Домінуючою перевагою для пацієнта усі лікарі вважали отримання позитивного результату лікування. «На основі міжнародних клінічних настанов розробляються клінічні протоколи, вони є стандартами медичної допомоги, а дотримання стандартів забезпечує її якість і позитивний результат» (лікар 7).

Захист пацієнта від помилкових дій лікаря засвідчений в одному з таких висловлювань: «Доказова медицина потрібна для молодих лікарів, бо в них ще

мало досвіду, можуть помилитися й надати шкоду пацієнтові. Дотримання протоколів знижує вірогідність помилок лікаря, то пацієнт може бути впевнений у правильному лікуванні» (лікар 3).

Безпека стоматологічних утручань також знаходилась в полі зору респондентів через застосування доказової медицини, переважно через рекомендації стосовно лікарських препаратів: «До клінічних протоколів і формулярів лікарських засобів включають переліки найбільш безпечних і ефективних ліків. Але алергологічний анамнез пацієнта все одно потрібно враховувати» (лікар 6).

Відповіді опитаних щодо ролі доказових даних для лікарів свідчили про захист від хибних дій: «Якщо дотримуєшся протоколу, не будеш нести кримінальну відповідальність, навіть, якщо результат лікування буде негативний для пацієнта. Негативний результат може бути внаслідок індивідуальних особливостей організму та нетипового перебігу хвороби» (лікар 5); про зниження вірогідності неочікуваного результату: «Більше впевненості, що результат лікування буде позитивний, в разі, якщо є все, що рекомендує протокол» (лікар 3); про постійну підтримку рівня професійних знань: «Не треба багато літератури читати, всі дані є в протоколі, якщо щось не пам’ятаєш, швидко можна знайти» (лікар 2).

Запитання «Які джерела доказових даних ви використовуєте?» розкрилось респондентами за критеріями способу використання. Траплялися відповіді отримання даних як активним способом, так і пасивним. Самостійно, тобто, активно лікарі отримували їх з доступних інтернет-ресурсів: «Я заходжу в базу PUBMED або NICE і шукаю статті за ключовими словами, перекладаю також через можливості перекладача в Інтернеті» (лікар 9); «Через Google шукаю потрібну мені інформацію, обов’язково з наукових джерел, але не дуже часто, за потреби» (лікар 10).

Пасивне отримання знань лікарі практикують з навчальних матеріалів занять і заходів, якими вони зараз усі без виключення охоплені в системі безперервного професійного розвитку: «Усі ми зараз упродовж року

обов’язково навчаємося на курсах підвищення кваліфікації або відвідуємо семінари, лекції, наукові конференції, там отримуємо сучасні знання від викладачів-професорів» (лікар 4). Посилання були на формуляр лікарських засобів: «Кожного року видається галузевий формуляр лікарських засобів. І в нашому закладі розробляється аналогічний локальний формуляр для стоматологічної допомоги, яким ми користуємося. Там перелік ліків, які зареєстровані в Україні, найбільш безпечні та ефективні» (лікар 5).

Лікарі також вважали, що рекламна продукція на медичні вироби і пломбувальні матеріали відповідає доказовим даним: «Ми заслуховуємо рекламні матеріали на наших робочих нарадах. Ці медичні вироби і пломбувальні матеріали сучасні, багато з них виробляються за кордоном, є дані про їх клінічну ефективність, про це нам повідомляють і під час навчання» (лікар 3).

У відповідях лікарів зустрічалися й посилання на використання локальних протоколів надання стоматологічної допомоги, розроблених експертним шляхом вітчизняними вченими: «Я використовую локальні протоколи, бо вони введені в дію наказом головного лікаря» (лікар 8). «Я використовую локальні протоколи тривалий час, і це не шкодить хворим, а нові препарати й пломбувальні матеріали ми також використовуємо» (лікар 2).

На питання «Що заважає/сприяє вам постійно використовувати міжнародні клінічні рекомендації в повсякденній клінічній практиці?» відповіді стосувались лише тих причин, які заважають використанню. Субкатегоріями визначені, за результатами кодування, об’єктивні й суб’єктивні причини. Лікарі вказали на відсутність галузевих уніфікованих клінічних протоколів стоматологічної допомоги: «Галузеві протоколи певний час розроблялись, і ними було простіше користуватись, ніж самому шукати в Інтернеті. Зараз ця робота припинилась, і тому працюємо на тих знаннях, які отримуємо в інший спосіб» (лікар 4). Інша причина – неможливість застосувати міжнародні клінічні рекомендації, навіть якщо вони доступні: «Навіть якби сучасні міжнародні клінічні настанови були нам доступні, як раніше, коли в

Міністерстві охорони здоров'я їх перекладали, не всі лікарські засоби й медичні вироби, що ними пропонуються, дозволені до застосування в Україні. Тому їх використовувати неможливо у повному обсязі» (лікар 7).

Із суб'єктивних причин лікарі назвали брак власного часу: «Цікаво прочитати в оригіналі те, що застосовують в розвинених країнах, де користуються найсучаснішими технологіями. Але це вимагає багато часу на пошуки й переклади. Та й у якості перекладу не можна бути впевненим. А сплачувати за переклад фахівцеві дорого» (лікар 9); «Коли знаходжу цікаву статтю на англійській, загальний зміст розумію, але на переклад деталей потрібно багато часу» (лікар 10).

Більш активному використанню доказових даних, як вважали лікарі за даними кодування, сприяють заходи галузевого рівня та адміністрації закладу. «Клінічні протоколи на основі доказової медицини повинні розроблятися робочими групами на рівні Міністерства охорони здоров'я. У закладах охорони здоров'я потрібно надавати стоматологічну допомогу. На розробку документів немає часу» (лікар 3). «Якщо кожен заклад буде розробляти свої протоколи, не буде гарантії, що ці документи будуть правильними. Їх буде безліч у країні, пацієнти не будуть знати, у кого лікуватися. Інструкція з розробки клінічних протоколів для закладів охорони здоров'я незрозуміла, нею важко користуватися» (лікар 1). Важливим для використання лікарі зазначили і якість навчальних матеріалів: «Інформація на навчальних циклах і науково-практичних конференціях має бути більш сучасною і містити більше практичної складової» (лікар 4).

З боку адміністрації закладу лікарі вважають за необхідне: «Адміністрація повинна хоча б організовувати й сплачувати переклад клінічних настанов, тоді вони будуть для нас більш доступними. І бажано, щоб навчання для лікарів проводилось на базі нашої поліклініки, можна запрошувати лекторів з медичних навчальних закладів. Це може бути переривчате навчання, щоб було усім зручно» (лікар 1).

Таким чином, лікарі-стоматологи усвідомлюють значення доказових даних для забезпечення якісної медичної допомоги. Доказові дані, на думку респондентів, обумовлюють не лише високу вірогідність клінічного результату для пацієнта, але й допомагають лікарю обрати правильний шлях лікування.

Однак доступність доказових технологій для лікарів-стоматологів залишається частковою, а якість їх не завжди високою, оскільки лікарі використовують різні джерела, зокрема, й протоколи низького рівня доказовості (розроблені експертним шляхом) та рекламні продукти. Бар'єрами для застосування якісних доказових даних лікарі вважають відсутність галузевих документів, розроблених на основі міжнародних клінічних керівництв, неможливість застосування їх в Україні в повному обсязі. Має значення обмаль власного часу та низький рівень володіння англійською мовою лікарів-стоматологів для безпосереднього використання ними доказових даних в клінічній практиці.

Подолання перешкод лікарі вбачають у більш активній позиції Міністерства охорони здоров'я щодо забезпечення закладів охорони здоров'я адаптованими клінічними протоколами до національного рівня та наближення освітніх заходів до місця роботи лікарів з наданням якісних навчальних матеріалів.

Схематично результати дослідження відображені на рис. 7.1.

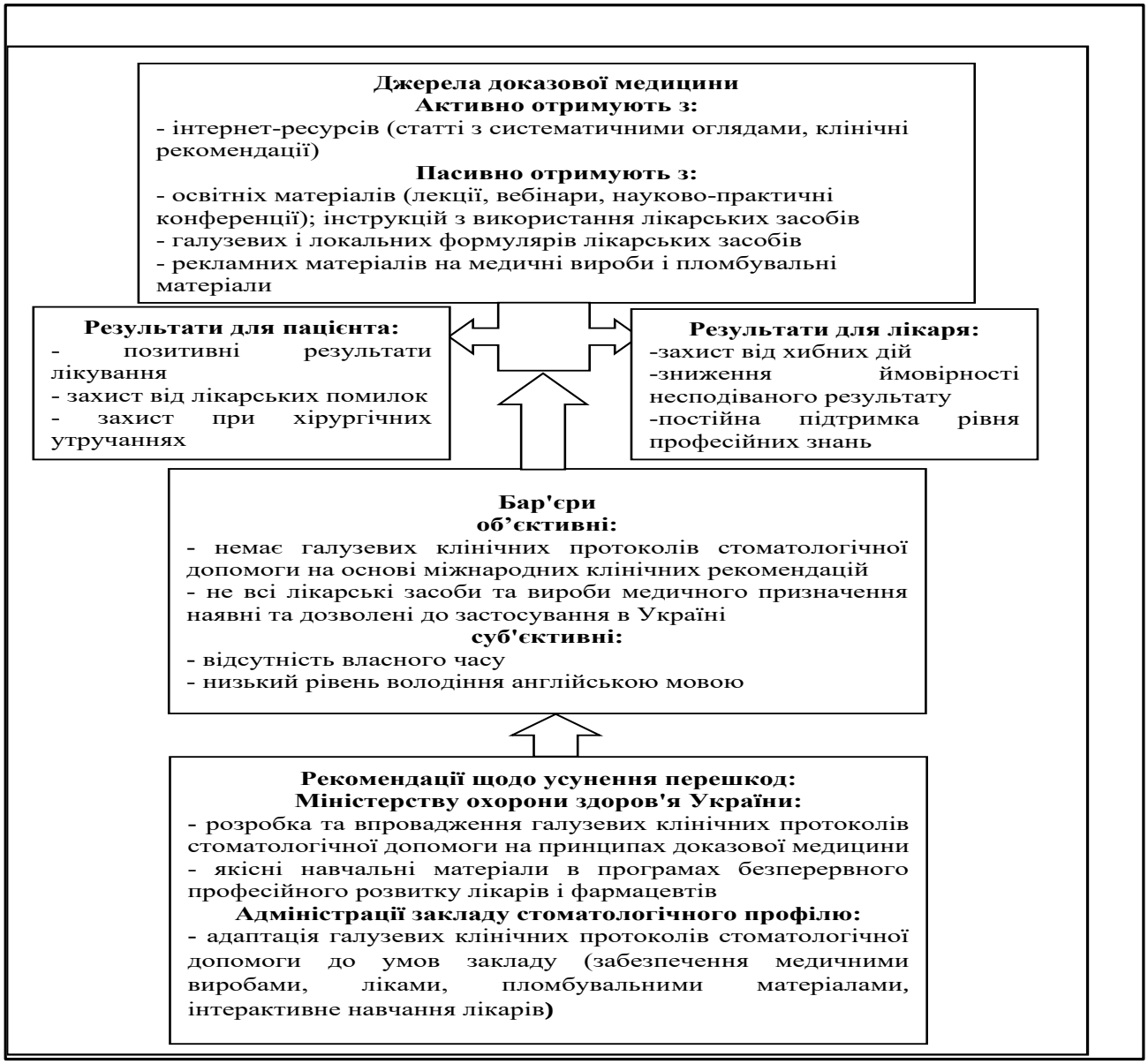

Рис. 7.1. Схема переваг доказових технологій у стоматологічній практиці для пацієнтів і лікарів, бар'єри їх використання та рекомендації щодо усунення бар'єрів за даними глибинних інтерв'ю лікарів-стоматологів

1. Результати дослідження показали, що пацієнти високо оцінили якість стоматологічної допомоги за обраними характеристиками: більшість оцінок знаходились в діапазоні шкали «задоволений» і «дуже задоволений». Разом з тим задоволеність вартістю стоматологічної допомоги висловлена пацієнтами у значно нижчих оцінках, ніж інші характеристики якості, зокрема, в діапазоні «частково задоволений» і «задоволений» (оцінка 3,76±0,05 балів пацієнтами КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка») та

найнижчими значеннями в діапазоні «задоволений» і «дуже задоволений» (4,06±1,06 балів пацієнтами Обласного стоматологічного медичного об'єднання Житомирської обласної ради та 4,34±0,59 балів – пацієнтами КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків).

2. При загальній високій задоволеності професійною діяльністю лікарів-стоматологів, виявлені резерви для її підвищення та мотивації до праці за окремими напрямками: удосконалення професійних відносин між лікарями в колективах, між лікарями та адміністраціями закладів, з лікарями інших закладів охорони здоров'я; покращення стану забезпечення ресурсами лікувально-діагностичного процесу; підвищення можливостей професійного розвитку лікарів та рівня заробітної плати.

3. Установлено, що лікарі-стоматологи визнають роль доказової медицини в забезпеченні якості медичної допомоги, інформовані про джерела доказових даних та визначилися з бар'єрами на шляху їх доступності для використання в клінічній практиці: відсутність національних клінічних протоколів; відсутність деякого медичного обладнання та реєстрації в Україні окремих лікарських засобів; дефіцит власного часу та низький рівень володіння англійською мовою, що може бути використано при формуванні галузевої політики зі стандартизації медичної допомоги та безперервного професійного розвитку лікарів.

4. Виявлені проблемні місця підтвердили недосконалість менеджменту в системі управління якістю медичної допомоги в частині зовнішньої та внутрішньої взаємодії між надавачами стоматологічних послуг, ресурсного забезпечення лікувально-діагностичного процесу, у т. ч., медичними технологіями, заснованими на принципах доказової медицини, та кадрової політики, зокрема, мотивації лікарів до праці, підтримки набуття ними нових знань і компетентностей.

Результати дослідження, представлені в Розділі 7, висвітлені в публікаціях автора [232-234]

РОЗДІЛ 8

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ. ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ

8.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги

Глобальність проблеми здоров’я порожнини рота населення широко висвітлена в наукових літературних джерелах і стала одним із центрів уваги впливових міжнародних інституцій, які розробляють рекомендації для країн світу щодо політик і процедур з його покращення. Здоров’я порожнини рота, за висновками експертів ВООЗ, як представлено аналітичними даними у Розділі 1 дисертації, є невід’ємною складовою загального здоров’я та впливає на якість життя людини, суспільство і системи охорони здоров'я через пов'язані з захворюваннями економічні витрати. Спільні фактори ризику хвороб порожнини рота та чотирьох основних груп хронічних захворювань – серцево-судинних, раку, хронічних респіраторних хвороб і діабету – при масштабності поширення в людській популяції, залежності від доступності медико-санітарних послуг і рівня доходу населення переконливо свідчать про необхідність більш активного реагування систем охорони здоров’я, урядів країн, громад і населення на хвороби порожнини рота та розробку заходів з їх подолання на стратегічному і оперативному рівнях.

Цілями сталого розвитку, визначеними Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй у вересні 2015 року, окреслені завдання, пов'язані зі здоров'ям, у т. ч., здоров’ям порожнини рота, зокрема, забезпечення

здорового способу життя, загальне охоплення послугами охорони здоров'я, захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг та до безпечних, ефективних і якісних лікарських засобів [235].

Міжнародні стратегії забезпечення здорового способу життя полягають у орієнтованості систем охорони здоров’я на первинну медичну допомогу та профілактику, чим можливо досягти модифікації ризикованої поведінки населення з метою зміцнення здоров’я порожнини рота (запровадження практики гігієни порожнини рота, раціонального споживання цукровмісних продуктів, зниження/відмова від використання тютюну та обмеження надмірного споживання алкоголю). Орієнтованість систем охорони здоров’я порожнини рота на первинну профілактику і первинну медичну допомогу узгоджується з розвитком можливостей місцевих громад та відповідає положенням Джакартської декларації про просування здоров'я у XXI столітті [236]. Профілактична складова необхідна для формування безпечного й сприятливого середовища, зокрема, забезпечення якості питної води й продуктів харчування, необхідних для здоров’я порожнини рота населення громад, забезпечення санітарії місць проживання, розробки й реалізації демонстраційних проєктів і освітніх програм на рівні місцевих популяцій, зменшення фінансових витрат домогосподарств на стоматологічну допомогу.

На національному рівні профілактичні стратегії щодо здоров’я порожнини рота повинні бути інтегровані в державні програми охорони й зміцнення загального здоров’я населення, профілактики неінфекційних захворювань, зокрема, регулювання маркетингу цукрів, тютюну, алкоголю, та фінансової доступності стоматологічної допомоги для населення, чого бракує в Україні, за даними результатів дослідження.

Незважаючи на пріоритетність профілактики в охороні здоров’я порожнини рота, затребуваність у лікувально-діагностичній допомозі залишатиметься високою внаслідок демографічних змін в структурі населення та наслідків реалізації значної частини факторів ризику. Задовольнити потреби населення у стоматологічній допомозі можливо шляхом налаштування на

загальне охоплення послугами охорони здоров'я, доступність стоматологічної допомоги за фінансовою, географічною, технологічною, організаційною та іншими складовими на основі підходу, орієнтованого на потреби людини. За висновками експертів ВООЗ (2018), вирішення цих завдань можливе, зокрема, за умови зміцнення систем охорони здоров’я, підвищення їх керованості, якості функціонування в таких аспектах, як формування політики, стратегії, планування, організація системи, регулювання надання стоматологічних послуг, зовнішні оцінки, фінансування, кадрове та технологічне забезпечення [237 – 240].

Для безпосередніх надавачів стоматологічних послуг це означає необхідність розробки, впровадження, підтримки функціонування та постійного вдосконалення системи управління якістю стоматологічної допомоги з метою забезпечення спроможності закладу охорони здоров’я надавати адекватні відгуки на потреби населення у збереженні здоров’я порожнини рота та стоматологічній допомозі за умови безпеки послуг, їх ефективності та орієнтації на індивідуальні потреби кожного пацієнта.

На нормативно-правовому рівні в Україні передбачено функціонування систем управління якістю в сфері охорони здоров’я відповідно до вимог національної версії міжнародних стандартів на системи управління якістю у випадку бажання закладу охорони здоров’я отримати вищу акредитаційну категорію. Таким чином, для окремих закладів досягається комплексна стандартизація діяльності, складовими якої виступають ліцензування медичної практики, акредитація, стандартизація медичних технологій на основі принципів доказової медицини та стандартизація управлінської діяльності (сертифікація системи управління якістю).

Ліцензування є базовим регулятором якості обов’язкового характеру для кожного закладу охорони здоров’я. Акредитація до 01.01.2019 р. також носила обов’язковий характер, надалі набула статусу добровільного бажання закладів охорони здоров’я демонструвати спроможність надавати послуги більш високого рівня якості. Стандартизація медичних технологій на основі

принципів доказової медицини на галузевому рівні з 2017 року проводилась у значно зменшеному обсязі, ніж тим, який практикувався з 2012 по 2016 роки; галузевим наказом заклади охорони здоров'я уповноважені адаптувати міжнародні рекомендації до власних умов самостійно. Сертифікація систем управління якістю охоплює переважно заклади високоспеціалізованої медичної допомоги; кількість закладів, які прагнуть сертифікувати свої системи управління якістю, також зменшилась із запровадженням добровільного проходження акредитації. Усе це свідчить про послаблення державної регуляторної політики в напрямку постійного поліпшення якості медичної допомоги, що створює ризики підтримки закладами охорони здоров'я мінімального рівня якості медичної, у т. ч. стоматологічної, допомоги. Це пов'язано з відсутністю інструментів мотивації закладів охорони здоров'я до акредитації та сертифікації за умов недостатнього рівня розвитку ринку медичних послуг і культури відносин між їх надавачами та замовниками.

Особливості змістовності й викладення вимог стандарту на системи управління якістю викликають труднощі при їх інтерпретації та подальшому використанні в закладах охорони здоров'я, оскільки ці вимоги носять універсальний характер для систем управління якістю закладів будь-якого виду економічної діяльності, не віддзеркалюють специфіку управління в сфері охорони здоров'я. Оновлення вимог стандартів на системи управління якістю версії 2015 року в порівнянні з попередньою версією 2009 року також не додали більш чіткого розуміння для використання в закладах охорони здоров'я. Водночас міжнародна система стандартизації прогресувала в напрямку розробки цільового стандарту, адаптованого до сфери охорони здоров'я, чого не спостерігалось у вітчизняній системі стандартизації систем управління якістю.

Проведене дослідження систем управління якістю, що функціонували за вимогами стандарту на системи управління якістю 2015 року, підтвердило доцільність розробки його адаптованої до вітчизняних умов версії для сфери охорони здоров'я.

Установлено, що розроблені та запроваджені системи управління якістю стоматологічної допомоги забезпечили певні позитивні зрушення на шляху до підвищення якості стоматологічної допомоги. Їх можна вважати придатними своєму призначенню, оскільки в їхніх межах у кожному закладі визначено Політику в сфері якості та встановлені цілі, для досягнення яких розроблено заходи. Сформовано основну ціль – задоволення потреб пацієнтів у якісній стоматологічній допомозі та постійне підвищення задоволеності одержаною послугою.

Однак виявилися істотні резерви поліпшення управлінської діяльності в досліджуваних закладах шляхом використання національних стандартів на системи управління якістю, ідентичних міжнародним стандартам, та інших регуляторів якості медичної допомоги. Це стало для автора аргументами доцільності удосконалення вже запровадженої системи управління якістю та обґрунтування й розробки на її основі концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги.

Так, стандартом на системи управління якістю передбачено визначати вимоги замовника, законодавчі й регламентувальні вимоги й постійно їх задовольняти. Основними замовниками для закладів стоматологічної допомоги є пацієнти з потребами у профілактичних і лікувально-діагностичних заходах для підтримки й відновлення здоров’я порожнини рота.

Результатами дослідження встановлено, що стан здоров’я порожнини рота населення Житомирської, Харківської та Чернігівської областей упродовж 2010-2019 років суттєво погіршився та віддзеркалював загальні тенденції здоров’я порожнини рота населення України та, як наслідок, високі потреби у стоматологічній допомозі. Так, у Житомирській області спостерігався найвищий рівень звернень пацієнтів з приводу хвороб пародонту – 177,5 осіб з кожних 10 тис. нас., і найвищий серед досліджуваних областей відсоток злоякісних новоутворень порожнини рота в III-IV стадіях в 2019 році – 56,6%, який за останні 10 років постійно зростав. У Харківській області спостерігалося значне зростання злоякісних новоутворень порожнини рота, виявлених вперше

в III-IV стадіях (з 37,7% до 42,0%). У Чернігівської області потреби населення в санації були найвищими серед населення досліджуваних областей та зросли за 10 років з 57,5% до 61,5% від числа оглянутих осіб; онкологічна патологія порожнини рота зростала найвищими темпами (з 6,8 до 7,8 на 100 тис. нас.) з найвищим рівнем смертності від неї (4,8 на 100 тис. нас. у 2019 році). Ці дані вказали на низьку якість профілактичної роботи серед населення, несвоєчасність діагностики соціально значимих онкологічних хвороб з локалізацією в порожнині рота.

Причинами погіршення стану здоров'я порожнини рота населення регіонів, де проводилось дослідження, слід вважати, як і загалом в Україні, вікові фактори (постаріння населення) та комплекс реалізованих факторів ризику (низька фізична активність, порушення режиму й складу раціону харчування, надмірне вживання алкоголю, тютюнопаління, низький рівень гігієни порожнини рота), зокрема, серед населення працездатного віку та підлітків.

З метою задоволення потреб населення досліджуваних областей у стоматологічній допомозі, покращення стану здоров'я порожнини рота та виконання нормативно-правових вимог з питань якості стоматологічної допомоги профільними обласними закладами високоспеціалізованої медичної допомоги Житомирської, Харківської та Чернігівської областей були прийняті стратегічні рішення – запровадити систему управління якістю стоматологічної допомоги відповідно до [168]. Таке рішення могло посилити й підтримати зусилля закладів щодо підвищення якості стоматологічної допомоги, на додаток до виконання вимог ліцензування, акредитації та стандартизації медичних технологій.

У кожному закладі, відповідно до стратегічного рішення, було розроблено й запроваджено систему управління якістю стоматологічної допомоги, що підтверджено відповідними сертифікатами та пакетами супровідних документів. Однак подальший розгляд функціонування запровадженої системи в реальних умовах стоматологічної практики не

отримав достатньо підтверджень щодо виконання закладами взятих зобов’язань відповідно до вимог, що висуваються стандартом до систем управління якістю.

Так, ефективність функціонування системи управління якістю прямо залежить від чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, в оточенні яких вона перебуває. Стандарт на системи управління якістю надає примірний перелік цих чинників. Однак, як свідчать результати дослідження, заклади сформували переліки чинників на свій розсуд, і надалі ці переліки не використовуються для управлінського аналізу в повному обсязі, перевага надається аналізу змін законодавства в сфері охорони здоров’я. Визначені чинники розглядаються лише як негативні, без оцінки можливості запровадження нових або удосконалення вже впроваджених організаційних і медичних технологій, а отже, не використовуються закладами як дієвий аргумент для оперативно-тактичного реагування на ці виклики. Доцільно стверджувати, що реагування на виклики відбувається в такому разі шляхом ситуаційного або «ручного» управління, а формальний підхід до чинників оточення на етапі планування діяльності закладів стає потенційною загрозою для забезпечення надання якісної стоматологічної допомоги.

Аналіз виконання вимог стандарту на системи управління якістю щодо сфери застосування цього стандарту засвідчив, що досліджувані заклади фактично проігнорували галузеві нормативні вимоги щодо розробки/адаптації технологій медичних утручань на основі принципів доказової медицини на рівні закладу, шляхом прийняття керівником адміністративного рішення. Такий підхід обумовив на практиці відсутність використання клінічних технологій на основі принципів доказової медицини, недотримання такого критерію якості медичної допомоги, як її ефективність, який вимірюється обсягом використання доказових технологій. Це суперечить міжнародним підходам до змісту критеріїв якості, а отже, значно знижує доступність якісної стоматологічної допомоги до пацієнтів.

Виявлено, що за даними глибинних інтерв’ю, лікарі-стоматологи вбачають бар’єрами доступності до використання в клінічній практиці

доказових технологій стоматологічної допомоги наступне: відсутність національних клінічних протоколів; відсутність деякого медичного обладнання, що унеможливлює виконання міжнародних клінічних рекомендацій; відсутність реєстрації в Україні окремих лікарських засобів, які внесені до міжнародних клінічних рекомендацій; дефіцит власного часу та низький рівень володіння англійською мовою для автентичного перекладу оригінальних документів на українську мову.

Виявлено, що керівники досліджуваних закладів надають перевагу адміністративно-ієрархічному підходу до управління, ігнорують системний і процесний підходи до управління діяльністю як процесами у їх взаємозв'язку, як вимагає стандарт на системи управління якістю. Доведено, що це обумовлюється суперечністю вимог стандарту до структури системи управління якістю як системи взаємопов'язаних процесів [168] та стандартів акредитації до побудови адміністративно-ієрархічної організаційної структури закладу під керівництвом вищого менеджменту. Намагання запровадити процесний підхід до управління стикається з вимогами управління «по-вертикалі»; в практичній діяльності керівників переважає дотримання вимог акредитації. Існування двох систем управління обумовлює формальність використання процесного підходу, стає чинником ризику зниження ефективності управління, скерованого на забезпечення якості стоматологічної допомоги.

Формальний характер процесного підходу в досліджуваних закладах, як провідного принципу управління якістю, підтверджено тим, що він задекларований лише у відповідних задокументованих методиках, але не використовується на практиці. Процес надання стоматологічної допомоги залишився традиційно розподіленим за структурними підрозділами та/або лікарями, й передбачає використання застарілих лікувально-діагностичних технологій. Отже, основний процес залишився не стандартизованим як організаційно, так і технологічно, що збільшує ризики дискоординації дій учасників процесу, його переривчастості та використання не доведених за

своєю ефективністю світовою клінічною практикою лікувально-діагностичних утручань.

Клінічні маршрути пацієнта, як організаційні регламенти надання стоматологічної допомоги, носять узагальнений описовий характер, без «прив'язки» до нозологій; у них не простежується послідовність і механізми взаємодії структурних підрозділів – учасників лікувально-діагностичного процесу. Це свідчить про низький рівень організації процесу надання стоматологічної допомоги, відповідальність за яку несе керівництво досліджуваних закладів, а також складнощі для закладів охорони здоров'я у використанні стандарту на системи управління якістю в частині вимог до процесного управління та дотримання такого критерію якості як пацієнт-орієнтованість.

Водночас опис процесів не містить критеріїв і планових клінічних індикаторів якості, як маркерів перебігу і результативності процесів, що створює ризики низької ефективності керування ними. Формування критеріїв і планових індикаторів здійснюється незалежно від ідентифікованих процесів; переважають показники обсягу наданих послуг і використаних ресурсів, сформовані з традиційних показників офіційної статистичної звітності за відсутності використання клінічних індикаторів якості. Як наслідок, у закладах не сформовані наочні панелі індикаторів як інструментів управління процесами через систему зворотного зв'язку, що дозволило б керівникам приймати правильні управлінські рішення шляхом своєчасного регулювання відхилень фактичних індикаторів процесів від планових.

Доведено, що представлені керівництвом досліджуваних закладів напрями Політики в сфері якості сумнівні щодо можливості їх реалізації, оскільки піддаються впливу нечітко визначених чинників зовнішнього і внутрішнього середовища. Виявлені розбіжності між зобов'язаннями, задекларованими Політиками в частині забезпечення фінансової доступності пацієнтів до стоматологічної допомоги, доступності доказових технологій,

активного виявлення ступеня задоволеності пацієнтів якістю стоматологічних послуг, і фактичним виконанням таких зобов'язань.

Виконання вимог стандарту щодо дій стосовно ризиків і можливостей здійснюється з відхиленнями від вимог, що підтверджено недоліками при ідентифікації чинників зовнішнього та внутрішнього середовища. Заходи з попередження реалізації ризиків відображають вимоги діючого законодавства до безпеки функціонування закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю. Не практикується «прив'язки» ризиків до ідентифікованих процесів, що могло б підвищити безпеку та ефективність останніх, не втратити з поля зору усі ризики, характерні для даного закладу, та запровадити серед виконавців ризик-орієнтованого мислення, спрямованого на попередження або мінімізацію реалізації ризиків на їх робочому місці.

Установлено, що виконання провідних управлінських функцій – цілепокладання й планування діяльності з досягнення основної мети – не зазнали змін за результатами впровадження системи управління якістю. Показано, що етап планування став переломним моментом для фактичної відмови керівництва досліджуваних закладів від процесного підходу, але повного збереження адміністративно-ієрархічного управління, відмежування системи управління якістю від системи загального управління закладом, оскільки оперативно-тактичними планами передбачена діяльність лише за частиною ідентифікованих процесів при збереженні традиційних підходів до планування діяльності.

У оперативно-тактичних планах не знайшли свого відображення ті види діяльності, що докорінним чином стосуються управління якістю: управління ризиками; розробка і впровадження клінічних технологій на принципах доказової медицини; формування бази знань закладу як одного з провідних ресурсів; навчання персоналу з питань якості; моніторинг клінічних і неклінічних індикаторів якості; внутрішній аудит; опитування пацієнтів щодо задоволеності одержаною стоматологічною допомогою та персоналу – роботою в даному закладі охорони здоров'я.

Цільові планові показники якості на рівні закладу містять вже згадані вище показники обсягу наданих послуг і використаних ресурсів, сформовані з традиційних показників офіційної статистичної звітності. Кількісні значення планових системних індикаторів якості не обґрунтовані, що вказує на слабку орієнтованість стоматологічної допомоги на потреби населення. Має місце практика застосування індикаторів, що втратили свою актуальність та не віддзеркалюють визнані світовим менеджментом якості характеристики якісної медичної допомоги («моделі кінцевих результатів»).

Аналіз даних щодо виконання вимог стандарту на системи управління якістю до людських ресурсів продемонстрував, що рівень кадрового забезпечення досліджуваних закладів як лікарями-стоматологами, так і молодшим персоналом із середньою спеціальною освітою, високий. Однак має місце дефіцит зубних гігієністів, внаслідок чого надзвичайно важливі для пацієнтів профілактичні гігієнічні процедури догляду виконуються лікарями-стоматологами, що непритаманне за фахом професіоналам з вищою медичною освітою. Високий кваліфікаційний рівень лікарів, який підтримується безперервним професійним розвитком, сполучається з використанням ними застарілих, неактуальних знань, представлених у стандартах стоматологічної допомоги, створених шляхом фахового консенсусу ще у 2004 році. Заклади виявилися не готовими до наданих на нормативно-правовому рівні можливостей здійснювати самостійну дослідницьку й нормотворчу діяльність з адаптації міжнародних клінічних рекомендацій за методиками МОЗ України до локальних умов. Як наслідок, виявлено низький рівень розуміння працівниками вимог до якості та використання критеріїв та клінічних індикаторів якості стоматологічної допомоги, що підтверджено застосуванням стандартів стоматологічної допомоги низького рівня якості. Лікарі-стоматологи різних субспеціальностей, лінійні керівники та топ-менеджери змушені оперувати громіздкими наборами показників якості, що потребують удосконалення за змістовністю, кількістю, структуруванням. Це, крім додаткового навантаження

на персонал, створює ризики його негативного ставлення до системи управління якістю.

Виявлено, що розподіл функцій, зобов’язань і повноважень працівників, задіяних до позаштатних організаційних структур, необхідних для функціонування системи управління якістю, не супроводжується додатковим тематичним навчанням та матеріальною мотивацією. Загалом спостерігається обмежене залучення персоналу до управління якістю стоматологічної допомоги, всупереч принципу широкої їх участі в управлінні якістю, представленому в стандарті на системи управління якістю.

Показано, що незважаючи на періодичне оновлення медичного обладнання, зберігається певний його дефіцит – від 15,0% до 33,7%, в залежності від закладу, у порівнянні з табелем оснащення закладів стоматологічного профілю. Зовнішні та внутрішні взаємодії закладів і їх структурних підрозділів нечітко визначені; не розроблені механізми взаємодії, як «по-вертикалі», так і «по-горизонталі». Обмежено застосовуються сучасні комунікаційні платформи – вебсайти для маркетингу та зворотного зв’язку з пацієнтами та партнерами. Сучасне комп’ютерне програмне забезпечення використовується не на повну потужність. Усе вищезазначене свідчить про недостатній рівень забезпечення процесу стоматологічної допомоги матеріально-технічними, інформаційними ресурсами, організаційними та комунікативними технологіями. Отримані дані свідчать про ризики надання ефективної медичної допомоги в частині її комплексності, своєчасності, пацієнт-орієнтованості.

Доведено, що організаційні технології зворотного зв’язку, представлені вимогами стандарту на системи управління якістю, – моніторинг, оцінка якості, внутрішній аудит, опитування пацієнтів – не інтегровані повною мірою в практику оперативно-тактичного управління закладами охорони здоров’я: внутрішні аудити використовуються формально; технології моніторингу підміняються експертною оцінкою; організаційні структури зворотного зв’язку громіздкі за побудовою та нелогічні за змістом, що створює перешкоди для

адекватного формування обсягу і змісту управлінської інформації, необхідної для підтримки прийняття управлінських рішень. Діяльність з поліпшення якості орієнтована на усунення, а не попередження дефектів стоматологічної допомоги та інших видів діяльності, а на системному рівні проводиться переважно у відповідь на зміни діючого законодавства. Інноваційні технології обмежені впровадженням нових матеріалів та препаратів (цементів, герметиків, лікарських засобів).

Результатами дослідження доведено, що пацієнти продемонстрували найнижчі оцінки задоволеності фінансовою доступністю стоматологічної допомоги (3,76±0,05 – 4,34±0,59 балів за п’ятибальною шкалою) у порівнянні з оцінками інших складових якості. Задоволеність професійною діяльністю лікарів-стоматологів отримала найнижчі оцінки за позиціями «професійні відносини між лікарями», «відносини між лікарями та адміністраціями закладів», «професійні відносини з лікарями інших закладів охорони здоров’я» (діапазон оцінок відповідно 4,2±0,4 – 4,4±0,7 балів, 4,4±0,5 – 4,5±0,5 балів, 4,0±1,0 – 4,4±0,7 балів за 5-тибальною шкалою). Цим продемонстровано недостатній рівень фінансової доступності населення до стоматологічної допомоги, проблеми корпоративної культури та взаємодії лікарів різних етапів медичної допомоги, що впливає на такі складові якості стоматологічної допомоги, як безперервність, комплексність та доступність.

За підсумком, за умовною шкалою, відповідність дотримання вимог стандарту на системи управління якістю стоматологічної допомоги та відповідно рівень її розвитку отримали оцінку, в залежності від закладу та позицій [168], що піддавались оцінці, з оцінками у 2 бали за 16,0% позицій, 3 бали – за 44,0% позицій по кожному закладу, 4 бали – за 32,0% позицій, 5 балів – лише за однією позицією, що склало 4,0% від усієї кількості позицій, що оцінювались. У одному закладі відповідність виконання вимог за однією позицією оцінено в 1 бал.

Таким чином, загалом заклади отримали найнижчі оцінки у 2-3 бали за переважною більшістю позицій стандарту – 60,0% – за умовною шкалою, на

відповідність яким оцінювалась фактично запроваджена система управління якістю, що вказало на значні резерви удосконалення менеджменту в закладах охорони здоров’я, де проводилось дослідження.

У підсумку, результати дослідження засвідчили:

- недостатній рівень підтримки керівництвом досліджуваних закладів активного функціонування системи управління якістю після етапів її розробки та впровадження в закладах охорони здоров’я стоматологічного профілю;

- подібність виявлених відхилень від вимог стандарту на системи управління якістю та закономірності їх проявів по усім досліджуваним закладам;

- наявність можливостей поліпшення функціонування системи (рівень розвитку системи в кожному з досліджуваних закладів за 60,0% позицій, що оцінювались, дорівнює 2-3 бали за п’ятибальною шкалою);

- потреби в удосконаленні системи в теоретико-практичному, інформаційно-аналітичному та навчально-методичному аспектах.

Обґрунтовуючи концептуальну функціонально-організаційну модель системи управління якістю стоматологічної допомоги, автором виявлено ряд перешкод до повноцінного застосування вимог [168] з метою постійної підтримки системи управління якістю в актуальному стані, які знаходяться поза межами закладів охорони здоров’я. Оскільки сертифікація закладів охорони здоров’я в Україні пов’язана з акредитацією адміністративним шляхом навіть при запровадженні акредитації на добровільних умовах, можна стверджувати, враховуючи результати дослідження, що такий примусовий характер сертифікації схиляє керівників закладів охорони здоров’я до формального впровадження системи управління якістю з метою отримання сертифікату, а не покращення якості медичної допомоги, та демотивує керівників використовувати на практиці більш прогресивну систему управління на основі безперервного покращення якості, якою є [168]. Стандарт на системи управління якістю, як доведено дослідженням, не використовується як

повсякденний інструмент поліпшення якості стоматологічної допомоги та розвитку системи управління нею.

З іншого погляду, як вище зазначалось, стандарт містить універсальні вимоги до систем управління якістю для будь-яких організацій, незалежно від виду їх економічної діяльності, що ускладнює його використання в охороні здоров'я за специфічних умов функціонування. Використання стандарту вимагає ретельного слідування задокументованим процесам і процедурам, що вимагає постійного навчання виконавців процесів на робочих місцях. Відсутнє належне методичне забезпечення використання стандарту, що ускладнює розуміння ідеї та змісту його вимог, а отже, знижує інтерес до його застосування. Стислі пояснення окремих вимог у примітках та додатках до стандарту на системи управління якістю, як видно з результатів дослідження, недостатньо забезпечують методичну допомогу користувачам стандарту для повсякденного активного застосування його в закладах охорони здоров'я, як було доведено на прикладі закладів стоматологічного профілю.

Ураховуючи, що система управління якістю є лише одним з інструментів поліпшення якості медичної, у т. ч. стоматологічної допомоги, а результатами дослідження доведено вплив інших, зовнішніх механізмів регулювання якості медичної допомоги – стандартів акредитації, стандартів медичних технологій, ліцензійних умов, інших нормативно-правових вимог – на ефективність застосування стандартів на системи управління якістю в закладі охорони здоров'я, слід розглянути розробку концептуальної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги в контексті особливостей змістовності та використання й цих зовнішніх механізмів.

Ліцензування медичної допомоги передбачає отримання ліцензіатом права на медичну практику. У цілому зміст ліцензійних умов полягає в наявності переліку нормативних вимог до діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема, частково – до забезпечення якості медичної допомоги.

Незважаючи на усталену думку, що виконання ліцензійних умов забезпечує мінімальний рівень якості медичної допомоги, слід визнати значну

їх обмеженість за цією позицією, оскільки вони не торкаються багатьох складових якості. Важливими є також недостатня кількість відповідних нормативно-правових документів галузевого рівня організаційно-методичного характеру, призначених для імплементації ліцензійних умов безпосередньо в клінічну практику, в процес надання медичної допомоги, його ресурсне забезпечення та управління, а також застарілість їх змістовного наповнення.

Суб'єктом ліцензування в Україні є виключно МОЗ України, а видається ліцензія на підставі лише поданих документів за встановленим переліком, за заочною процедурою. Достовірність даних, поданих до розгляду на предмет ліцензування до МОЗ України, на місцях не перевіряється. До процедури ліцензування не залучаються представники місцевого самоврядування та громадських об'єднань пацієнтів даної громади, для оцінки доцільності функціонування закладу, який бажає отримати ліцензію, на території даної громади, та можливої фінансової підтримки діяльності цього закладу.

Стандарти акредитації, як і ліцензійні умови, також містять вимоги дотримання закладами охорони здоров'я положень нормативно-правових документів, носять узагальнений характер та однаковість за більшістю вимог до підрозділів для усіх типів закладів охорони здоров'я, незалежно від виду медичної допомоги, яка ними надається. Стандарти акредитації не містять вимог імплементації процесного та системного підходу, а отже, управління процесами, а зосереджені переважно на ресурсах, частково – на процесі медичної допомоги та на окремих результатах. Перевірка дотримання стандартів акредитації третьою стороною методично не забезпечена, а сконцентрована на встановленні відповідності діяльності нормативним вимогам; не передбачено підтвердження правильності виконання інструкцій, алгоритмів дій і медичних процедур на рівні медичний працівник-пацієнт, що не дозволяє переконатись у дотриманні медичних технологій.

Стандарти акредитації в Україні застарілі, оскільки розроблені ще у 2011 році, зміни та доповнення вносились лише в 2013 році; поточна остання редакція наказу МОЗ України, який затверджує стандарти акредитації, на

момент підготовки дисертації, відбулась у 2013 році, а за пропозиціями автора у складі робочої групи – у 2021 році. За умов набуття з 01.01.2019 добровільного характеру акредитації в Україні, відсутні будь-які механізми мотивації закладів охорони здоров’я до проходження акредитації, зокрема, в умовах однакової оплати за надану медичну послугу за державною програмою медичних гарантій, незалежно від того, чи акредитований заклад. Усе це дискредитує стандарти акредитації з точки зору можливості забезпечення акредитованими закладами охорони здоров’я більш високого рівня якості медичної допомоги, зокрема, стоматологічної.

Відомо, що клінічні настанови, розроблені з використанням клінічних доказів систематичних досліджень, є основою розробки клінічних протоколів медичної допомоги. За умови їх використання лікарем для надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнту доведено покращення якості медичної допомоги за критеріями безпеки, високої вірогідності отримання позитивного клінічного результату, економічної доступності. Отже, клінічні настанови залишаються безальтернативним інструментом як основи для розробки та впровадження клінічних протоколів медичної допомоги на принципах доказової медицини. МОЗ України задекларовано можливості використання клінічних настанов закладами охорони здоров’я за умови повної адаптації їх безпосередньо в закладах. Цим створені загрози до забезпечення єдиних підходів до стандартизації медичної допомоги на національному рівні та координації дій різних типів закладів і етапів надання медичної допомоги пацієнту, який того потребує. На рівні закладу охорони здоров’я, як доведено дослідженням, існують бар’єри для адаптації клінічних настанов власними силами. Неможливо також на локальному рівні вирішити питання щодо використання незареєстрованих в Україні лікарських засобів та медичних виробів, посилання на які є в клінічних рекомендаціях.

Акредитація закладів охорони здоров’я, як і наявність сертифікату на системи управління якістю, жорстко контролюються МОЗ України, без залучення до проходження процедури акредитації представників органів

місцевого самоврядування, громадських організацій пацієнтів та медичних працівників.

Таким чином, доведено:

- нечіткий розподіл вимог до забезпечення якості медичної допомоги між різними інструментами державного регулювання якості, дублювання вимог ліцензування й акредитації в частині нормативно-правової відповідності діяльності закладів охорони здоров’я;

- надмірний адміністративний вплив на процедури ліцензування, акредитації, сертифікації з боку МОЗ України;

- уповільнення, починаючи з 2017 року, розвитку національної системи стандартизації медичних технологій;

- застарілість, низьку якість стандартів акредитації за змістом і обсягом; їх формальний характер, який не дозволяє судити про прогрес у досягненні якості медичної (стоматологічної) допомоги для пацієнта; недосконалість процедури перевірки їх дотримання;

- формальний підхід до впровадження стандартів на системи управління якістю, спрямований на отримання сертифікату, а не на вдосконалення системи та поліпшення якості медичної (стоматологічної) допомоги; труднощі і складнощі у розумінні ідеї і змісту цих стандартів і підтримці їх постійного використання як інструменту розвитку і системного вдосконалення управління закладом; низька методична забезпеченість використання стандартів на системи управління якістю;

- відсутність механізмів мотивації закладів охорони здоров’я до постійного поліпшення якості медичної допомоги шляхом проходження акредитації та сертифікації системи управління якістю;

- на міжнародному рівні перераховані механізми регулювання якості медичної допомоги постійно удосконалюються, що доведено результатами теоретичного дослідження, представленого в Розділі 1 дисертації, чого не спостерігається в Україні.

Ураховуючи виявлені за результатами дослідження недоліки, міжнародний досвід та високі потреби населення у профілактичній та лікувально-діагностичній стоматологічній допомозі, доцільно запропонувати шляхи оновлення зовнішніх регуляторів якості медичної допомоги, у т. ч., стоматологічної.

Таким чином, обґрунтовуючи концептуальні підходи до функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги, слід покладати в їх основу:

- міжнародні принципи просування здоров'я у XXI столітті;
- принципи профілактичної спрямованості систем охорони здоров’я, їх орієнтації на первинну медичну допомогу;
- курс на зміцнення й посилення керованості систем охорони здоров’я за рахунок оновлення вимог державних регуляторів якості медичної допомоги;
- специфічні особливості сфери охорони здоров’я в частині стандартизації систем управління якістю медичної допомоги, що обумовлює доцільність адаптації вимог стандарту на системи управління якістю до умов галузі, на відміну від наявного універсального стандарту, який використовується керівниками закладів охорони здоров’я для впровадження системи управління якістю;
- результати власного дослідження.

Звідси обґрунтування концептуальних підходів до розробки функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги полягає у наступному (рис. 8.1):

1. Розробка і впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги визначається необхідністю задоволення високих потреб населення у профілактичній і лікувально-діагностичній стоматологічній допомозі, з огляду на низький стан здоров’я порожнини рота української популяції та значну поширеність факторів ризику його порушення.

2. Доцільність розробки та впровадження функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги на нових концептуальних засадах обумовлюється постійним розвитком міжнародних механізмів регулювання якості в сфері охорони здоров'я – ліцензування, акредитації, сертифікації систем управління якістю, стандартизації медичних технологій, чого не спостерігається в Україні. Необхідна адаптація цих

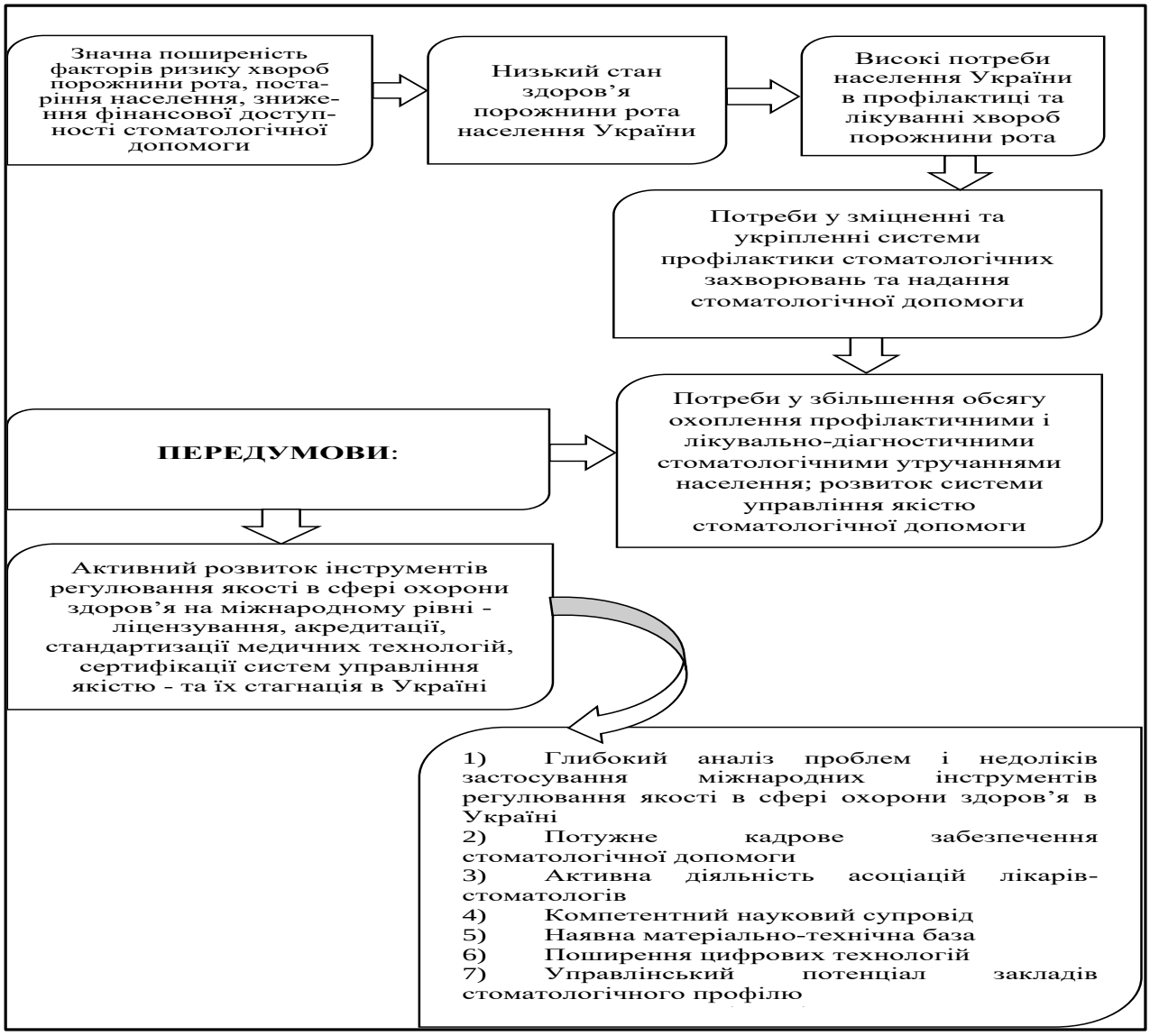

Рис. 8.1. Обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги

докорінно змінених за останні десятиріччя механізмів до національних умов з метою інтеграції вітчизняного менеджменту якості у європейський медичний

простір та досягнення більш високого рівня якості лікування, діагностики, профілактики стоматологічних захворювань.

3. Побудова функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги на нових концептуальних засадах необхідна для більш ефективної управлінської діяльності, спрямованої на цільове планування, організацію та координацію діяльності з питань якості, своєчасне реагування на невідповідності в процесах надання стоматологічної допомоги й активну інноваційну політику. Одним з інструментів такої системи доцільно обрати оновлену версію стандарту на системи управління якістю, адаптовану до сфери охорони здоров'я, запроваджену на міжнародному рівні та відсутню в Україні.

4. Прогнозована успішність функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги на нових концептуальних засадах засновується на тривалому досвіді впровадження та використання державних механізмів управління якістю медичної допомоги, глибокому аналізі проблем і недоліків їх застосування, потужному кадровому забезпеченні стоматологічної допомоги, компетентному науковому супроводі, наявній матеріально-технічній базі закладів стоматологічного профілю, можливостях опанування цифрових технологій, потенціалі закладів охорони здоров'я, лікарських асоціацій, місцевих громад та інституцій вищих рівнів управління.

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

Класичні підходи до побудови систем управління, визнані й актуальні у всьому світі, передбачають визначення мети створення системи, розробки цільових показників, які можуть вказати ступінь досягнення мети, структурних елементів системи та їх взаємозв'язків, призначених для досягнення цілей, функцій структурних елементів і механізмів управління. До систем управління якістю додаються елементи, пов'язані з цією категорією, а в сфері охорони

здоров’я до них доцільно додати ще й специфічні складові, які відображають особливості медичної діяльності.

При розробці запланованої моделі автор вбачав системоутворюючим елементом концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги потреби населення в стоматологічній допомозі, задоволеність яких є ключовою метою діяльності системи. Потреби, в свою чергу, складаються із запитів на профілактичні технології та лікувально-діагностичну допомогу, результат яких має відповідати критеріям якості.

Збір, аналіз і покладання результатів аналізу в основу управлінських рішень з визначення потреб населення у стоматологічній допомозі має здійснюватися Центром громадського здоров’я МОЗ України, регіональними центрами контролю і профілактики хвороб. Адже саме на ці інституції покладені завдання моніторингу та оцінки стану здоров’я населення.

Закладами охорони здоров’я первинної медичної та спеціалізованої (стоматологічної) допомоги, які розташовані на територіях об’єднаних територіальних громад (ОТГ) і регіонів і спроможні та зобов’язані надавати стоматологічну допомогу безпосередньо населенню, також мають проводитись вибіркові епідеміологічні дослідження, аналіз захворюваності за зверненнями громадян, аналіз демографічних даних з метою планування потреб населення у стоматологічній допомозі та ресурсів для їх задоволення.

Система управління якістю стоматологічної допомоги повинна зберегти свою багаторівневу структуру, з огляду на регуляторну функцію держави в забезпеченні якості та розподіл функцій і повноважень між центральними органами виконавчої влади (МОЗ України) та департаментами охорони здоров’я регіональних органів влади і відділами охорони здоров’я органів управління об’єднаними територіальними громадами. Зазначені структурні елементи системи представляють суб’єкт управління на різних його рівнях.

Першочерговим механізмом управління на державному рівні в частині профілактичної складової функціонування системи пропонується посилення

наявного законодавства боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами, контроль якості питної води та гігієни довкілля. Посилення таких популяційних стратегій на державному рівні, оскільки вони в існуючому варіанті не забезпечують раціональну поведінку населення, може суттєво скоротити витрати на дороговартісне лікування захворювань порожнини рота. Зокрема:

1) потребує посилення контроль за виконанням законодавства боротьби з тютюном; удосконалення механізмів боротьби з тютюнопалінням та його профілактики;

2) потребує розробки цільове законодавство боротьби з надмірним споживанням алкоголю та алкоголізмом; необхідна розробка заходів з координації та взаємодії між суб’єктами-учасниками профілактичної роботи проти надмірного споживання алкоголю та алкоголізму;

3) необхідно підвищити державний контроль за мікроелементним складом питної води з метою приведення його у відповідність за вмістом фтору;

4) необхідно забезпечити мотивацію національних виробників фтормісних зубних паст та фтормісних продуктів харчування;

5) налагодити державне регулювання споживання цукровмісних напоїв і продуктів, яке відсутнє в Україні;

6) удосконалити механізми мотивації та створення доступності населення до фізичної культури і спорту;

7) неухильно й постійно забезпечувати гігієну довкілля;

8) постійно провадити широку просвітницьку роботу серед населення з питань збереження здоров’я порожнини рота через засоби масової інформації та використання цифрових технологій.

Такими напрямами державної політики можливо забезпечити посилення профілактики спільних факторів ризику для здоров’я порожнини рота та найбільш поширених ХНІЗ.

Зважаючи на спільність факторів ризику хвороб порожнини рота та найбільш поширених ХНІЗ, як рекомендовано Всесвітньою Асамблеєю з охорони здоров'я 27 травня 2021 року, бажано застосувати наступний механізм управління здоров'ям порожнини – програмний підхід шляхом розробки національної, регіональних і місцевих програм зміцнення та відновлення здоров'я населення, складовою яких є здоров'я порожнини рота. Використовувати цей механізм доцільно Кабінету Міністрів України, департаментам охорони здоров'я регіональних органів влади та органам управління об'єднаними територіальними громадами (ОТГ).

Програмно-цільовий підхід в управлінні здоров'ям населення має свою історію в Україні, і не являється абсолютно новим підходом до регулювання популяційного здоров'я. Однак на певних етапах розвитку і реформування сфери охорони здоров'я він був скасований, після введення фінансування медичних послуг Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Відсутність загальнонаціональної програми зміцнення та відновлення здоров'я населення України, зокрема, її складових з профілактики й лікування окремих захворювань, на погляд автора є неприйнятним, оскільки вказує на випадіння такої важливої й значимої для запуску усіх наступних управлінських дій функції менеджменту, як планування в сфері охорони здоров'я, в даному випадку, на рівні органів виконавчої влади. Ця практика поширюється таким чином і на інші рівні управління системою охорони здоров'я.

На кожному рівні управління, в межах функцій менеджменту, має здійснюватися, зокрема, планування якості стоматологічної допомоги та профілактичних заходів із збереження та підтримки здоров'я порожнини рота населення. Планування має відштовхуватись від епідеміологічних даних щодо стану здоров'я порожнини рота населення певної території, чим визначаються потреби у стоматологічній допомозі.

Фактично планування в сфері охорони здоров'я за практикою, що склалася з 2018 року, концентрується навколо фінансової складової за рахунок бюджетних коштів, що розподіляє НСЗУ за фактично надані медичні послуги.

Це є дуже важливим, але не охоплює усі напрями діяльності системи охорони здоров'я, що підлягають плануванню. За умови, що фінансування може забезпечуватися з різних джерел, а складові діяльності в сфері охорони здоров'я містять не лише послуги з надання медичної допомоги, доцільно планувати заходи з охорони здоров'я та надання медичної, у т. ч., стоматологічної допомоги, з урахуванням можливостей багатоканального фінансування. У такому випадку фінансування за вже прийнятими позиціями від НСЗУ стає складовою такого планування.

Заходи загальнонаціональної програми можуть забезпечуватися фінансуванням, таким чином, з державного бюджету для окремих, соціально захищених законодавством верств населення, дотаціями з регіональних бюджетів, бюджетів ОТГ, добровільними внесками, коштами міжнародних організацій, коштами роботодавців та інших джерел фінансування, не заборонених законодавством. Такі форми оплати мають обов'язково включати відвідування кожним жителем країни гігієніста зубного або лікаря-стоматолога хоча б один раз на рік з профілактичною метою, додатково до пакету послуг, що оплачуються НСЗУ для дитячого населення та надання екстреної стоматологічної допомоги.

У рамках реформи місцевого самоврядування в Україні відкриваються реальні можливості підвищення обсягу фінансування профілактичної складової програми зміцнення й відновлення здоров'я населення, коли місцеві громади за умов законодавчої відповідальності за здоров'я своїх громадян можуть виділяти частину коштів з місцевих бюджетів для профілактичних заходів з попередження хвороб порожнини рота, зокрема, одноразового протягом року відвідування кожним жителем гігієніста зубного або лікаря-стоматолога.

Більш забезпечені громадяни можуть користуватися програмами добровільного медичного страхування, розвиток яких також може відбуватися за підтримки органів місцевого самоврядування.

Реалізація профілактичної складової програми зміцнення та відновлення здоров'я населення в частині стоматологічної допомоги здійснюватиметься в

умовах закладів первинної та спеціалізованої (стоматологічної) медичної допомоги, як об’єктах управління. У складі цих заходів має бути популяційна й персональна профілактика хвороб порожнини рота через інформаційний вплив на фактори їх ризику, спостереження за перебігом інших хронічних неінфекційних захворювань, патогенетично пов’язаних з патологією порожнини рота, та вторинна профілактика їх декомпенсації, професійні втручання з підтримки гігієни порожнини рота населення під час профілактичних відвідувань. Ці втручання доцільно здійснювати гігієністом зубним з метою підтримки стану здоров’я порожнини рота та підготовки пацієнта, за потреби, до більш кваліфікованих утручань лікарем-стоматологом. Заходів галузевого рівня потребуватиме підготовка гігієністів зубних у закладах вищої освіти на рівні бакалаврів медицини, а виділення та укомплектування посад гігієністів зубних потребує управлінських рішень керівників закладів спеціалізованої (стоматологічної) медичної допомоги та, за можливості, первинної медичної допомоги.

Зміцнення та відновлення здоров’я населення на принципах підвищення якості профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги, зокрема й стоматологічної, неможливі без змін до механізмів регулювання якості, що використовуються на усіх рівнях управління сферою охорони здоров’я.

Як свідчить міжнародний досвід ліцензування, даний механізм торкається не закладів охорони здоров’я, а індивідуальної медичної практики професіоналів і фахівців. В Україні такий досвід охоплює незначну кількість кадрових ресурсів, зокрема, стоматологічного профілю. Це означає, що не використовуються повною мірою такі можливості ліцензування, як мотивація лікарів до постійного підвищення професійного рівня, дотримання регламентів під час виконання професійних обов’язків, усвідомлення відповідальності за результати роботи, необхідності побудови партнерських відносин з пацієнтом і т. і.

Однак національні особливості набули стійкості стосовно ліцензування господарчої практики, яка позначається у закладах охорони здоров’я як

медична практика. За умов дотримання усталених національних підходів, ліцензійні умови, на думку автора, можуть бути удосконалені таким чином, щоби вони стали повноцінним і єдиним інструментом серед інших, який дозволяє встановити відповідність діяльності закладу охорони здоров'я нормативно-правовим вимогам.

Концептуально це означає, що ліцензійні умови мають упорядковано концентрувати в собі законодавчі вимоги, а заклади охорони здоров'я повинні демонструвати відповідність діяльності та гарантії надання мінімальної за рівнем, але якісної медичної допомоги відповідно до цих вимог.

З цих позицій ліцензійні умови мають бути переглянутими та доповненими, з виключенням аналогічних вимог із стандартів акредитації, що дублюються. Демонстрація відповідності діяльності ліцензіата галузевим нормативно-правовим вимогам має бути документально підтверджена. Таким чином можна досягти зміцнення ліцензійних вимог і охоплення ними усіх напрямів діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до повного обсягу нормативно-правових вимог, чого в діючих умовах не спостерігається, як доведено аналізом матеріалів дослідження в Розділах1, 4-6 дисертаційної роботи.

До самої процедури проведення ліцензування доцільно долучити органи місцевого самоврядування через представників громад та представників громадських об'єднань пацієнтів для погодження функціонування закладу, що претендує на роботу на даній території. Такий підхід сприятиме усвідомленому вибору місцевої громади з формування мережі закладів охорони здоров'я на своїй території та плануванню можливої фінансової підтримки діяльності цього закладу за окремими напрямами для вирішення актуальних завдань покращення здоров'я місцевої громади.

Концептуальні підходи до удосконалення акредитації, з урахуванням досвіду міжнародних програм акредитації та національного досвіду, можуть бути представлені наступним чином.

На думку автора, виходячи з результатів дослідження, звільнення стандартів акредитації від вимог простого слідування нормативно-правовим вимогам необхідно замінити вимогами до чіткого покрокового виконання лікувально-діагностичного процесу на персональному рівні, тобто, пацієнта, оскільки узагальнений агрегований підхід, який дотепер використовувався в стандартах акредитації та похідних галузевих нормативно-правових документах за темою якості медичної допомоги й лише частково охоплював процес медичної допомоги, не дозволяє експертам з акредитації, тобто третій стороні, об’єктивно й достовірно встановити, наскільки дійсно медична допомога є якісною на рівні окремого пацієнта та чи насправді якість постійно покращується.

Ідеологія процедури акредитації має бути спрямована на підтвердження дотримання інструкцій, методик, алгоритмів, процедур як складових процесу медичної допомоги на персональному рівні, оскільки в першу чергу, якість забезпечується на робочому місці лікаря, де він зустрічається з пацієнтом і надає йому медичну допомогу. Такий підхід вимагає удосконалення стандартів акредитації, зміст яких має бути диференційованим за видами медичної допомоги, типами і профілями закладів охорони здоров’я, а в їхніх межах – конкретизованим на рівні процедур, алгоритмів дій, методик, інструкцій, порядків, операцій, тобто, найпростіших прийомів, які виконуються провайдерами медичних послуг при наданні медичної допомоги пацієнтові з даним захворюванням.

Звідси, сутність процедури акредитації має бути спрямована на доведення зовнішнім експертам керівниками, медичними та іншими працівниками даного закладу правильності покрокового виконання процесу надання медичної допомоги пацієнту з певним захворюванням, дотримання ними правил безпеки медичних утручань, керованості процесу надання медичної допомоги, його належного ресурсного забезпечення та постійного покращення цієї діяльності шляхом усунення прогалин/невідповідностей і впровадження інноваційних технологій. Тобто, вимоги стандартів акредитації мають бути спрямовані на

перевірку дотримання стандартів клінічної практики та її ресурсного забезпечення третьою стороною в реальних клінічних умовах.

У свою чергу, це вимагає наявності детальних покрокових інструкцій, процедур, алгоритмів, порядків дій тощо з виконання лікувально-діагностичного процесу, на відповідність яким має проводитись зовнішня незалежна оцінка експертами з акредитації в закладі охорони здоров’я, який надає визначений вид і профіль медичної допомоги, зокрема, стоматологічної.

Оскільки процес медичної допомоги тісно пов’язаний з його ресурсним забезпеченням та управлінням, оціночна процедура процесу медичної допомоги під час проведення акредитації автоматично охопить і оцінку компонентів допоміжних процесів (ресурсного забезпечення та управління процесом), тобто, компонентів структури і процесів менеджменту.

Процедури, маніпуляції, будь-які інші дії, що складають процес медичної допомоги, містять в собі певні небезпеки для пацієнта, як і найближче середовище (оточення), в якому процес відбувається. Тому стандартами акредитації та предметом оцінки дотримання їх вимог логічно визнати й безпеку профілактичних та лікувально-діагностичних утручань. З цих позицій необхідно врахувати рекомендації та небезпеки ОЕСР стосовно глобальних дій із забезпечення безпеки пацієнтів [241]. Це такі найбільш поширені небезпеки як: помилки застосування лікарських препаратів; внутрішньолікарняні інфекції; недотримання правил безпеки при наданні хірургічної допомоги; недотримання правил безпеки при виконанні ін'єкцій; помилки при діагностиці; недотримання правил безпеки при виконанні переливання крові; помилки при використанні променевих методів діагностики та лікування; сепсис; венозна тромбоемболія.

Значна частина цих небезпек присутня при наданні стоматологічної допомоги у більшості випадків; при наданні медичної допомоги при онкологічній патології порожнини рота можуть мати місце практично усі перераховані небезпеки.

З метою детальної диференціації стандартів акредитації в частині безпеки пацієнта, реалізації принципу наближення стандартів до робочого місяця медичного працівника, де він безпосередньо контактує з пацієнтом і надає йому медичну допомогу, можна при їх розробці скористатися Міжнародною класифікацією безпеки пацієнтів, прийнятою ВООЗ та Всесвітнім Альянсом з безпеки пацієнтів (2009), якою визначені небезпеки за напрямами: 1) клінічне введення пацієнта (клінічний менеджмент); 2) клінічний процес / процедура; 3) документація; 4) інфекція, пов'язана з охороною здоров'я; 5) лікарські засоби / рідини для інфузій; кров /препарати крові; 6) харчування; 7) медичні гази (кисень); 8) медичні прилади /обладнання; 9) поведінка персоналу, пацієнта; 10) нещасні випадки з пацієнтами; 11) інфраструктура/будівлі/пристосування; 11) ресурси/організаційне управління.

Таким чином, буде можливо досягти проактивного управління ризиками, забезпечити їх «прив'язку» до процесів надання стоматологічної допомоги, поширити й підтримувати, за умов постійного інформування й навчання персоналу, ризик-орієнтоване мислення, як того вимагають стандарти на системи управління якістю, а отже, в цій частині досягти точок дотику останніх і стандартів акредитації.

За аналогією вимог до стандартизації дій в процесі медичної допомоги, що вимагатиме розробки процедур, алгоритмів дій, методик, інструкцій, порядків, операцій і т. і. як для виконавців, так і для зовнішніх експертів/аудиторів, дії із попередження ризиків вимагають розробки та впровадження стандартизованих процедур (протоколів, чек-листів, контрольних списків, стандартних операційних процедур), які зменшать залежність виконання рутинних операцій від людського фактору та дозволять їх здійснювати найбільш ефективним чином, наприклад, миття рук, обробку інструментарію одно- та багаторазового використання, утилізацію відходів і т. і.

Таким чином, концептуальні підходи до удосконалення стандартів акредитації полягають у докорінній зміні їх змісту, а саме, введенні вимог до

покрокового виконання лікувально-діагностичного процесу за визначеними процедурами, алгоритмами дій, порядками, інструкціями та іншими стандартизованими методиками та вимог до безпеки власне лікувально-діагностичного процесу/процесу профілактичної допомоги та середовища, в якому відбувається цей процес, у закладі охорони здоров'я.

Результати акредитації мають використовуватись розпорядниками бюджетних коштів - НСЗУ, а також іншими власниками фінансування закладів охорони здоров'я з не заборонених законодавством джерел для диференційованого підходу до оплати послуг, які надаватимуться акредитованим закладом охорони здоров'я, а пацієнтами – для пріоритетного вибору закладу охорони здоров'я, який може задовольнити його потреби в медичній допомозі.

Розробкою стандартів акредитації, зокрема, вимог до процедур за стандартизованими методиками їх виконання і заходів з безпеки пацієнтів, повинна займатися незалежна агенція, діяльність якої бажано узгодити з МОЗ України, на кшальт взаємодії НСЗУ та МОЗ України. Завданнями цієї агенції має бути й підготовка експертів з акредитації для закладів охорони здоров'я усіх типів і профілів діяльності та видів медичної допомоги. Підготовка експертів повинна бути спрямована на формування їх навичок та компетенцій здійснювати процедуру акредитації за радикально зміненими підходами, а саме:

1) зменшення до мінімуму бюрократичних процедур встановлення відповідності діяльності нормативно-правовим вимогам, що переноситься до процедури перевірки дотримання ліцензійних вимог;

2) спостереження за виконанням персоналом процедур, догляду за хворими в режимі реального часу;

3) персональне спілкування експертів з пацієнтами (опитування) з метою встановлення їх задоволеності перебуванням в даному закладі охорони здоров'я та результатами (проміжними, остаточними) медичної допомоги;

4) персональне спілкування експертів з медичними працівниками (опитування) з метою оцінки знань і вмінь виконання конкретних процедур за встановленими методиками, алгоритмами, інструкціями і т. і.

Удосконалення стандартів акредитації має відбуватися постійно, з переглядом з частотою не рідше один раз на 3 роки, а за потреби – частіше.

Наступний інструмент управління якістю стоматологічної допомоги – стандарти медичних технологій, розроблені на принципах доказової медицини. Досвід розробки УКПМД за нозологічним принципом мультидисциплінарними робочими групами за методичного супроводу фахівців Державного експертного центру МОЗ України засвідчив позитивне ставлення медичної спільноти на місцях, безпосередньо в закладах охорони здоров’я, до використання цих продуктів, оскільки результатами дослідження доведено неспроможність самостійної адаптації закладів охорони здоров’я, де проводилось дослідження, міжнародних клінічних рекомендацій до практичного використання. Адаптація клінічних рекомендацій, навіть за наявності методики адаптації, розробленої МОЗ України, – це складний творчий процес, який потребує консолідованої участі науковців, лікарів, експертів, перекладачів. Намагання покласти його на заклади охорони здоров’я, де переважну частину працівників складають лікарі, які надають медичну допомогу пацієнтам упродовж основної частини робочого часу, довело його безрезультатність, про що доведено даними дослідження.

Стандартизація медичних технологій в Україні потребує свого відродження в напряму подальшої адаптації клінічних настанов, розробки галузевих УКПМД при найбільш поширених і значимих за соціальними наслідками захворювань, зокрема, порожнини рота, та перегляду й оновлення цих документів, створених більш ніж п’ять років тому. Особливої уваги потребує подальший розвиток маршрутизації пацієнтів, направлений на координацію різних видів і етапів медичної допомоги, її своєчасність, безперервність, мультидисциплінарність і комплексність.

Розробку і впровадження галузевих УКПМД в практику діяльності закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю, слід покласти не лише на

мультидисциплінарні робочі групи за методичного супроводу фахівців Державного експертного центру МОЗ України, але й активно долучати до цих процесів представників профільних лікарських асоціацій.

Адаптацію міжнародних клінічних настанов до національних умов може продовжувати одна з структур МОЗ України, яка вже виконувала ці функції, - Державний експертний центр, разом з представниками національних лікарських асоціацій за профілем медичної спеціальності та громадських об’єднань пацієнтів.

Локальна адаптація клінічних протоколів медичної допомоги на основі галузевих, як і проведення маркетингових та епідеміологічних досліджень та відповідного глибокого аналізу даних, розробка клінічних маршрутів пацієнтів потребують виконання науково-дослідницьких функцій, створення відповідних організаційних структур і їх ресурсного забезпечення в закладах хорони здоров’я. У стратегічній перспективі це може бути реалізовано шляхом поступового укрупнення й перетворення закладів спеціалізованої медичної допомоги в університетські клініки як основного функціонально-структурного елементу системи медичної допомоги. Лікарі університетської клініки мають стати професіоналами високого рівня, які провадять клінічну практику у тісному поєднанні з науково-дослідницькою діяльністю.

Концептуальний підхід до удосконалення такого інструменту державного регулювання якістю як стандарт на системи управління якістю з наступною сертифікацією останніх полягає в адаптації стандарту до сфери охорони здоров’я. Це означає проведення його аутентичного перекладу та надання офіційного дозволу на використання національної версії в сфері охорони здоров’я. Такий підхід сприятиме покращенню методичного забезпечення [168], а отже, бажанню більш активного використання його керівниками закладів охорони здоров’я.

Керівники закладів охорони здоров’я повинні отримати специфічний для сфери охорони здоров’я стандарт для побудови й надійної підтримки функціонування системи управління якістю в підпорядкованому закладі.

Основою національної версії та її передумовою слід вважати міжнародний стандарт, специфічний для сфери охорони здоров’я [242]. До тексту цього стандарту необхідно ввести примітки з поясненнями специфічних вимог до сфери охорони здоров’я, в додатках до стандарту представити детальне роз’яснення цих вимог.

Відмінності стандарту для сфери охорони здоров’я полягають, зокрема, в необхідності уточнення термінології. Це дозволить керівникам закладів охорони здоров’я, аудиторам, органам, що здійснюють інші контрольні функції, медичним працівникам, пацієнтам однозначно інтерпретувати поняття та розмовляти на спільній зрозумілій мові стосовно якості медичної допомоги.

Моніторинг і оцінку якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги, бажано здійснювати в межах удосконалених механізмів регулювання якості, однак на основі принципу демократизації їх проведення. Зокрема, планові/позапланові перевірки дотримання ліцензійних умов слід проводити за обов’язкової участі не лише представників МОЗ України, але й регіональної влади, лікарських асоціацій, громадських організацій пацієнтів, засобів масової інформації. Таким чином процедура перевірки набуватиме більш демократичного характеру, а місцева громада буде більш широко інформована про діяльність закладу, що спонукатиме її приймати рішення щодо його додаткового фінансування з власних джерел місцевої програми профілактики хвороб та зміцнення здоров’я порожнини рота або обмеження виділення коштів в разі виявлення об’єктивних доказів неспроможності виконувати закладами охорони здоров’я взяті зобов’язання. Цим буде забезпечуватися реалізація функцій мотивації закладів охорони здоров’я до надання більш якісної медичної допомоги, як і диференційований підхід до пріоритетного фінансування акредитованих та сертифікованих закладів охорони здоров’я.

Як показано результатами дослідження, критеріїв якості медичної, у т. ч., стоматологічної допомоги, чимало, але в цілому бажано користуватися найбільш актуальними – критеріями ефективності, безпеки, своєчасності,

доступності, доказовості та орієнтованості на пацієнта (OECP, 2010), які дозволяють одразу ж здійснювати її виміри:

1) ефективність – це частка пацієнтів, які отримали медичну допомогу відповідно до стандартів медичних технологій, створених на принципах доказової медицини;

2) безпека пацієнтів – це частота невідповідностей при наданні медичної допомоги, які не повинні були бути допущені, та частота запобіжних явищ, число яких може бути скорочено більш заощадливими методами діагностики та лікування;

3) орієнтованість на пацієнта – визначається через задоволеність пацієнтів шляхом їх опитувань та включає в себе комплексність медичної (стоматологічної) допомоги, як частка випадків безперебійного, послідовного і всебічного надання допомоги, адаптованого до потреб пацієнтів.

Зазначені критерії мають покладатися в основу вимірювань якості у закладах охорони здоров’я будь-якого профілю, зокрема, стоматологічного, та моніторингу прогресу в досягненні більш високого рівня якості. Однак для цього необхідні зусилля як з боку закладів охорони здоров’я, так і інших інституцій.

Координатором діяльності інституцій державного і галузевого рівнів, дотичних до участі у виконанні національної програми зміцнення та відновлення здоров’я населення, зокрема, порожнини рота, доцільно визнати МОЗ України, регіонального рівня – відповідні департаменти охорони здоров’я, а місцевого рівня – відділи охорони здоров’я органів управління ОТГ. У закладах охорони здоров’я координаційні функції на оперативному рівні доцільно покладати на представника керівництва закладу з якості або одного із заступників керівника, а на стратегічному рівні – на медичну раду закладу охорони здоров’я.

Так, як виявлено результатами дослідження, найбільшої фінансової підтримки здоров’я порожнини рота потребує така програма в Чернігівській області, оскільки віковий ценз її населення найвищий серед населення інших

досліджених регіонів, а середній наявний дохід на одного жителя найменший, що вносить свій негативний внесок у стан здоров'я порожнини рота жителів цього регіону.

Важливими заходами регіональних програм мають стати цільова підготовка медичних працівників з питань своєчасної діагностики візуальних форм онкологічних хвороб, у т. ч., губи та порожнини рота. Особливу увагу з цього питання слід звернути очільникам і розробникам зазначених програм Житомирської і Чернігівської областей.

У Харківській області, як виявлено результатами дослідження, відбулося найвище зростання серед інших областей питомої ваги пролікованих зубів з ускладненим карієсом серед усіх пролікованих зубів з приводу карієсу, що є вказівкою на необхідність підвищення якості лікування карієсу у населення на початкових стадіях, підвищення активності населення щодо дотримання заходів з первинної і вторинної профілактики карієсу.

Ураховуючи запропоновані зміни до стандартів акредитації, діяльність з підготовки закладів охорони здоров'я до акредитації та перевірка дотримання акредитаційних вимог має набувати практично постійного характеру. З цією метою незалежна агенція з акредитації має стати координаційним центром, який визначає порядок акредитації, підготовку і скерування експертів з профільних питань до закладів охорони здоров'я визначеного типу і профілю медичної допомоги, проведення ними перевірок готовності або підтримки виконання стандартів акредитації у вже акредитованих закладах та представлення звітів для присвоєння/підтвердження акредитаційної категорії. Цим досягається постійний моніторинг і оцінка дотримання клінічних протоколів медичної допомоги, розроблених на принципах доказової медицини, та заходів з безпеки пацієнтів зовнішніми експертами.

Моніторинг і оцінка системи управління якістю стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я мають здійснюватися на усіх рівнях управління (самоменеджменту; лінійних керівників – для моніторингу і оцінки складових процесу; відповідальних за процеси; керівника закладу – для оцінки

системи управління) в рамках дотримання вимог [168] з урахуванням методичної складової, представленої в [242], адаптованого до вітчизняної системи охорони здоров’я шляхом автентичного перекладу. Моніторинг і оцінка мають стати інструментами зворотного зв’язку в системі управління якістю стоматологічної допомоги, поруч з внутрішнім аудитом і різними засобами отримання інформації про задоволеність пацієнтів стоматологічною допомогою.

Експертна діяльність в закладі охорони здоров’я запроваджується у випадках дефектів для службового розслідування їх причин та прийняття заходів з попередження повторних випадків. До складу експертів в даному закладі охорони здоров’я бажано включати спеціалістів з інших закладів охорони здоров’я, представників профільних лікарських асоціацій, громадських об’єднань пацієнтів. Експертні групи, в залежності від складнощі випадку, організовуються, за потреби, в департаментах охорони здоров’я та відділах охорони здоров’я органів управління об’єднаних територіальних громад.

Медична рада закладу охорони здоров’я має виконувати функції органу прийняття колегіальних рішень з питань планування, організації, координації діяльності, моніторингу й оцінки якості стоматологічної допомоги та її поліпшення. З цією метою склад медичної ради повинен формуватися із представників усіх структурних підрозділів закладу охорони здоров’я, представників лікарських асоціацій, територіальних громадських об’єднань пацієнтів, органів місцевого самоврядування, на відміну від практики формування складу медичної ради з обмеженого кола осіб, які фактично є адміністрацією закладу, як доведено результатами дослідження.

Управлінська функція поліпшення якості медичної допомоги, відповідно до вимог стандарту на системи управління якістю, полягає у проведенні коригувальних дій за результатами моніторингу, аудиту (внутрішнього, зовнішнього), а також впровадження інновацій, тобто, абсолютно нових технологій. Це можуть бути організаційні, фінансові, логістичні, навчальні, освітні, цифрові та інші технології, на відміну від тих, які виявлені

результатами дослідження (застосування лише нових медичних виробів і лікарських засобів).

Концептуальна функціонально-організаційна модель системи управління якістю стоматологічної допомоги представлена на рис. 8.2.

8.3. Упровадження окремих елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги. Експертна оцінка ефективності моделі

Окремі елементи обґрунтованої та розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги впроваджені за участю автора на державному, галузевому та локальному рівнях управління в сфері охорони здоров’я.

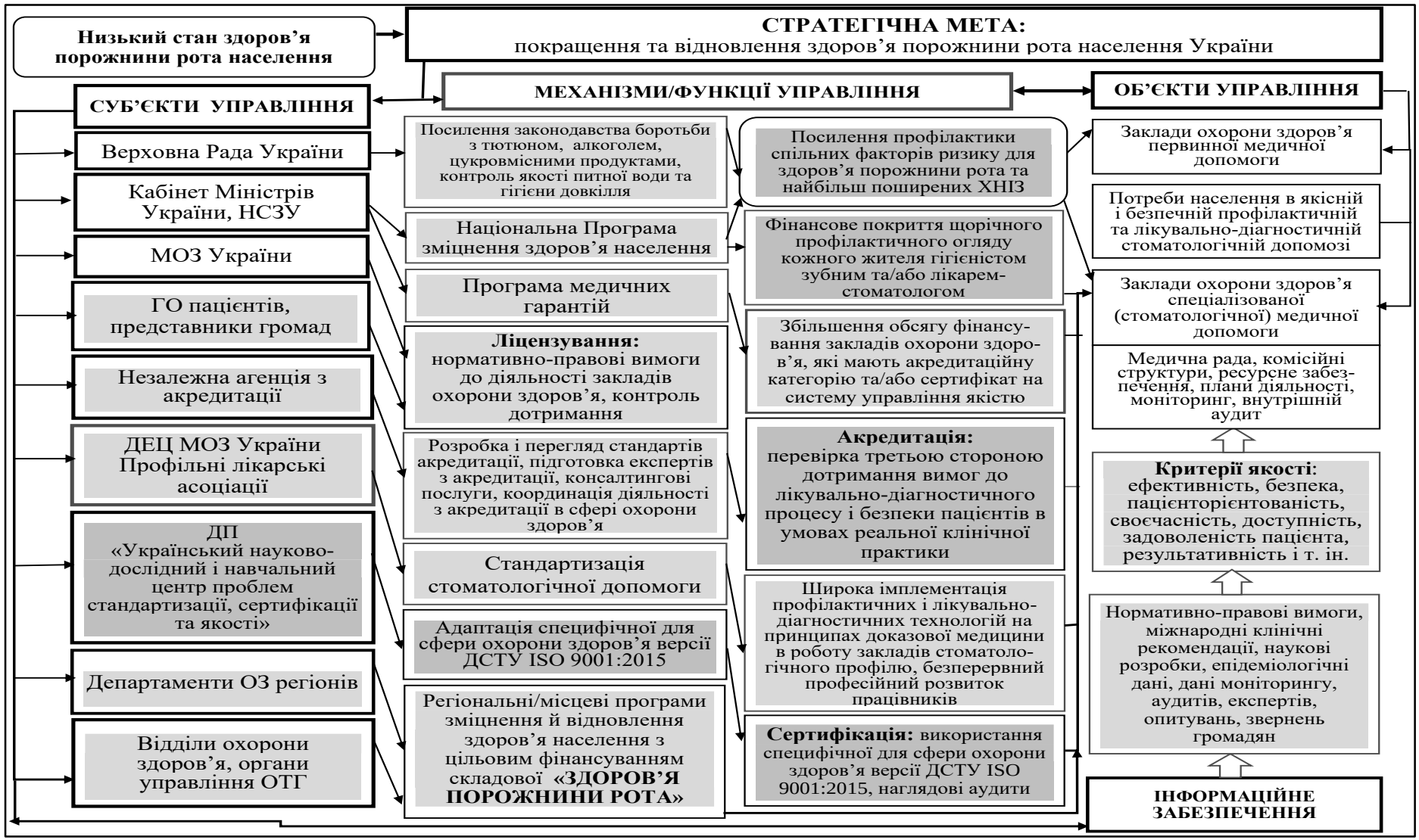

Рис. 8.2. Концептуальна функціонально-організаційна модель системи управління якістю стоматологічної допомоги

Примітка: Удосконалені елементи | Нові елементи

На державному рівні наказами [243, 244] Національного органу стандартизації – ДП «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості (ДП «УкрНДНЦ») прийнято національний стандарт, гармонізований з європейськими та міжнародними стандартами, методом підтвердження з наданням чинності з 01 січня 2020 року, співавтором адаптації якого був автор дисертаційної роботи. Співавторство підтверджено членством автора дисертаційної роботи у Технічному комітеті (ТК) 181 «Стоматологія. Система управління якістю», як директора Державного підприємства «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України, затвердженого наказом ДП «УкрНДНЦ» 02 серпня 2018 р. № 254 «Про внесення змін до наказу ДП «УкрНДНЦ» від 18 жовтня 2016 р. № 333». Сферою діяльності та об’єктами стандартизації, закріпленими за ТК 181 «Стоматологія. Система управління якістю» визначені, зокрема, згідно з кодами: ДК 004:2008 01.040.11 Охорона здоров’я (Словники термінів); 03.120.10 Управління якістю та забезпечення якості — у частині виробництва стоматологічних виробів; 03.120.99 Інші стандарти стосовно якості у галузі стоматології.

У адаптованому до сфери охорони здоров’я стандарті чітко представлений перелік характеристик якості медичної допомоги: відповідний, правильний догляд; доступність, досяжність послуг до пацієнта; безперервність медичної допомоги; ефективність, тобто, очікуваний позитивний клінічний результат; результативність, або найкраще можливе співвідношення між досягнутими результатами та використаними ресурсами; неупередженість; надання медичної допомоги на основі науково обґрунтованих знань; орієнтованість на пацієнта; залучення пацієнта; безпека пацієнта; своєчасність медичної допомоги. Оскільки закладам охорони здоров’я пропонується самостійно визначати ці характеристики з урахуванням пріоритетності в місцевому контексті, чітке представлення характеристик якості в стандарті може значно полегшити цю задачу керівникам закладів охорони здоров’я.

У стандарті на системи управління якістю для сфери охорони здоров’я також чітко визначено поняття потреб в медичній допомозі (health need). Вони представлені як відхилення поточного стану здоров'я пацієнта від критеріїв бажаного стану здоров'я. Важливість цього поняття полягає в тому, що його розуміння тісно пов’язано з основною метою діяльності закладу охорони здоров’я в сфері якості – забезпечення задоволеності пацієнтів на основі визначення їх потреб у медичній допомозі та очікувань від спілкування з системою охорони здоров’я.

Стандартом на системи управління якістю для сфери охорони здоров’я чітко й зрозуміло інтерпретовано поняття процесного підходу та елементів системи управління якістю для медичних організацій. Процесний підхід повинен бути зосереджений на клінічних процесах, які забезпечують додану цінність для пацієнта через позитивний вплив на стан його здоров'я. Клінічний процес є суттєвим, головним і найважливішим процесом в системі управління якістю медичної допомоги.

Початковий стан здоров’я пацієнта, з яким він звертається за медичною допомогою, є об’єктом клінічного процесу на «вході». Зміни в стані здоров’я в результаті клінічної діяльності – це «вихід» процесу, а сама клінічна діяльність – це та сукупність дій, яка перетворює «входи» клінічного процесу на «виходи».

Клінічні процеси в закладі охорони здоров'я повинні бути визначені за видами проблем зі здоров'ям, відповідно, основні замовники групуються за однаковим видом проблем зі здоров'ям. Це означає, що увага керівників різних рівнів управління закладу охорони здоров’я при менеджменті клінічних процесів повинна концентруватись на групах пацієнтів з однаковою патологією, а не на структурних підрозділах, де вони отримують медичну допомогу, чим досягається безперервність і своєчасність медичної допомоги в межах закладу.

Клінічний процес тісно пов’язаний з процесами забезпечення ресурсами та менеджменту. Неклінічні процеси опосередковано, але значимо, впливають

на якість результатів клінічної діяльності та включають, зокрема, управління знаннями. Знання безпосередньо застосовуються в клінічних процесах і тісно пов’язані з компетентністю персоналу, який є носієм цих знань.

Керівник закладу як відповідальна особа, повинен скеровувати систему управління якістю на розвиток і підтримку медичних знань, забезпечення застосування медичними працівниками найкращих наявних знань при наданні медичної допомоги шляхом організації навчання, накопичення знань, заохочення обміну та поширення знань в організації.

Підвищення рівня знань, за позиціями стандарту для сфери охорони здоров’я, можливе шляхом включення в систему управління якістю, крім клінічних процесів, двох інших типів процесів – навчальних та / або дослідних медичних процесів, внаслідок того, що вони також орієнтовані безпосередньо на пацієнта. Зазначені типи процесів відсутні в стандарті [168] і вперше введені в міжнародний стандарт для сфери охорони здоров’я.

Основою та фундаментом системи управління якістю в закладах охорони здоров’я, за вимогами адаптованого до національних умов стандарту, є управління клінічними процесами на основі циклу PDCA та ризик-орієнтованого мислення.

Ризик-орієнтоване мислення в сфері охорони здоров’я пов’язується з необхідністю забезпечення безпеки пацієнта та розробкою превентивних заходів стосовно ризиків при їх взаємодії з закладом охорони здоров’я. Основними ризиками, що впливають на стан здоров'я пацієнта, визначені клінічні ризики.

Корисність документу полягає в однозначному трактуванні специфічних понять стосовно якості та наявності додаткових роз’яснень щодо особливостей діяльності в системі управління якістю при наданні медичних послуг.

Пропозиції автора дисертаційної роботи в частині нормативно-правового регулювання якості медичної допомоги враховані при розробці проєкту Постанови КМУ [114], що підтверджено актом впровадження (Додаток К-1).

На галузевому рівні нормативна діяльність автора за результатами дисертаційного дослідження відтворена при підготовці проєктів наказів МОЗ України під час роботи у складі робочих груп (Додатки К-1; Л; М), та наданні пропозицій щодо розробки галузевих протоколів стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини за участю членів ГО «Асоціація стоматологів України» (Додаток К-2). Упровадження елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги в частині формування знань та підвищення обізнаності персоналу з питань якості медичної допомоги, як вимагають стандарти на системи управління якістю, здійснено шляхом співавторства у розробці й тим самим сприяння регулярному проведенні циклу тематичного удосконалення «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» тривалістю 39 та 78 годин для цільової підготовки керівників підприємств, установ і організацій охорони здоров’я лікувального профілю на кафедрі управління охороною здоров’я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика (Додаток К-9).

Матеріали дисертаційної роботи оприлюднені на ряді наукових форумів з публікацією тез в кількості 5 од.

У закладах охорони здоров’я, де проводилось дослідження, взято до використання адаптований до національних умов стандарт на систему управління якістю. Це дозволило переглянути та увести корективи до:

- Політики в сфері якості;
- блоку цільових показників якості згідно з критеріями якості;
- формування переліку та розробки заходів впливу на чинники зовнішнього та внутрішнього середовища як потенційних ризиків, що можуть вплинути на діяльність закладу;
- посадових інструкцій працівників щодо додаткових зобов’язань з питань забезпечення якості;
- планів навчання персоналу з питань якості медичної допомоги в межах закладу охорони здоров’я;

- розмежування діяльності з моніторингу і експертної оцінки якості;
- організації діяльності груп внутрішнього аудиту в напрямку їх активізації. Усі зміни підтверджені актами впровадження (Додаток К-3 – К-8).

Як приклад, у табл. 8.1 наведені пропозиції автора з ідентифікації ризиків внутрішнього середовища, пов'язаних з визначеними у закладі охорони здоров'я процесами, які впроваджені в діяльність досліджуваних закладів.

Таблиця 8.1

Приклади можливої ідентифікації ризиків внутрішнього середовища через процеси (види діяльності) в закладі охорони здоров'я

№ з/п	**Процеси**	**№ з/п**	**Потенційні ризики**
1	**2**	**3**	**4**
1	Основні процеси: профілактики; надання медичної допомоги	1.1	Ризики проєктування та розробки медичної технології (на рівні закладу – ризики при організації та розробці локальних медико-технологічних документів; на рівні лікаря – ризики при розробці персонального плану медичної допомоги конкретному пацієнту)
		1.2	Ризики при наданні медичної допомоги (пов'язані з тривалістю очікування, правильністю ідентифікації пацієнта, згодою на медичне втручання; діагностичні; лікувальні; фармакотерапевтичні; інфекційні; профілактичні; організаційні при взаємодії з іншими закладами/відділеннями; пов'язані з харчуванням в стаціонарі; пов'язані з веденням документації процесу, інші)
2. 2.1	Допоміжні процеси -забезпечення ресурсами: кадровими	2.1	Ризики, пов'язані з наявністю,

			кваліфікаційним рівнем і безперервним професійним розвитком персоналу

продовження табл. 8.1

1	2	3	4
2.2	інфраструктурними	2.2.1	Ризики, пов’язані з медичним обладнанням (відсутність; несправність; невідповідність; помилки при використанні, інші); пов’язані з програмним, транспортним забезпеченням, засобами зв’язку, закупівельними матеріалами (недостатнє, невідповідне, застаріле, пошкоджене тощо)
		2.2.2	Ризики, пов’язані з експлуатацією приміщень, конструкцій, меблів, предметів догляду (їх застарілість, зношеність, пошкодження, несправність, відсутність тощо)
2.3	середовища процесів	2.3.	Ризики: соціальні; етико-деонтологічні; психоемоційні; фізико-хімічні; гігієнічні
2.4.	знаннями, компетентністю, обізнаністю, інформацією	2.4	Ризики, пов’язані з дефіцитом та/або неправильними знаннями, відсутністю / недостатністю компетентності, обізнаності; відсутністю / недостатністю / хибністю інформації
2.5	задокументованою інформацією	2.5	Ризики, пов’язані з недостатністю, недоступністю або затримкою доступу; неясною / неоднозначною / нерозбірливою / неповною інформацією в документі
3	Допоміжні процеси - менеджменту	3.1	Ризики, пов’язані з розробкою політики і цілей, плануванням, організацією, координацією діяльності, оцінкою і аналізом функціонування системи, прийняттям рішень з покращення діяльності

Зокрема, як приклад упровадження заходів з управління потенційними ризиками, можна представити запровадження інноваційних технологій в сфері інфекційної безпеки.

Відомо, що інфекційна безпека займає одне з пріоритетних місць в діяльності керівників закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю. Резерви удосконалення полягають у адаптації світових доказових практик з інфекційної безпеки, які довели свою ефективність, але не використовуються в Україні, зокрема, в досліджуваних закладах. З урахуванням недоліків, які виявлені за результатами дослідження, інноваційні технології інфекційної безпеки в рамках концептуальної функціонально-організаційної моделі управління якістю стоматологічної допомоги було запропоновано удосконалити наступним чином:

1) розробити стандартні операційні процедури з дотримання інфекційної безпеки за різними складовими цієї діяльності для даного закладу охорони здоров’я з урахуванням специфіки та унікальності його діяльності;

2) запровадити використання чек-листів для оцінки відповідності дотримання процедур та нагадування персоналу про правильність їх виконання;

3) забезпечити поліпшення комунікацій відповідальних за інфекційну безпеку осіб;

4) урахувати всі компонентів інфраструктури, які мають вплив на інфекційну безпеку, в програмі ПІК;

5) активно використовувати інструмент внутрішнього аудиту для об’єктивної оцінки відповідності діяльності з інфекційної безпеки;

6) впровадити інтерактивні методики навчання персоналу з питань інфекційної безпеки (табл. 8.2).

Ще одним важливим елементом впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі управління якістю стоматологічної допомоги у досліджуваних закладах слід вважати створення чітких управлінських панелей критеріїв та планових індикаторів якості для різних рівнів управління закладом.

Таблиця 8.2

Упроваджені мультимодальні стратегії удосконалення інфекційної безпеки в досліджуваних закладах охорони здоров’я стоматологічного профілю

Назва елементу системи інфекційної безпеки	**Стратегії удосконалення**
1	**2**
Нормативне регулювання інфекційної безпеки	Додаткове використання світових доказових практик з інфекційної безпеки, адаптованих до даного закладу охорони здоров’я
Моніторинг і оцінка заходів програми ПІІК	Запровадження чек-листів як носіїв критеріїв моніторингу, оцінки та інструменту самоконтролю (система нагадувань)
	Використання внутрішнього тематичного аудиту для оцінки відповідності заходів інфекційної безпеки програмі ПІІК
Компоненти інфраструктури (інженерні мережі, комунікації)	Включення до програми ПІІК заходів з підтримки функціонування й модернізації компонентів інфраструктури (інженерних мереж, комунікацій)
Комісія з інфекційного контролю (КІК)	Введення до складу КІК представників інженерно-господарчої служби
Комунікації з питань інфекційної безпеки	Налагодження комунікацій між зацікавленими сторонами у інфекційній безпеці: клінічними відділеннями, адміністрацією, пацієнтами, їх представниками, позаштатними структурами (КІК, медична рада, рада медичних сестер, внутрішній аудит), інженерно-господарчою службою, вищими органами управління
Вакцинопрофілактика парентеральних гепатитів, грипу у медичних працівників	Включення до заходів програми ПІІК
Навчання працівників з питань інфекційної безпеки	Запровадження інтерактивних форм навчання на робочих місцях
Корпоративна культура	Зміцнення культури інфекційної безпеки, заснованої не на пошуку винних, а на зборі

	даних з метою поліпшення діяльності та відповідної зміни поведінки працівників

Проведення незалежної експертної оцінки запропонованої концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги відбувалося за методикою, наведеною в розділі 2 дисертаційної роботи. Результати наведені в табл. 8.3.

Таблиця 8.3

Результати експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги за п’ятибальною шкалою

№	**Позиції, що піддавались експертній оцінці**	**Результати оцінки**		
		Середня оцінка в балах (M)	**Стандартне відхилення (σ)**	**Коефіцієнт варіації (Cv) у відсотках**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Орієнтованість моделі на потреби населення у зміцненні й відновленні здоров’я порожнини рота *(соціальна складова)*	5,00	0,0	0,0
2	Чіткість визначення критеріїв якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги (ефективність, безпека, пацієнторієнтованість та інші)	4,75	0,44	9,26
3	Чіткий розподіл вимог до якості медичної (стоматологічної) допомоги між: ліцензуванням (нормативно-правові вимоги); стандартизацією медичних технологій (використання доказової медицини – *медична складова*); акредитацією (демонстрація виконання вимог до якості та безпеки медичних утручань на персональному рівні); сертифікацією (стандартизація управлінської	4,75	0,44	9,26

	діяльності)			
	продовження табл. 8.3			
1	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Профілактична спрямованість моделі на законодавчому рівні та шляхом активної участі закладів ПМСД у збереженні здоров'я порожнини рота населення	4,75	0,44	9,26
5	Введення елементів демократичного управління якістю шляхом залучення лікарських асоціацій, ГО пацієнтів, представників громади, ЗМІ, релігійних організацій тощо	4,70	0,47	10,00
6	Диференціація підходів до фінансування закладів охорони здоров'я в залежності від відповідності стандартам акредитації/сертифікації як мотиваційного механізму (*економічна складова*)	4,30	0,57	13,3
7	Перспектива зміцнення й розвитку власної бази знань закладів охорони здоров'я як одного з провідних ресурсів забезпечення якості медичної (стоматологічної) допомоги	4,70	0,47	10,0
8	Покращення методичного забезпечення управління якістю медичної (стоматологічної) допомоги шляхом використання адаптованого до сфери охорони здоров'я «ДСТУ ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я»	4,95	0,22	4,44

Отримані результати засвідчили загалом високий рівень оцінок, наданих експертами: експерти одноголосно підтримали позицією «Орієнтованість моделі на потреби населення у зміцненні й відновленні здоров'я порожнини рота», присвоївши їй максимальну кількість у 5,0 балів оціночної шкали. За іншими позиціями коливання оцінок охоплювали значення від 4,3 балів – за позицією «Диференціація підходів до фінансування закладів охорони здоров'я в залежності від відповідності стандартам акредитації/сертифікації як

мотиваційного механізму» – до 4,95 балів – за позицією «Покращення методичного забезпечення управління якістю медичної (стоматологічної) допомоги шляхом використання адаптованого до сфери охорони здоров'я «ДСТУ ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я». Діапазон відхилень від середнього значення величини оцінки коливався від 0,22 до 0,57, що вказувало на їх типовість для визначених позицій.

Низькі значення коефіцієнту варіації (4,44-9,26%) за більшістю оцінюваних позицій та середні значення (10,0% і 13,3%) лише за двома – «Введення елементів демократичного управління якістю шляхом залучення лікарських асоціацій, ГО пацієнтів, представників громади, ЗМІ, релігійних організацій тощо» та «Диференціація підходів до фінансування закладів охорони здоров'я в залежності від відповідності стандартам акредитації/сертифікації як мотиваційного механізму» – та відсутність варіабельності оцінок вище 20,0% засвідчили високий рівень узгодженості думок експертів по заданим для оцінки
позиціям.

Таким чином, високий рівень отриманих експертних оцінок по кожній запропонованій позиції анкети дозволив стверджувати про життєздатність та дієвість запропонованої за результатами дослідження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги.

Висновки до розділу 8

1. Показано, що населення України має високі потреби в профілактиці та лікуванні хвороб порожнини рота населення за умов значної поширеності факторів ризику, низької фінансової та географічної доступності, невідповідного мікроелементного складу питної води в окремих регіонах та екологічних негараздів довкілля. Проблема здоров'я порожнини рота населення України є частиною аналогічної глобальної світової проблеми, що обумовило

актуальність і доцільність медико-соціального обґрунтування та розробки вітчизняної концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги.

2. Доведено, що передумовами медико-соціального обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги слугували активний розвиток механізмів регулювання якості в сфері охорони здоров’я на міжнародному рівні та їх стагнація в Україні: ліцензування, акредитації, стандартизації медичних технологій, сертифікації систем управління якістю. Додатковими аргументами на користь обґрунтування і розробки моделі стали надмірний адміністративний вплив на зазначені механізми, нечіткий розподіл вимог до регулювання якості між ними, недостатня методична забезпеченість стандартів на системи управління якістю, відсутність механізмів мотивації закладів охорони здоров’я до проходження акредитації та сертифікації.

3. Здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги, відповідні складові якої можуть бути застосовані на державному, галузевому, регіональному, місцевому рівнях та в закладах охорони здоров’я, незалежно від профілю діяльності і виду медичної допомоги, в основу якого покладалися глибокий науковий аналіз теорії і практики світового менеджменту якості, програмних документів ВООЗ, ОЕСР, Джакартської декларації про просування здоров'я у XXI столітті, результати власного дослідження

4. Основними відмінностями запропонованої моделі слід вважати: соціальну спрямованість на задоволення потреб населення у зміцненні й відновленні здоров’я порожнини рота; посилення профілактики хвороб порожнини рота населення на законодавчому рівні; чітке розмежування вимог до управління якістю між умовами ліцензування, стандартами акредитації, стандартами медичних технологій, стандартами на системи управління якістю; введення елементів демократичного управління якістю шляхом залучення

лікарських асоціацій, ГО пацієнтів, представників громади до процедур ліцензування та акредитації; збільшення обсягів державного фінансування акредитованих і сертифікованих закладів охорони здоров'я.

5. Значним надбанням для поліпшення методичного забезпечення системи управління якістю стоматологічної допомоги стала розробка та впровадження специфічного стандарту – «ДСТУ ISO 9001:2015 для сфери охорони здоров'я» за рахунок чіткого визначення критеріїв якості – основи формування індикаторів якості як управлінського інструменту ефективного керування клінічними процесами та іншими видами діяльності в закладі охорони здоров'я.

6. Запропонована і впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель системи управління якістю стоматологічної допомоги отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за п'ятибальною шкалою: за соціальною складовою – 5,0±0,0 балів, за медичною складовою – 4,75±0,44 балів, за економічною складовою – 4,30±0,57 балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

Результати дослідження, представлені в Розділі 8, висвітлені в публікаціях автора [245-258]

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено низький рівень здоров'я порожнини рота населення України та невідповідність розвитку й використання механізмів управління якістю стоматологічної допомоги світовим і європейським підходам. Це створює ризики для задоволення потреб населення в підтримці та відновленні здоров'я порожнини рота, наданні клінічно ефективної, фінансово доступної, безпечної та пацієнт-орієнтованої стоматологічної допомоги й вимагає подальшого пошуку ефективних моделей управління нею.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної загальнонаціональної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги з урахуванням міжнародного досвіду оновлення механізмів регулювання якості в сфері охорони здоров'я, вітчизняних здобутків та результатів власного дослідження, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

1. Установлено, що високий рівень потреб населення України в стоматологічній допомозі обумовлюється зростанням упродовж 2010-2019 років поширеності хвороб порожнини рота з 50,700.65 до 51,351.75 на 100 тис. нас., зокрема, хвороб пародонту – з 15,216.46 до 15,931.00 на 100 тис. нас., раку губи та ротової порожнини – з 24.56 до 31.92 на 100 тис. нас.; високими рівнями поширеності карієсу – відповідно 31,501.68 та 30,833.52 на 100 тис. нас. Зокрема, в Чернігівській області спостерігались найвищі потреби в санації – 57,5%–61,5% від числа оглянутих осіб та найвищий рівень смертності від новоутворень порожнини рота – 4,3–4,8 на 100 тис. нас., в Житомирській – найвищий відсоток (56,6%) злоякісних новоутворень, виявлених у III-IV стадіях, в Харківській – найактивніша динаміка зростання питомої ваги останніх (з 37,7% до 42,0%).

2. Виявлено, що рівень підтримки функціонування розроблених та впроваджених систем управління якістю стоматологічної допомоги керівництвом обласних закладів стоматологічного профілю - КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка», КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» м. Харків, Обласного стоматологічного медичного об’єднання Житомирської обласної ради - не забезпечує повної відповідності цих систем вимогам стандартів до менеджменту якості, що зумовлює недосконалості цілепокладання, планування діяльності, управління клінічним і допоміжними процесами та їх ризиками, а також кадрової політики в сфері якості, організаційних, медичних, комунікаційних, інноваційних технологій.

3. Доведено, що однією із суттєвих перешкод на шляху до ефективного управління якістю стоматологічної допомоги є одночасне існування в закладах адміністративно-ієрархічної та процесної організаційних структур. Це пов’язано з неузгодженістю ліцензійних вимог та стандартів акредитації, з одного боку, та вимог стандарту до систем управління якістю – процесного підходу, ризик-орієнтованого мислення, постійного поліпшення діяльності, – з іншого. Прихильність керівництва закладів до традиційної організаційної структури сприяє фрагментарності процесу стоматологічної допомоги та створює прогалини в забезпеченні безперервності, комплексності, пацієнт-орієнтованості стоматологічної допомоги.

4. Доведено обмежену доступність пацієнтів до лікувально-діагностичних технологій на принципах доказової медицини, використання застарілих, розроблених ще в 2004 р. на основі фахового консенсусу галузевих стандартів стоматологічної допомоги. Самостійна діяльність з адаптації міжнародних клінічних рекомендацій у закладах не налагоджена, що створює ризики ефективності стоматологічних утручань. Основною перешкодою до застосування технологій стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини лікарі-стоматологи вважають відсутність відповідних національних уніфікованих клінічних протоколів.

5. Виявлено, що в досліджуваних закладах технології моніторингу підміняються ретроспективною експертною оцінкою якості; внутрішні аудити проводяться формально; обмежено залучення працівників до управління якістю. Обрані критерії та індикатори якості спрямовані на вимірювання обсягу наданих послуг, використаних ресурсів та дефектів стоматологічної допомоги; клінічні індикатори якості не використовуються; обмежено відслідковуються індикатори безпеки та задоволеності пацієнтів. У той же час щороку реєструються десятки негативних відгуків громадян з приводу ускладнень стоматологічної допомоги, високої вартості лікування, неякісного протезування, некоректної поведінки працівників. За п’ятибальною шкалою відповідність системи управління якістю стоматологічної допомоги та рівень її розвитку оцінені, в залежності від закладу, у 2 бали за 16,0% позицій, 3 бали – за 44,0% позицій, 4 бали – за 32,0% позицій, 5 балів – лише за 4,0% від усіх позицій, що оцінювались по кожному закладу.

6. Виявлено, що за високого рівня забезпечення штатних посад фізичними особами лікарів стоматологічних спеціальностей в досліджуваних закладах, відповідних областях та загалом у галузі не запроваджені посади зубних гігієністів, відсутність яких, разом з недостатнім забезпеченням лікарями загальної практики – сімейної медицини (в 2010-2019 рр. на 10 тис. нас.: Житомирська область – 3,8–4,5; Харківська – 2,6–2,7; Чернігівська – 2,1–3,4; Україна – 1,8–3,6) та відміною фінансування планових стоматологічних послуг дорослому населенню обмежує доступність до професійної гігієнічної профілактики, профілактичних освітніх заходів, своєчасної діагностики патології порожнини рота. Зокрема, як наслідок спостерігалось зростання обсягу ураження ускладненим карієсом пацієнтів в показниках співвідношення пролікованих зубів з приводу карієсу до числа пролікованих зубів з приводу ускладненого карієсу відповідно 3,5:1-3,4:1, 5,0:1-4,6:1, 3,9:1-3,3:1.

7. З’ясовано, що лікарі досліджуваних закладів відрізняються високим професійним рівнем: в КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» 68,3% усіх лікарів, в КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка»

м. Харків – 95,6% лікарів-стоматологів, в Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради – 87,5% лікарів-стоматологів-хірургів мають кваліфікаційні категорії. Однак актуальна корпоративна база знань закладів не містить науково доведених та клінічно підтверджених технологій стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини; не запроваджена практика активного засвоєння знань і набуття компетенцій під час навчання на робочих місцях; обмежено використовуються цифрові технології для обміну знаннями й досвідом, забезпечення внутрішніх і зовнішніх комунікацій.

8. Засвідчено найнижчі оцінки задоволеності пацієнтів вартістю стоматологічних послуг (діапазон від 3,76±0,05 до 4,34±0,59 балів в оцінках за п'ятибальною шкалою) в порівнянні з задоволеністю іншими характеристиками якості, найнижчі оцінки лікарів-стоматологів професійними стосунками з колегами інших структурних підрозділів (діапазон оцінок 4,2±0,4 – 4,4±0,7 балів) та лікарями інших закладів охорони здоров'я (4,0±1,0 – 4,4±0,7 балів), як складовими задоволеності професійною діяльністю, що вказало на ризики недотримання таких характеристик якості стоматологічної допомоги, як фінансова й організаційна доступність, безперервність і комплексність.

9. Доведено, що незважаючи на активний розвиток механізмів регулювання якості в світовому медичному просторі (персональне ліцензування медичної практики; диференціація стандартів акредитації до вимог дотримання медичних технологій та безпеки пацієнтів на індивідуальному рівні; регулярне доповнення медичних технологій новими науково обґрунтованими й клінічно доведеними даними; сертифікація систем управління якістю за цільовими стандартами), в Україні кожен з цих механізмів зазнав стагнації, поруч з надмірним адміністративним впливом, нечітким розподілом вимог між ними до закладів охорони здоров'я, універсальністю національного стандарту до систем управління якістю підприємств будь-якого профілю, що ускладнює його використання в специфічних умовах закладів охорони здоров'я. Відсутні механізми мотивації закладів охорони здоров'я до проходження акредитації й

сертифікації; слабка законодавча база профілактичних стратегій підтримки здоров'я населення.

10. Виявлені недоліки, з урахуванням досягнень світового менеджменту якості, вітчизняного досвіду та результатів власного дослідження, обумовили медико-соціальне обґрунтування та розробку вітчизняної концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління якістю стоматологічної допомоги. Основними відмінностями моделі стали: посилення законодавства з профілактики факторів ризику, спільних для загального здоров'я та здоров'я порожнини рота; використання національних/регіональних/місцевих програм зміцнення й відновлення здоров'я населення, у т. ч., здоров'я порожнини рота, зокрема, з фінансовим покриттям щорічного разового огляду кожного жителя гігієністом зубним/лікарем-стоматологом; розробку та запровадження технологій доказової медицини за участю профільних лікарських асоціацій; використання критеріїв клінічної ефективності, безпеки, пацієнт-орієнтованості для оцінки якості стоматологічної допомоги; пріоритет в обсязі фінансування з різних джерел для акредитованих закладів та закладів із сертифікованими системами управління якістю.

11. Невід'ємними складовими моделі є удосконалені за змістом, методичним забезпеченням і гармонізовані між собою механізми регулювання якості стоматологічної допомоги з перерозподілом між ними вимог до закладів охорони здоров'я: нормативно-правових – в ліцензійних умовах; вимог до дотримання лікувально-діагностичних технологій і безпеки пацієнтів – у стандартах акредитації; вимог до менеджменту якості – на основі специфічної для сфери охорони здоров'я версії стандарту на системи управління якістю. Участь незалежної агенції з акредитації, ДП «УкрНДНЦ», профільних лікарських асоціацій, громадських організацій пацієнтів, представників місцевих громад сприятиме зменшенню монополії на зовнішню оцінку якості та демократизації процедур її проведення. Центр громадського здоров'я МОЗ

України, регіональні Центри контролю і профілактики хвороб відіграють роль постачальників епідеміологічних даних в частині інформаційного забезпечення.

12. Запропонована та впроваджена за окремими елементами на державному, галузевому й регіональному рівнях та в закладах охорони здоров'я концептуальна функціонально-організаційна модель системи управління якістю стоматологічної допомоги отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за п'ятибальною шкалою: за соціальною складовою – 5,0±0,0 балів, за медичною складовою – 4,75±0,44 балів, за економічною складовою – 4,30±0,57 балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization. Geneva. 2003. 45 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68506/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf?sequence=1 (Last accessed: 24.08.2022).

2. Oral Health Worldwide. A report by FDI World Dental Federation. 2017. 24 p. URL: https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/fdi-oral-health-worldwide.pdf (Last accessed: 24.08.2022).

3. GBD 2016. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators/ Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017. № 390. P. 1211 – 1259. URL: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2 (Last accessed: 24.08.2022).

4. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global

Burden of Disease Study 2019. *The Lancet.* Oct 17, 2020. Vol. 396, № 10258. P. 1250 – 1284. doi:10.1016/S0140-6736(20)30750-9.

5. Fisher J., Selikowitz H. S., Mathur M., Varenne B. Strengthening oral health for universal health coverage. *Lancet.* 2018. № 392(10151). P. 899 – 901. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31707-0.

6. Listl S., Galloway J., Mossey P. A., Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res.* 2015. № 94. P. 1355 – 1361. doi: 10.1177/0022034515602879.

7. Patel R. The State of Oral Health in Europe Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. European Platform, 2012. 68 с. URL: http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf (Last accessed: 24.08.2022).

8. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. В. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки: довідникове видання. Кропивницький, 2018. 211 с.

9. Кононова О. В. Сучасний стан лікування карієсу та його ускладнень у населення України. *Гігієна населених місць*. 2014. № 64. С. 336 – 342. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gnm_2014_64_56 (дата звернення: 24.08.2022).

10. Якубова І. І., Кузьміна В. А. Ранній дитячий карієс. Стан проблеми в Україні. *Современная стоматология*. 2017. № 1. С. 48 - 53. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2017_1_13 (дата звернення: 24.08.2022).

11. Рейзвіх О. Е., Шнайдер С. А., Анісімова Л. В. Динаміка зміни рівня поширеності й інтенсивності карієсу та захворювань пародонту в дітей 6–15 років м. Чорноморськ за 9 років спостереження. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2019. № 25(3). С. 332 – 336.

12. Поліщук Т. В. Аналіз ураженості карієсом дітей та підлітків м. Полтава. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2014. Т. 14, Вип. 4(48). С. 37 – 40. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/519 (дата звернення: 24.08.2022).

13. Кривенко Л. С., Тіщенко О. В., Лепіліна К. М. Вплив альтернативних методів паління на особливості об’єктивних та суб’єктивних показників здоров’я ротової порожнини. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки.* 2020. № 2(38). С. 20 – 23.

14. Янчук А. О., Скиба В. Я., Катеринчук І. П., Кузніченко С. О., Скиба О. В. Епідеміологічні дослідження та моніторинг стоматологічної захворюваності у дітей України. *Світ Медицини та Біології*. 2019. № 2(68). С. 154 – 158.

15. Карпінська Т. Г., Грабовська Т. В., Середа С. В., Короткий В. В. Показники стану здоров’я сучасних підлітків, як одна із складових здоров’я населення держави. Укр. Мед. Часопис, № 3 (143) – V/VI 2021. С. 84 – 86. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.143.209478.

16. Смірнова І. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку: дис. … канд. мед. наук; 14.02.03/ Запоріжжя. 2016. 197 с.

17. Безценна Т. С. Розробка складу і технології стоматологічного фітозасобу: дис. … канд. Фарм. наук; Харків. 2016. С. 6.

18. Кузенко Є. В., Романюк А. М. Запальні захворювання пародонта: патогенез та морфогенез: монографія. Суми: Сумський державний університет, 2016. 137 с.

19. Шварцнау Е. Г., Ковач И. В. Состояние твердых тканей зубов и пародонта у студентов медицинских учебных заведений. *Современная стоматология*. 2015. № 3. С. 9 – 12. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2015_3_4 (дата звернення: 24.08.2022).

20. Малий Д. Ю., Антоненко М. Ю. Епідеміологія захворювань пародонта: віковий аспект. *Український науково-медичний молодіжний журнал.* 2013. № 4. С. 41 – 43.

21. Взаємозв’язок запальних захворювань тканин пародонта та соматичних захворювань у дітей. Огляд літератури / Л. О. Хоменко та ін. *Новини стоматології*. 2015. № 2 (83). С. 91.

22. Децик О. З., Рудько І. В. Аналіз захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007-2016 рр. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 95 – 100.

23. Рак в Україні. Бюлетень національного канцер-реєстру України № 19. Київ, 2018. 136 с.

24. Ефименко В. П. Аналіз архівного матеріалу клініки кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ за 2006-2010 рр. *Современная стоматология*. 2011. № 4. С. 76 – 79.

25. Травми тимчасових і постійних зубів у дітей (діагностичні заходи, лікувальна тактика) / Яковенко Л. М. та ін. *Медичні перспективи*. 2016. Том XXI, № 4. С. 106 – 115.

26. Олійник Г. В., Олійник М. Ю. Зубощелепні аномалії в оперованих пацієнтів із незрощенням верхньої губи і піднебіння. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина»,* випуск 2 (52), 2015. С. 105 – 107.

27. Здоровье полости рта. Информационній бюллетень ВОЗ, 24 сентября 2018 г. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/oral-health (дата звернення: 24.08.2022).

28. Єгоров Р. І. Оцінка ефективності велопластики в залежності від методики операції та стану м'язів м'якого піднебіння: дис. … канд. мед. наук; 14.01.22/ Київ. 2017. 133 с.

29. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні. МОЗ України : веб-сайт. URL: http://moz.gov.ua/article/news/epidemichna-situacija-z-vil-infekcii-v-ukraini (дата звернення: 27.05.2019).

30. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO; 2015. 70 p.

31. Marmot M., Allen J. Health priorities and the social determinants of health. *EMHJ*. 2015. Vol. 21, No. 9. P. 671 – 672. URL:

https://applications.emro.who.int/emhj/v21/09/EMHJ_2015_21_9_671_672.pdf?ua=1&ua=1 (дата звернення: 24.02.2021).

32. Короткий звіт щодо прогресу впровадження Протоколу про воду і здоров'я в Україні у 2016 – 2018 рр. Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України: офіційний веб-портал. URL: https://mepr.gov.ua/news/33428.html (дата звернення: 24.08.2022).

33. Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні у 2018 році. Міністерство розвитку громад та територій України. Київ; 2019. С. 161 – 162. URL: https://www.minregion.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/Natsionalna-dopovid-za-2018-rik.pdf (дата звернення: 24.08.2022).

34. Зоріна О. В. Гігієнічна оцінка якості вод нецентралізованого питного водопостачання та удосконалення нормативно-правового регулювання у цій сфері. *Наукові доповіді НУБіП України*. № 2 (72), 2018. URL: http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Dopovidi/article/view/10631/9348 (дата звернення: 24.08.2022).

35. Каськова Л. Ф., Амосова Л. І. Флюороз зубів та його вторинна профілактика у дітей. Полтава: ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс», 2015. 73 с.

36. Fluoride and Oral Health / O'Mullane D. M. et al. *Community Dent Health.* 2016. № 33(2). P. 69 – 99. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27352462/ (Last accessed: 24.08.2022).

37. Petersen P. E., Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride – the WHO approach. *Community Dental Health*. 2016. № 33. P. 66 – 68. doi:10.1922/CDH_Petersen03.

38. Жовинский Э. Я., Крюченко Н. О. Прикладное значение геохимии фтора. *Пошукова та екологічна геохімія*. 2007. № 1. С. 3 – 13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pteg_2007_1_3 (дата звернення: 24.08.2022).

39. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. 184 с. URL:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112551/9789244564226_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 24.08.2022).

40. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2017 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ «Медінформ», 2018. С. 107 – 119.

41. Ranfl M., Zaletel-Kragelj L. Assessment of the association between dentate status and self-rated general health. *Zdr Varst*. 2017. № 56(2). P. 131 – 139. doi: 10.1515/sjph-2017-0017.

42. Sabbah W., Folayan M. O., Tantawi M. El. The Link between Oral and General Health. International *Journal of Dentistry*. Vol. 2019. Article ID 7862923. 2 pages, 2019. URL: https://www.hindawi.com/journals/ijd/2019/7862923/ (Last accessed: 24.08.2022).

43. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016 – 2025. Copenhagen: WHO Reg. Of. for Europe; 2016. 28 p.

44. Oral health and noncommunicable diseases. WHO. Region Office for Europe. URL: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/policy/oral-health-and-noncommunicable-diseases (дата звернення: 02.04.2021).

45. Statistical Study of Dental Changes in Patients Diagnosed with Diabetes Mellitus / Fărcaș-Berechet C. M. et al. *Curr Health Sci J*. 2019. № 45(2). P. 190 – 197. doi:10.12865/CHSJ.45.02.10.

46. Здоровье полости рта и потребление сахаров. Информационный бюллетень. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания; 2018. 4 с.

47. Sugars and dental caries. Key facts. WHO: website. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-caries (Last accessed: 24.08.2022).

48. Костура В. Л., Безвушко Е. В. Поширеність та структура захворювань тканин пародонта у дітей із надмірною масою тіла. *Клінічна стоматологія.* 2017. № 2. С. 42 – 47.

49. Influence of the oral status on cardiovascular diseases in an older Italian population / De Angelis F. et al. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2018. Vol. 31. P. 1 – 7. doi:10.1177/0394632017751786.

50. Лісецька О. С., Рожко М. М. Взаємозв'язок захворювань тканин пародонту та патології шлунково-кишкового тракту. *Art of medicine*. 2017. № 2(2). С. 83 – 87.

51. Кулигіна В. М., Пилипюк О. Ю. Результати вивчення карієс сприятливості емалі зубів та ремінералізуючого потенціалу змішаної слини у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом. *Вісник проблем біології і медицини.* 2015. Вип. 2, Т. 3. С. 359 – 362.

52. Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2017. 220 p. URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (Last accessed: 24.08.2022).

53. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018. 24 с.

54. Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ, 2020. 60 с. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/07/Zb_bsph2019.pdf (дата звернення: 02.04.2021).

55. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2018 році. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ, 2019. С. 129.

56. Показники захворюваності на наркологічні розлади і діяльності наркологічних закладів 2018 року. Довідник. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». URL: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVIII.html (дата звернення: 02.04.2021).

57. Політун А. М., Марченко Н. С. Загальна оцінка стану твердих тканин зубів та чинників ризику розвитку карієсу зубів у осіб молодого віку. *Scientific Journal «ScienceRise»*. 2016. № 4/3(21) С. 16 – 22.

58. Prevention is better than treatment. *Bull World Health Organ.* 2015. № 93. P. 594 – 595. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.020915.

59. Mahboobi Z, Pakdaman A, Yazdani R, Azadbakht L, Montazeri A. Dietary free sugar and dental caries in children: A systematic review on longitudinal studies. Health Promot Perspect. 2021 Aug 18;11(3):271-280. doi: 10.34172/hpp.2021.35. (Last accessed: 24.08.2022).

60. Кузьміна В. А., Якубова І. І., Бучинська Т. О. Обгрунтування схеми профілактики раннього дитячого карієсу. *Современная стоматологія*. № 2. 2017. С. 39 – 42.

61. Радучич О. Стоматологічне здоров’я і вагітність: особливості, обмеження, ризики. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*. 2019, 15 лютого [Електронна публікація]. URL: https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/02/Akusherstomat_new.pdf?upload= (дата звернення: 02.04.2021).

62. Ковач, І., Алєксєєнко, Н., Зелінський, А. (). Основні фактори ризику виникнення запальних захворювань пародонту у осіб молодого віку. Вісник стоматології. № 107(2). 2021. С. 65–68. https://doi.org/10.35220/2078-8916-2019-32-2-65-68.

63. Табак и здоровье полости рта. Информационній бюллетень ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2018. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/369654/Fact-Sheet-on-Tobacco-and-Oral-Health-2018-rus.pdf (дата звернення: 02.04.2021).

64. Борьба против табака в Европейском регионе ВОЗ. Сентябрь 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро, 2017. 38 с. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345728/WHO-EURO-2017-3335-43094-60316-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 02.04.2021).

65. Яковенко Л. М., Єфименко В. П., Макаревич А. Ю., Ковтун Т. О. Травми тимчасових і постійних зубів у дітей (діагностичні заходи, лікувальна тактика). *Медичні перспективи*. 2016.Том XXI. № 4. С. 106 – 115.

66. Гигиена полости рта. Улучшение гигиены полости рта к 2030 г. в рамках усилий по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и борьбе с неинфекционными заболеваниями. Доклад Генерального директора. 23 декабря 2020 года. Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет. 148 сессия. Документ EB148/8. 8 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-ru.pdf (дата звернення: 02.04.2021).

67. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. Medicina (Kaunas). № 55(10). 2019. P. 676. doi: 10.3390/medicina55100676.

68. Dentists' knowledge and opinions of oral-systemic disease relationships: relevance to patient care and education / Paquette D.W. et al. *J Dent Educ.* 2015. № 79(6). P. 626 – 35.

69. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2019 року. Збірник. Державна служба статистики України. 2019. 83 с.

70. Диференціація життєвого рівня населення. Держстат України, 1998-2022. URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/gdvdg/duf/arh_duf_u.htm (дата звернення: 25.08.2022).

71. Комплексна оцінка бідності та соціального відчуження в Україні за 2016-2018 роки. Аналітична записка. Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи. Київ, 2019. С. 13.

72. Самооцінка населенням стану здоров’я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році. Статистичний збірник. Київ, 2018. 148 с.

73. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care 27 May 2021. World Health Organization: website. URL: https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-resolution-paves-the-way-for-better-oral-health-care (Last accessed: 25.08.2022).

74. Заїка С. О., Грідін О. В. Теоретичні аспекти сутності та змісту якості як філософської, соціальної та економічної категорії. *Вісник Харківського національного технічного університету сільського господарства імені Петра Василенка.* 2016. Вип. 172. С. 202 – 214. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhdtusg_2016_172_24 (дата звернення: 25.08.2022).

75. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. МОЗ України. 2014. 41 с.

76. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text (дата звернення: 25.08.2022).

77. Безопасность пациентов. Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов. ВОЗ. Доклад Генерального директора. Документ EB144/29, 12 декабря 2018 г. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_2-ru.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

78. Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов. Семьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. WHA72.6. 28 мая 2019 г. 8 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf (дата звернення: 26.02.2021).

79. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. World Health Organization: website. URL: https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years (Last accessed: 25.08.2022).

80. Копчак А. В. Лікарські помилки та ускладнення при хірургічному лікуванні травматичних переломів нижньої щелепи. *Клінічна хірургія*. 2013. № 1. С. 30 – 33.

81. Smith Cedric M. Origin and Uses of Primum Non Nocere—Above All, Do No Harm! *Journal of Clinical Pharmacology*. May 2005. № 45 (4). P. 371 – 377. DOI: 10.1177/0091270004273680.

82. Best M., Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet *Qual. Saf. Health Care*. 2004. № 13. P. 472 – 473. DOI: 10.1136/qshc.2004.012591.

83. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966. № 44. P. 166 – 206.

84. Akachia Yoko, Margaret E. Krukb. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. Bull World Health Organ. 2017. № 95. P. 465 – 472. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.180190.

85. Ovretveit J., Townsend Ch. Health Service Quality. An introduction to quality methods for Health Services. Blackwell Scientific Publications, 1992. 186 p.

86. Christel A. Woodward. Strategies for Assisting Health Workers to Modify and Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process for Change. World Health Organization: Geneva, 2000. 60 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66285/WHO_EIP_OSD_00.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Last accessed: 25.08.2022).

87. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001. 8 p.

88. Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. World Health Organization, 2006. 40 p.

89. Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2010. 110 p.

90. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк, 2018. 69 с.

91. Доклад по результатам первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи 20–21 июня 2017 г. Алматы, Казахстан. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи. WHO Regional Office for Europe, 2017. 57 с.

92. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Доклад Секретариата. ВОЗ. Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. 15 апреля 2016 г. 20 с.

93. Universal Health Coverage. Quality, affordable health care is the foundation for individuals to lead productive and fulfilling lives and for countries to have strong economies.World Bank: website. URL: https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage (Last accessed: 25.08.2022).

94. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. WHO, 2018. 88 p.

95. Kravitz A. S., Bullock A., Cowpe J., Barnes E. Manual of Dental Practice 2014.United Kingdom. Council of European Dentists. 2014. P. 4 – 5.

96. Fellows JL, Atchison KA, Chaffin J, Chávez 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. (Last accessed: 25.08.2022).

97. 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. (Last accessed: 25.08.2022).

98. Степанова О. В. Сучасні процеси фінансової децентралізації в охороні здоров’я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 23. С. 84 – 86.

99. 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.

100. 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.

101. 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 (Last accessed: 25.08.2022).

102. Gheorghe R., Zürcher A., Filippi A. Dental tourism from Switzerland to Germany. *Swiss Dent J.* 2017. № 127(7-8). P. 618 – 633.

103. Jinan S. Abid., Hazim A. Alhiti, Manaf A. Guma. Reviewing the Top Health Systems in Comparison with the Iraqi Health System. *J Fac Med Baghdad.* 2021. Vol. 63. №. 1. P. 43 – 49. URL: https://www.researchgate.net/publication/352356448 (Last accessed: 25.08.2022).

104. Про результати аудиту ефективності використання коштів медичної субвенції на загальні та спеціалізовані стоматологічні поліклініки у Львівській і Рівненській областях. Рахункова палата України. Рішення від 24 квітня 2018 року № 11 – 4, м. Київ. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2018/11-4_2018/R_RP_11-4_2018.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

105. Аудиторський звіт про результати державного фінансового аудиту виконання Відділом охорони здоров’я Сумської міської ради бюджетних програм по стоматологічній допомозі населенню за період з 01.01.2016 по 30.09.2018. Державна аудиторська служба України. Управління Північно-східного офісу Держаудитслужби в Сумській області, м. Суми, 2019 рік. 33 с. URL: https://dasu.gov.ua/attachments/audit-reports/2019/505f8c9d-0e5f-42a6-8dab-fcd81fc9185e_document.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

106. Київська міська рада. Київська міська державна адміністрація: офіційний портал Києва. У столиці створять єдине комунальне некомерційне підприємство «Київська стоматологія». 21 листопада 2017 року. URL: https://kyivcity.gov.ua/news/u_stolitsi_stvoryat_yedine_komunalne_nekomertsiyne_pidpriyemstvo_kivska_stomatologiya.html (дата звернення: 25.08.2022).

107. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

108. 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.

109. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

110. 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.

111. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12 (дата звернення: 25.08.2022).

112. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1064 від 20.06.2022. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02 (дата звернення: 25.08.2022).

113. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

114. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

115. Про затвердження переліку питань та уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо дотримання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню: наказ МОЗ України від 05.03.2019 № 500. URL:

https://ips.ligazakon.net/document/re33272?an=1&ed=2019_03_05 (дата звернення: 25.08.2022).

116. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

117. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

118. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.12.2012 р. № 1216. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1216-2012-%D0%BF#n2 (дата звернення: 25.08.2022).

119. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

120. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»: наказ МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14 (дата звернення: 25.08.2022).

121. Про затвердження складу експертів Головної акредитаційної комісії при Міністерстві охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 26.06.2014 р. № 430. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0430282-14 (дата звернення: 25.08.2022).

122. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2019 рік. URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacijnoi_komisii_pri_moz_ukraini_za_2019_rik.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

123. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2018 рік. URL: http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

124. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2017 рік. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/5004-zvit_gak_2017.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

125. 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 2018 році. URL: http://moz.gov.ua/uploads/2/10967-perelik_zoz_za_2018.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

126. 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 2017 році. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/5007-perelik_zoz_za_2017.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

127. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008-2018 роки: довідник. Кропивницький: Поліум, 2018. 143 с.

128. 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.

129. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна*. 2015. С. 231 – 239.

130. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

131. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України. наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 590. URL: https://aaukr.org/mozdoc/nakaz-moz-ukrayiny-vid-28-02-2020-590/ (дата звернення: 25.08.2022).

132. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

133. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

134. Поганий запах з рота. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2017. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_PZR.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

135. Профілактика, діагностика та лікування опортуністичних інфекцій та супутніх хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб. Клінічна настанова, заснована на доказах (проект), вересень 2017. URL: http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/99-profilaktyka-diahnostyka-ta-likuvannia-oportunistychnykh-infektsii-ta-suputnikh-khvorob-u-vilinfikovanykh-doroslykh-ta-pidlitkiv (дата звернення: 25.08.2022).

136. 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%20YKPMD%20VIL%20dity.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

137. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

138. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

139. Протоколи провізора (фармацевта). URL: http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/39-protokoly-provizora-farmatsevta (дата звернення: 25.08.2022).

140. Evaluation of Potentially Malignant Disorders in the Oral Cavity Clinical Practice Guideline. 2017. URL: https://ebd.ada.org/en/evidence/guidelines/oral-cancer (дата звернення: 25.08.2022).

141. 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/ (дата звернення: 25.08.2022).

142. 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/s41415-020-2173-7 (дата звернення: 25.08.2022).

143. Sanz M., Herrera D., Kebschull 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.

144. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

145. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

146. 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 (дата звернення: 25.08.2022).

147. 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 (дата звернення: 26.02.2021).

148. 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 (дата звернення: 26.02.2021).

149. 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 (дата звернення: 24.02.2021).

150. 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 (дата звернення: 24.02.2021).

151. Guerra Bretaña R. M., Marín Álvarez 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.

152. 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.

153. Maseeh Uz Zaman, Nosheen Fatima. Accreditation of Healthcare Facilities: A Friend or Foe? *J Coll Physicians Surg Pak.* 2015. Vol. 25 (10). P. 711 – 712. doi: 10.2015/JCPSP.711712.

154. 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.

155. 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= (дата звернення: 26.02.2021).

156. ISO: website. URL: https://www.iso.org/about-us.html (Last accessed: 27.06.2019).

157. 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 (дата звернення: 27.06.2019).

158. 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).

159. ISO 9000:2005. Quality management systems — Fundamentals and vocabulary. URL: https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:en (Last accessed: 27.06.2019).

160. ISO 9001:2008. Quality management systems — Requirements. URL: https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:9001:ed-4:v1: en (Last accessed: 27.06.2019).

161. ISO 19011:2011. Guidelines for auditing management system. URL: https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:19011:ed-2:v1:en (Last accessed: 27.06.2019).

162. ДСТУ ISO 9000:2007 (ISO 9000:2005, IDT). Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів К. : Держспоживстандарт України, 2008. 34 с.

163. ДСТУ ISO 9001:2009 (ISO 9001:2008, IDT). Системи управління якістю. Вимоги. URL: http://nads.gov.ua/control/uk/index (дата звернення: 27.06.2019).

164. 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 (дата звернення: 27.06.2019).

165. 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/ (дата звернення: 27.06.2019).

166. 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.

167. ISO 9001:2015. Quality management systems - Requirements. URL: https://www.iso.org/ru/standard/62085.html8 (Last accessed: 27.06.2019).

168. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги. URL: http://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf (дата звернення: 27.06.2019).

169. 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 (Last accessed: 27.06.2019).

170. 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.

171. 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).

172. 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 (Last accessed: 27.06.2019).

173. ISO 19011:2018. Guidelines for auditing management systems. URL: https://www.iso.org/standard/70017.html (Last accessed: 27.06.2019).

174. 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).

175. ISO 10004:2018. Quality management — Customer satisfaction — Guidelines for monitoring and measuring. URL: https://www.iso.org/standard/71582.html (Last accessed: 27.06.2019).

176. 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_na_SUYa_9001.pdf (дата звернення: 27.06.2019).

177. Каталог нормативних документів ДП «УкрНДНЦ». URL: http://shop.uas.org.ua/ua/katalog-normativnih-dokumentiv/11-okhorona-zdorovya.html (дата звернення: 27.06.2019).

178. JCI Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. 2020. 424 p. URL: https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition/ (Last accessed: 25.02.2021).

179. 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.

180. 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 (Last accessed: 25.02.2021).

181. The impact of Joint Commission International accreditation on time periods in the operating room: A retrospective observational study / Inomata T. et al. *PLoS One*. 2018. Vol.13(9). P. e0204301. doi: 10.1371/journal.pone.0204301.

182. 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 (Last accessed: 25.02.2021).

183. Musallam E., Johantgen M., Connerney I. Hospital Disease-Specific Care Certification Programs and Quality of Care: A Narrative Review. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016. № 42(8). P. 364 – 368. doi: 10.1016/s1553-7250(16)42051-9.

184. Глєбова 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-karchevskij-b-o-sistemi-upravlinnya-yakistyu-na-pidpriemstvi-v-umovakh-evrointegratsijnikh-protsesiv (дата звернення: 25.02.2021).

185. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. для студентів економічних спеціальностей. Чернівці: ПВКФ «Технодрук», 2017. 174 с.

186. 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.

187. 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.

188. 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.

189. Рингач Н. О., Михальчук В. М., Круть А. Г. Обізнаність населення працездатного віку про фізичну активність як фактор ризику неінфекційних захворювань. *Wiad. Lek*. 2018. Т. LXXI, Nr3 cz II. С. 678 – 682. URL: https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/01/WL-3-cz-II-2018.pdf.

190. Круть А. Г. Здоров'я порожнини рота підлітків як потенціал зміцнення загального здоров'я. *Здоров'я суспільства*. 2021. Т. 10, № 5. С. 141 – 145. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.5.2021.274. URL: http://health-society.zaslavsky.com.ua; https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

191. Круть А. Г., Горачук В. В. Характеристики якості стоматологічної допомоги за вимогами стандартів ISO 9001:2015 на системи управління якістю. *Наука, технології та практика в стоматології з нагоди 40-річчя відновлення кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету*: зб. тез наук.-практ. конф. з міжн. участю, 30 жовт. 2019 р. Харків, 2019. С. 102 – 108.

192. Шевчук Р. М. Методологія наукового пізнання: від явища до сутності. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2016. № 1 (11). С. 31 – 45.

193. Зацерковний В. І., Тішаєв І. В., Демидов В. К. Методологія наукових досліджень : навч. посіб. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2017. 236 с.

194. Методологія наукових досліджень : навч. пос. / В. С. Антонюк, Л. Г. Полонський, В. І. Аверченков, Ю. А. Малахов. К., НТУУ «КПІ», 2015. С. 32 – 38.

195. Утюж І. Г., Спиця Н. В. Філософія : навчально-методичний посібник для аспірантів та здобувачів медичних та фармацевтичних спеціальностей з

підготовки до складання кандидатського іспиту. Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. 158 с.

196. Осипчук В. М. Кореляція категорії якості у філософії та мові. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія 10 : Проблеми граматики і лексикології української мови. 2014. Вип. 11. С. 136 – 140.

197. Гудков С. Філософія економіки: праксеологічне значення для України. *Вісник КНТЕУ*. 2018. № 1. С. 45 – 53.

198. Методологія та організація наукових досліджень : навч. посіб. / І. С. Добронравова, О. В. Руденко, Л. І. Сидоренко та ін.; за ред. І. С. Добронравової (ч. 1), О. В. Руденко (ч. 2). К. : ВПЦ "Київський університет", 2018. 607 с.

199. Попович Я. М. Синтез філософії та медицини: виникнення біоетичних проблем у медицині, аналіз філософії та медицини на основі їх співпраці і взаємозбагачення. *МЕДСЕСТРИНСТВО.* 2018. № 2. С. 15 – 17.

200. Паспорт спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина. Постанова президії ВАК України від 09.04.2003 № 18-09/4. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v09_4330-03 (дата звернення: 25.08.2022).

201. Населення України 2020. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. 2021. 186 с.

202. ISO 9001:2015. Quality Management System. Assessment Checklist RP-2 ISO 9001:2015. Management Systems Solutions, 2015. 38 p.

203. ISO 9001:2015. Quality Management System – Requirements. Guidance Document. DNV GL AS, NO-1322 Høvik, Norway, 2015. 16 p.

204. Круть А. Г., Горачук В. В. Методичні підходи до самооцінки системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Сучасні медичні технології.* 2019. № 4. С. 79-86. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2019_4_17.

205. ДСТУ ISO 10004:2013. Задоволеність замовників. Настанови щодо моніторингу та оцінювання (ISO 10004:2012, IDT). Київ : Мінекономрозвитку України, 2014. 24 с.

206. Голованова І. А., Бєлікова І. В., Ляхова Н. О. Основи медичної статистики. Навчальний посібник для аспірантів та клінічних ординаторів. Полтава, 2017. 113 с.

207. Інформаційна модель системи проведення соціологічних досліджень у веб-середовищі / Марковець О. В. та ін. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка".* Серія: Інформаційні системи та мережі. 2016. № 854. С. 274 – 281.

208. Яцишин А. В. Про застосування електронних соціальних мереж у підготовці аспірантів і докторантів. Актуальні питання сучасної інформатики. «*Сучасні інформаційні технології в освіті та науці*»: зб. тез ІІ Всеукр. науково-практ.-конф. з міжнар. Участю, присвяченої 10-ій річниці функт. Інтернет-порталу E-OLYMP 09¬10 листопада 2017 року. С. 197 – 202.

209. Круть А. Г., Горачук В. В. Стан здоров'я порожнини рота населення окремих регіонів України. *Вісник Вінницького медичного університету*. 2022. Т. 26, № 2. С. 302 – 307. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(2)-22.

210. Круть А. Г. Кадрове забезпечення стоматологічної допомоги в окремих регіонах України. *Здоров'я суспільства.* 2021. Том 10, № 6. С. 185 – 192. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.6.2021.2799. URL: https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

211. Про організаційні заходи по впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування алергічних захворювань: наказ МОЗ України і АМН України N 127/18 від 02.04.2002. Інструкція «Про порядок проведення діагностики лікарської алергії». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0127282-02#Text (дата звернення: 25.08.2022).

212. ДБН В. 2.2.-10-2001 Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я, набір приміщень та їх розташування: Наказ Держбуду України від 4 січня 2001 р. № 2. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002241-01#Text (дата звернення: 25.08.2022).

213. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Ресурсна підтримка сертифікованих систем управління якістю стоматологічної допомоги. *Сучасні медичні технології.* 2022. № 1(52). С. 62-70. DOI: https://doi.org/10.34287/MMT.1(52).2022.11.

214. Круть А. Г. Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2021. Т. 6, № 5. С. 285-293. DOI: 10.26693/jmbs06.05.285.

215. Круть А. Г. Стан управління ризиками при наданні стоматологічної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. № 1 (147) – I/II. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.147.225556.

216. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 року № 751: наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text (дата звернення: 25.08.2022).

217. Про внесення змін до додатка 4 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини: наказ МОЗ України № 1752 від 26.09.2018 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text (дата звернення: 25.08.2022).

218. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text (дата звернення: 25.08.2022).

219. Круть А. Г. Стан здоров’я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю. *Україна. Здоров’я нації.* 2022. № 1(67). С. 66 – 72. DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254641.

220. Круть А. Г., Горачук В. В. Проблеми управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю. *Український медичний часопис.* 2022. № 2 (148) – III/IV. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.148.228722.

221. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування: наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text (дата звернення: 25.08.2022).

222. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752. Верховна Рада України: вебсторінка. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text. (дата звернення: 25.08.2022).

223. Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів: наказ МОЗ України від 04.04.2012 № 236. Верховна Рада України: вебсторінка. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0912-12#Text (дата звернення: 25.08.2019).

224. Положення про фармакотерапевтичну комісію закладу охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 22.07.2009 № 529. Верховна Рада України: вебсторінка. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1009-09#Text (дата звернення: 25.08.2022).

225. Каталог закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю Житомирської області URL: http://zhitomir.hnb.com.ua/catalog/item-21865-stomatologicheskaya_poliklinika_oblasnaya (дата звернення: 09.12.2021)

226. Каталог медичних закладів micto.ua. URL: https://micto.ua/zhytomyrske-oblasne-stomatolohichne-medychne-obiednannia-i157918/ (дата звернення: 09.12.2021).

227. Електронна довідкова служба м. Житомира. URL: https://1552.com.ua/catalog/oblastnoe-stomatologicheskoe-meditsinskoe-obedinenie-5675/ (дата звернення 09.12.2021).

228. Eliky: веб-сайт. Житомирське обласне стоматологічне медичне об’єднання. URL: https://eliky.in.ua/hospital/984 (дата звернення 09.12.2021).

229. Харківська обласна стоматологічна поліклініка: вебсайт. URL: https://kharkov.dental/place/harkovskaya-oblastnaya-stomatologicheskaya-poliklinika?page=2 (дата звернення: 09.12.2021).

230. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 3. С. 40-49. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796.

231. Круть А. Г., Горачук В. В. Практика визначення задоволеності пацієнтів якістю стоматологічної допомоги. Медична інформатика та інженерія. 2022. № 2. С. 64-67.

URL:http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/19269/1/Magneto_electrochemical_theory.pdf.

232. Круть А. Г. Задоволеність лікарів-стоматологів професійною діяльністю. *Здоров'я суспільства*. 2021. Том 10, № 4. С. 118-126. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.4.2021.246354. URL: https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

233. Krut A. G., Horachuk V. V. Patients ' satisfaction with dental care (on the results of sociological research). *Wiad. Lek*. 2021. Vol. LXXIV, Issue 3, Part 2. P. 674-677. DOI: 10.36740/WLek202103220.

234. Anatoly G. Krut. Use of evidence based medicine by dentists. *Wiad Lek.* 2022. Vol. LXXV, Issue 5, Part 1. P. 1100-1104. DOI: 10.36740/WLek202205109.

235. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. URL: https://sdgs.un.org/2030agenda (Last accessed: 25.08.2022).

236. Джакартская декларация о продожении деятельности по укреплению здоровья в 21–ом столетии. HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4. WHO, Geneva, 1997. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85177/raid2.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 25.08.2022).

237. Всемирная организация здравоохранения. Проект тринадцатой общей программы работы на 2019–2023 гг. A71/4 Пункт 11.1 предварительной повестки дня 5 апреля 2018 г. Укрепление здоровья, поддержание безопасности в мире, охват услугами уязвимых групп населения. ВОЗ, 2018. 66 с. URL:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf (дата звернення: 25.08.2022).

238. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества: практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. 38 с.

239. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Executive summary. World Health Organization, 2022. 31 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061569 (Last accessed: 22.01.2023).

240. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. Женева: Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк; 2019. С. 62-74. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/312003?locale-attribute=pt& (дата звернення: 26.02.2021).

241. Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Paper No. 96. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2018. 68 p.

242. EN 15224:2016. Quality management systems – EN ISO 9001:2015 for healthcare URL: https://standards.iteh.ai/catalog/standards/cen/dc3343a0-db48-4b62-8e15-3835c2752040/en-15224-2016 (Last accessed: 25.08.2022).

243. Про прийняття та скасування національних стандартів, прийняття змін та поправок до національних стандартів: наказ від 26 грудня 2019 року № 505 Національного органу стандартизації – ДП «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості

(ДП «УкрНДНЦ»). URL: http://uas.org.ua/ua/services/standartizatsiya/nakazi-dp-ukrndnts/2019-2/(дата звернення: 26.08.2022).

244. Про прийняття національних стандартів: наказ ДП «УкрНДНЦ» від 26 лютого 2019 р. № 37. URL: http://uas.org.ua/ua/services/standartizatsiya/nakazi-dp-ukrndnts/2019-2/ (дата звернення: 26.08.2022).

245. Івчук В. Г., Гандурська-Павленко О. П., Наконечна Т. В., Савченко Н. П., Слонецький І. І., Круть А. Г., Одринський В. А. Внутрішній аудит як інструмент в підготовці до акредитації закладу охорони здоров'я з використанням системного підходу, що базується на вимогах стандарту ISO 9001:2008 ДСТУ ISO 9001:2009. *Сучасні медичні технології*. 2016. № 1. С. 95 – 105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2016_1_19.

246. Шекера О. Г., Круть А. Г., Горачук В. В. Підходи до планування діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту «Quality menegement systems-EN ISO 9001:2015 for healthcare». *Здоров'я суспільства.* 2019. Т. 8, № 3. С. 97-101. DOI: 1022 141/ 2306-2436 8.3 2019.192172. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_3-4_4; https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

247. Круть А. Г., Горачук В. В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров’я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 38 – 43. DOI 10.11603/1681-2786.2019.3.10590. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8.

248. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Мультимодальні стратегії удосконалення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров’я стоматологічного профілю. *Український медичний часопис*. 2021. № 4 (144) – VII/VIII. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.144.213621.

249. Дмитренко И. А., Круть А. Г., Толстанов К. О., Горачук В. В. Концептуальная модель организации стоматологической помощи: мировой опыт как возможность прогресса для Украины (обзор). *Georgian Medical News*. 2021. №. 5 (314). С. 70 – 77.

250. Толстанов К. О., Круть А. Г., Дмитренко І. А., Горачук В. В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 166 – 173. DOI: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.1.254468.

251. Круть А. Г., Глухова О. І. Створення системи управління якістю у закладі відповідно до міжнародних стандартів. *Організація і управління охороною здоров'я 2015* : матеріали наук.-практ. конф. з міжн. участю 20-21 жовт. 2015 р. Київ, 2015 С. 30 – 31.

252. Круть А. Г. Інфекційна безпека як складова якості стоматологічної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до *Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року*, 17 вересня 2021 року. Київ, 2021. С. 81 – 83.

253. Круть А. Г. Підходи до підтримки стоматологічного здоров'я громади. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти* : матеріали наук.-практ. конф. 9 грудня 2021 р., м. Київ. Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 33 – 35.

254. Круть А. Г. Перспективи удосконалення акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *New trends and unsolved issues in medicine* : conference proceedings (July 29–30, 2022. Riga, the Republic of Latvia). Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2022. P. 315 – 318. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-83.

255. Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я. ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT). URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page?id_doc=82162 (дата звернення: 26.08.2022).

256. Котуза А. С., Круть А. Г., Заградська О., Каташинська Н. Розробка, впровадження та удосконалення системи управління якістю у закладах охорони здоров'я відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015. *Практика управління*

медичним закладом. Збірник. Спецвипуск: спеціаліз. вид. ТОВ "Пресс Альянс". Київ : Пресс Альянс, 2017. ІІ півріччя (13). 104 с.

257. Горачук В. В., Круть А. Г., Михальчук В. М. Підходи до нормативного врегулювання обігу медичних виробів як умова запобігання ризикам їхнього використання. *Лікарська справа*. 2018. № 1-2. С. 166-170. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2018_1-2_30.

258. Семенів І. П., Котуза А. С., Строкань А. М., Круть А. Г., Москаленко Т. Я. Організація та проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості у закладі охорони здоров'я (відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001:2015). *Метод. вказівки*. Держ. упр. справами, Клініч. лікарня «Феофанія», Укр. асоц. якості мед. допомоги. Київ : Леся, 2015. 206 с.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Список публікацій здобувача за темою дисертації та відомості про апробацію результатів дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. 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 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

2. 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.

3. 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 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

4. Рингач Н. О., Михальчук В. М., Круть А. Г. Обізнаність населення працездатного віку про фізичну активність як фактор ризику неінфекційних захворювань. *Wiad Lek*. 2018. Т. LXXI, Nr3 cz II. С. 678 – 682. URL:

https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/01/WL-3-cz-II-2018.pdf *(Дисертант здійснив збір частини даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

5. Круть А. Г. Здоров'я порожнини рота підлітків як потенціал зміцнення загального здоров'я. *Здоров'я суспільства*. 2021. Т. 10, № 5. С. 141 – 145. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.5.2021.274. URL: http://health-society.zaslavsky.com.ua; https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

6. Круть А. Г., Горачук В. В. Методичні підходи до самооцінки системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Сучасні медичні технології.* 2019. № 4. С. 79 – 86. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2019_4_17 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, розробка методології, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

7. Круть А. Г., Горачук В. В. Стан здоров'я порожнини рота населення окремих регіонів України. *Вісник Вінницького медичного університету*. 2022. Т. 26, № 2. С. 302 – 307. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(2)-22 *(Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, проведення формального медико-статистичного аналізу даних, написання основного матеріалу, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

8. Круть А. Г. Кадрове забезпечення стоматологічної допомоги в окремих регіонах України. *Здоров'я суспільства*. 2021. Том 10, № 6. С. 185 – 192. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.6.2021.2799. URL: https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

9. Круть А. Г. Стан управління ризиками при наданні стоматологічної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. № 1 (147) – I/II. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.147.225556.

10. Круть А. Г. Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. *Український журнал медицини, біології та*

спорту. 2021. Т. 6, № 5(33). С. 285 – 293. DOI: 10.26693/jmbs06.05.285. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2021_6_5_42.

11. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Ресурсна підтримка сертифікованих систем управління якістю стоматологічної допомоги. *Сучасні медичні технології.* 2022. № 1(52). С. 62 – 70. DOI: https://doi.org/10.34287/MMT.1(52).2022.11 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

12. Круть А. Г. Стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю. *Україна. Здоров'я нації.* 2022. № 1(67). С. 66 – 72. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254641.

13. Круть А. Г., Проблеми управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю. *Український медичний часопис*. 2022. № 2 (148) – III/IV. С. 41 - 44. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.148.228722 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

14. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 3. С. 40 – 49. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

15. Круть А. Г., Практика визначення задоволеності пацієнтів якістю стоматологічної допомоги. *Медична інформатика та інженерія.* 2022. № 2. С. 64 - 67. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/19269/1/Magneto_electrochemical_theory.pdf. *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

16. Круть А. Г. Задоволеність лікарів-стоматологів професійною діяльністю. *Здоров'я суспільства*. 2021. Том 10, № 4. С. 118 – 126. DOI: https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.4.2021.246354. URL: https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive.

17. Івчук В. Г., Гандурська-Павленко О. П., Наконечна Т. В., Савченко Н. П., Слонецький І. І., Круть А. Г., Одринський В. А. Внутрішній аудит як інструмент в підготовці до акредитації закладу охорони здоров'я з використанням системного підходу, що базується на вимогах стандарту ISO 9001:2008 ДСТУ ISO 9001:2009. *Сучасні медичні технології*. 2016. № 1. С. 95 – 105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2016_1_19 *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

18. Шекера О. Г., Круть А. Г., Горачук В. В. Підходи до планування діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту «Quality menegement systems-EN ISO 9001:2015 for healthcare». *Здоров'я суспільства*. 2019. Т. 8, № 3. С. 97 – 101. DOI: 1022 141/ 2306-2436 8.3 2019.192172. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_3-4_4; https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/issue/archive *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

19. Круть А. Г., Горачук В. В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2019. № 3. С. 38 – 43. DOI: 10.11603/1681-2786.2019.3.10590. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків і статі до друку).*

20. Круть А. Г., Толстанов О. К., Горачук В. В. Мультимодальні стратегії удосконалення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю. *Український медичний часопис*. 2021. № 4 (144) – VII/VIII. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.144.213621 *(Дисертанту належать ідея*

написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).

21. Дмитренко И. А., Круть А. Г., Толстанов К. О., Горачук В. В. Концептуальная модель организации стоматологической помощи: мировой опыт как возможность прогресса для Украины (обзор). *Georgian Medical News*. 2021. №. 5 (314). С. 70 – 77. URL: https://www.geomednews.com/ru/v314-may-2021.html (дата звернення 22.08.2022) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, формулювання концепції та розробка моделі, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

22. Толстанов К. О., Круть А. Г., Дмитренко І. А., Горачук В. В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 166 – 173. DOI: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.1.254468 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних і доказів, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.

23. Krut A. G., Horachuk V. V. Patients' satisfaction with dental care (on the results of sociological research). *Wiad Lek.* 2021. Vol. LXXIV, Issue 3, Part 2. P. 674 – 677. DOI: 10.36740/WLek202103220 *(Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму і методику соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив дані, провів формальний медико-статистичний аналіз даних, здійснював курацію даних та фінансову підтримку дослідження, підготував статтю до друку).*

24. Anatoly G. Krut. Use of evidence based medicine by dentists. *Wiad Lek.* 2022. Vol. LXXV, Issue 5, Part 1. P. 1100 – 1104. DOI: 10.36740/WLek202205109.

Опубліковані праці апробаційного характеру

1. Круть А. Г., Глухова О. І., Кравченко Г.В. Створення системи управління якістю у закладі відповідно до міжнародних стандартів. *Організація і управління охороною здоров'я 2015 :* матеріали наук.-практ. конф. з міжн.

участю 20 – 21 жовт. 2015 р. Київ, 2015 С. 30 – 31 *(Дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, адміністрування дослідження).*

2. Круть А. Г., Горачук В. В. Характеристики якості стоматологічної допомоги за вимогами стандартів ISO 9001:2015 на системи управління якістю. *Наука, технології та практика в стоматології» з нагоди 40-річчя відновлення кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету:* зб. тез наук.-практ. конф. з міжн. участю, 30 жовт. 2019 р. Харків, 2019. С. 102 – 108 *(Дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, адміністрування дослідження).*

3. Круть А. Г. Інфекційна безпека як складова якості стоматологічної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до *Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року*, 17 вересня 2021 року. Київ, 2021. С. 81 – 83.

4. Круть А. Г. Підходи до підтримки стоматологічного здоров'я громади. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти* : матеріали наук.-практ. конф. 9 грудня 2021 р., м. Київ. Національний університет охорони здоров’я України ім. П. Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 33 – 35.

5. Круть А. Г. Перспективи удосконалення акредитації закладів охорони здоров’я в Україні. *New trends and unsolved issues in medicine* : conference proceedings, July 29 – 30, 2022. Riga, the Republic of Latvia. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2022. P. 315 – 318. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-83.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

1. Національний стандарт України «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров’я ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016,

IDT)». URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page?id_doc=82162 *(Автор очолював структури-розробники національного стандарту - Технічний комітет стандартизації «Стоматологія. Система управління якістю» (ТК 181) та ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України за дорученням Українського медичного центру сертифікації; йому належить ідея розробки стандарту, написання початкового проєкту, відповідальність за ведення і керівництво процесом розробки стандарту, адміністрування проєкту стандарту).*

2. Котуза А. С., Круть А. Г., Заградська О., Каташинська Н. Розробка, впровадження та удосконалення системи управління якістю у закладах охорони здоров'я відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015. *Практика управління медичним закладом.* Збірник. Спецвипуск: спеціаліз. вид. ТОВ «Пресс Альянс». Київ : Пресс Альянс, 2017. II півріччя (13). 104 с. *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

3. Горачук В. В., Круть А. Г., Михальчук В. М. Підходи до нормативного врегулювання обігу медичних виробів як умова запобігання ризикам їхнього використання. *Лікарська справа*. 2018. № 1 – 2. С. 166-170. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2018_1-2_30 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір і аналіз даних, розробка нормативної моделі, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

4. Семенів І. П., Котуза А. С., Строкань А. М., Круть А. Г., Москаленко Т. Я. Організація та проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості у закладі охорони здоров'я (відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001:2015). *Метод. вказівки*. Держ. упр. справами, Клініч. лікарня «Феофанія», Укр. асоц. якості мед. допомоги. Київ : Леся, 2015. 206 с. *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту методичних вказівок, підготовку висновків).*

Додаток Б

Таблиця 1

Критерії відповідності та рівнів розвитку системи управління якістю медичної допомоги за основними розділами ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» для закладів охорони здоров’я стоматологічного профілю

Елементи системи управління якістю за розділами ДСТУ ISO 9001:2015	**Змістовні характеристики рівнів розвитку системи управління якістю медичної допомоги (бали)**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Як відбувається діяльність з визначення чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, що можуть впливати на якість стоматологічної допомоги, та ризиків і можливостей при плануванні системи управління якістю (4.1, 6.1)	Визначення чинників і ризиків не проводиться	Ідентифікуються окремі чинники та ризики в межах оперативного управління	Ідентифікуються окремі чинники й ризики, проводяться їх аналіз і планування заходів стосовно ризиків і можливостей в межах оперативного управління	Ідентифікуються чинники та потенційні ризики, складається реєстр ризиків, проводяться регулярний аналіз і планування заходів стосовно ризиків і можливостей в межах оперативного управління	Перелік можливих ризиків передує стратегічному й оперативному плануванню. Складаються й виконуються плани дій з обробки ризиків процесів і системи в складі оперативних і стратегічних планів
2. Як здійснюється визначення потреб і очікувань зацікавлених у якості стоматологічної	Складено перелік зацікавлених у якості стоматологічної	Потреби і очікування зацікавлених сторін визначаються	Проводиться регулярний моніторинг вимог і потреб зацікавлених	Проводиться регулярний аналіз ризиків, які можуть вплинути на	Постійно проводяться заходи з підвищення задоволеності

допомоги сторін? (4.2, 5.1.2)	допомоги сторін	відповідно до законодавчих і регламентних вимог	у якості стоматологічної допомоги сторін	задоволення потреб зацікавлених сторін у якісній стоматологічній допомозі	зацікавлених сторін у якісній стоматологічній допомозі

продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6
3. Як визначається сфера застосування системи управління якістю (4.3)	Розглядаються зовнішні та внутрішні чинники оточення, що можуть вплинути на якість діяльності	Розглядаються вимоги відповідних зацікавлених у якості стоматологічної допомоги сторін	Розглядаються стоматологічні послуги закладу та процеси управління ними	Розглядаються ресурсні можливості закладу	Сфера застосування регулярно переглядається у відповідності до змін складових, які нею охоплені
4. Як використовується процесний підхід для задоволення потреб і очікувань зацікавлених у якості стоматологічної допомоги сторін? (4.4.1, 4.4.2)	Ідентифіковані процеси системи управління якістю та їх взаємодія	Призначені особи, відповідальні за процеси	Визначені ресурси для функціонування процесів	Визначені та застосовуються критерії та планові індикатори якості функціонування ідентифікованих процесів та методи їх контролю (моніторинг, вимірювання та оцінка)	Постійно поліпшуються процеси та запроваджуються необхідні зміни для досягнення запланованих результатів, що відображається в документації
5. Як формуються політика, стратегія і цілі (стратегічні, оперативні) в сфері якості стоматологічної допомоги? (5.1.1, 5.2.1, 5.2.2, 6.2.1)	Політика і стратегія в сфері якості розроблені	Політика і стратегія в сфері якості розроблені, доведені до відома усіх зацікавлених у якості	Цілі в сфері якості визначені та узгоджені з Політикою і стратегією	Досягнення цілей в сфері якості планується за процесами і рівнями управління й піддається	Плани з досягнення цілей щороку переглядаються, за потреби - коригуються

		стоматологічної допомоги сторін		регулярному моніторингу	
					продовження табл. 1
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
6. Як розподіляються функції, обов'язки та повноваження в межах закладу? (5.3)	Функції, обов'язки та повноваження сформовані відповідно до нормативних вимог	Функції, обов'язки та повноваження розподілені для відповідальних за процеси, включаючи управління ризиками, та для виконавців процесів	Працівники задіяні до управління якістю через участь у матричних горизонтальних структурах, що відображено при розподілі функцій, обов'язків та повноважень	Працівники ознайомлені щодо необхідності забезпечення ефективності процесів та досягнення бажаних результатів, орієнтації на пацієнта, що засвідчено їх підписами	Функції, обов'язки та повноваження щороку переглядаються та за потреби оновлюються
7. Як відбувається управління задокументованою інформацією в системі управління якістю? (4.3, 4.4.2, 6.2.1, 7.1.5.1, 7.2, 7.5, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7)	Управління задокументованою інформацією відбувається відповідно до нормативних вимог	Розроблена й підтримується в актуальному стані задокументована інформація з встановлених Політики і цілей сфері якості	Здійснено опис клінічних та інших процесів, включених до системи управління якістю	Розроблена й підтримується в актуальному стані задокументована інформація про управління клінічними ризиками	Розроблена й підтримується в актуальному стані задокументована інформація з моніторингу, вимірів, аналізу й поліпшення процесів і системи управління якістю

8. Як здійснюється управління персоналом з метою надання якісної стоматологічної допомоги? (5.3, 7.1.2, 7.2, 7.3)	Управління, навчання і мотивація персоналу відбуваються відповідно до нормативних вимог	Персонал ознайомлений з політикою, стратегією та цілями в сфері якості, розуміє вимоги до якості, критерії якості, права і свою роль у безпеці пацієнтів. Навчання з питань якості відбувається на робочих місцях відповідно до галузевих проблем в сфері якості	Персонал залучений до ідентифікації і опису процесів і чинників ризику, що можуть впливати на якість стоматологічної допомоги. Навчання з питань якості відбувається відповідно до галузевих і локальних проблем в сфері якості	Персонал залучений до ідентифікації, опису та моніторингу процесів, визначення ризиків та розробки превентивних заходів протидії ризикам. Навчання відбувається з урахуванням результатів позитивних індивідуальних і групових практик	Персонал усвідомлює і виконує завдання, використовуючи практики, що базуються на науково обґрунтованих доказових рекомендаціях. Створена організаційна культура, яка забезпечує відданість персоналу саме даному закладу охорони здоров’я

продовження табл. 1

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
9. Яким чином здійснюється підтримка інфраструктури як необхідного ресурсу для забезпечення якості діяльності та досягнення очікуваних результатів? (7.1.3)	Підтримка компонентів інфраструктури здійснюється відповідно до технічних вимог	Компоненти інфраструктури містять резервні або тимчасові джерела, призначені для використання в разі виникнення надзвичайних ситуацій	Компоненти інфраструктури містять додаткові, крім обов’язкових, компоненти, які створюють безпечне, зручне та доступне середовище для	Компоненти інфраструктури періодично переглядаються та оновлюються	Компоненти інфраструктури задовольняють потреби у забезпеченні процесів відповідно до визначених критеріїв якості стоматологічної

			пацієнтів		допомоги

продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6
10. Яким чином здійснюється підтримка середовища для функціонування процесів? (7.1.4)	Середовище для функціонування процесів підтримується відповідно до нормативних вимог	Показники гігієнічних параметрів середовища ідентифіковані, регулярно вимірюються та коригуються	Показники фізичних параметрів середовища ідентифіковані, регулярно вимірюються та коригуються	Показники соціально-психологічних параметрів середовища ідентифіковані, регулярно вимірюються та коригуються	Показники безпеки пацієнтів і персоналу ідентифіковані, регулярно вимірюються та коригуються
11. Яким чином здійснюється управління ресурсами для моніторингу і вимірювань? (7.1.5)	Управління ресурсами для моніторингу і вимірювань здійснюється відповідно до нормативних вимог	Кількість і види ресурсів для моніторингу і вимірювань відповідають потребам підтримки ідентифікованих процесів	Ресурси для моніторингу і вимірювань використовуються за призначенням	Проводиться періодична та за потреби перевірка придатності ресурсів для моніторингу і вимірювань	Ресурси для моніторингу і вимірювань періодично оновлюються відповідно до потреб удосконалених процесів
12. Яким чином здійснюється формування власної бази знань? (7.1.6)	Діяльність з формування власної бази знань не проводиться	Створена база знань на основі внутрішніх ресурсів	Створена база знань на основі внутрішніх і зовнішніх ресурсів	Створена база знань на основі зовнішніх і внутрішніх ресурсів, актуальна, доступна для персоналу	Створена база знань, актуальна, доступна для персоналу. Здійснюється періодичне оновлення бази знань

продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6
13. Яким чином відбувається інформаційне забезпечення діяльності? (7.4)	Інформаційне забезпечення діяльності відбувається в рамках традиційної системи управління закладом охорони здоров’я	Інформаційне забезпечення діяльності спрямовано на надання медичної допомоги на основі відповідних сучасних практик, що базуються на науково-обґрунтованих і практичних рекомендаціях	Інформаційне забезпечення діяльності спрямовано на співпрацю різних частин клінічних процесів, що базуються на науково-обґрунтованих і практичних рекомендаціях	Інформаційне забезпечення діяльності спрямовано на доступність інформації щодо нових законодавчих вимог та науково-обґрунтованих і практичних рекомендацій, які впливають на відповідність критеріям якості	Створений ефективний і прозорий інформаційний потік задля полегшення передачі клінічних та інших даних, що стосуються критеріїв якості у співпраці та взаємодії різних частин клінічних процесів, функцій та спеціальностей
14. Як відбувається оцінювання дієвості системи управління якістю? (9.1, 9.2, 9.3)	Оцінка дієвості відбувається в межах традиційної системи управління закладом охорони здоров’я	Здійснюється моніторинг, оцінка і аналіз клінічних результатів за критеріями якості	Здійснюється моніторинг, оцінка і аналіз управління ризиками та безпекою пацієнта	Здійснюється моніторинг, оцінка і аналіз задоволеності пацієнтів та інших зацікавлених якістю стоматологічної допомоги сторін	Здійснюється моніторинг, оцінка і аналіз дієвості усіх ідентифікованих процесів, системи та задоволеності зацікавлених сторін
15. Які види діяльності відбуваються для підвищення задоволеності зацікавлених у якості стоматологічної допомоги сторін? (10.1-10.3)	Здійснюються коригувальні дії та коригування в разі виявлення невідповідностей	Удосконалюються клінічні процеси на основі інноваційних технологій	Удосконалюються допоміжні процеси на основі інноваційних технологій	Удосконалюється система управління якістю на основі інноваційних організаційних технологій	Постійно удосконалюються усі процеси на основі циклу Демінга-Шухарта (PDCA)

Таблиця 2

Результати оцінки відповідності та рівнів розвитку системи управління якістю медичної (стоматологічної) допомоги за розділами ДСТУ ISO 9001:2015

Елементи системи управління якістю за розділами ДСТУ ISO 9001:2015	**Рівні розвитку системи управління якістю (бали)**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

Додаток В

Анкета

оцінки задоволеності пацієнта стоматологічною допомогою

Вельмишановний друже!

Висловлюємо Вам свою повагу та просимо висловити свою задоволеність ***стоматологічною допомогою,*** одержаною Вами в нашому закладі. Гарантуємо нерозголошення Ваших відповідей на запитання, а також використання їх в узагальненому вигляді разом з відповідями інших учасників опитування. Результати будуть використані лише в наукових цілях з метою підвищення якості стоматологічної допомоги пацієнтам.

Просимо Вас оцінити задоволеність за 5-бальною шкалою за умови, що чим вищий бал, тим вища Ваша ***задоволеність*** за кожною позицією анкети. Для того, щоб поставити оцінку, необхідно напроти кожного питання зробити позначку «+» на перехресті з цифрою (балом), яка найбільш відповідає ступеню Вашої задоволеності. Пропонуємо оцінювати складові за *поточний рік*. Вважатимемо Ваші відповіді на запитання анкети поінформованою згодою на участь у дослідженні.

1. ***Незадоволеність*** ⇨ ***Задоволеність***

№	**Складові для оцінки задоволеності стоматологічною допомогою**	**Бали**				
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	Наскільки Ви задоволені місцем розташування нашої поліклініки (наскільки зручно Вам добиратись від дому до нас)					
2	Наскільки Ви задоволені графіком прийому лікарів (наскільки зручно для Вас відвідувати лікаря за таким графіком)					
3	Наскільки Ви задоволені умовами в кабінеті лікаря (чистотою, освітленням, температурою повітря, станом меблів тощо)					
4	Наскільки Ви задоволені результатами лікування, яке отримали (наскільки Ваша стоматологічна проблема в результаті лікування: вирішена повністю; вирішена частково; стан погіршився; були ускладнення; стан не змінився)					
5	Наскільки Ви задоволені тим переліком (видами) стоматологічних послуг, який пропонується в поліклініці					

продовження Анкети оцінки задоволеності пацієнта стоматологічною допомогою						
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6	Наскільки Ви задоволені обсягом стоматологічних послуг (врахуйте, чи прийшлось Вам в процесі лікування звертатись до інших стоматологічних закладів для додаткових обстежень, консультацій або лікувальних процедур)					
7	Наскільки Ви задоволені вартістю платних послуг у нашій поліклініці (наскільки ця вартість доступна для Вас. Чим менше балів, тим менша доступність послуги)					
8	Наскільки Ви задоволені безпекою стоматологічних процедур у поліклініці (наскільки Ви вважаєте себе захищеним від можливості травмування, інфікування, алергічних реакцій, моральної шкоди. Чим менше балів, тим менший рівень захисту)					
9	Наскільки Ви задоволені ставленням до Вас лікаря (наскільки було доброзичливим ставлення до Вас)					
10	Наскільки Ви задоволені зрозумілістю інформації, яку отримали від лікаря стосовно Вашої стоматологічної проблеми					
11	Наскільки Ви в цілому задоволені медичним обслуговуванням у нашому закладі					
На наступне запитання надайте будь-ласка відповідь ТАК чи НІ						
		ТАК		НІ		
12	В разі, якщо у Ваших родичів/знайомих виникне потреба у стоматологічній допомозі, чи порекомендуєте Ви їм звернутись до нашої поліклініки?					

2. Ваш вік (повних років) _____3. Ваша стать: 3.1. чоловіча - ○3.2. жіноча – ○

4. Ваша освіта: 4.1. середня - ○ 4.2. середня спеціальна - ○ 4.3. незакінчена вища - ○ 4.4. вища – ○

5. Ваш вид діяльності за останні 12 місяців: 5.1. працюю за наймом (у т. ч. держслужбовець) ○ 5.2. підприємець - ○ 5.3. безробітний -○ 5.4. пенсіонер (непрацюючий) -○ 5.5. навчаюсь - ○ 5.6. у відпустці по догляду за дитиною -○ 5.7. домогосподарка -○ 5.8. інший вид діяльності - ○

6. Як би Ви оцінили матеріальне становище Вашого домогосподарства:

6.1. низьке -○ 6.2. нижче середнього - ○ 6.3. середнє - ○ 6.4. вище ○ середнього ○ 6.5. високе - 7. Чи є у Вас неповнолітні діти (до 18 років):7.1. так - ○ 7.2. ні -○ . Бажаємо Вам і Вашій родині міцного здоров’я та дякуємо за відповіді!

Додаток Г

Анкета оцінки задоволеності медичних працівників професійною діяльністю

Вельмишановні колеги!

Просимо Вас взяти участь у анкетному опитуванні з метою оцінки задоволеності Вашою професійною діяльністю у закладі охорони здоров'я, де Ви працюєте. Гарантуємо нерозголошення Ваших відповідей на запитання анкети, використання їх в узагальненому вигляді разом з відповідями інших учасників опитування. Результати будуть використані лише в наукових цілях з метою покращення Вашої професійної діяльності.

Просимо Вас висловити свою ***задоволеність*** професійною діяльністю за перерахованими складовими за 5-бальною шкалою за умови, що чим вищий бал, тим вища Ваша задоволеність.

Щоб поставити оцінку, необхідно напроти кожної складової зробити позначку «+» на перехресті з цифрою (балом), яка найбільш відповідає ступеню Вашої задоволеності вказаної складової. Пропонуємо оцінювати складові за *поточний рік*. Вважатимемо Ваші відповіді на запитання анкети поінформованою згодою на участь у дослідженні.

1. Оцініть, будь-ласка, Вашу ***задоволеність*** професійною діяльністю за наступними складовими:

Незадоволеність ⇨ ***Задоволеність***

№	Складові професійної діяльності	Бали				
		1	2	3	4	5
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	Наскільки Ви задоволені можливістю підвищувати свій професійний рівень поза межами Вашого закладу (при оцінці слід врахувати, чи адміністрація Вашого закладу надає Вам можливість навчатися в закладах післядипломної освіти на навчальних циклах, брати участь у наукових форумах, майстер-класах, семінарах тощо)					
2	В разі, якщо впродовж останніх 5 років Ви навчались у закладах післядипломної освіти, наскільки Ви були задоволені результатами навчання					

продовження Анкети оцінки задоволеності медичних працівників професійною діяльністю

1	2	3	4	5	6	7
3	Наскільки Ви задоволені можливістю підвищувати свій професійний рівень в межах Вашого закладу (при оцінці слід врахувати, чи маєте Ви змогу підвищувати свою кваліфікацію на робочому місці, чи є практика обміну досвідом між фахівцями у Вашому закладі, чи Вам забезпечений доступ до наукових видань за фахом, зокрема у бібліотеці закладу, через мережу Інтернет тощо)					
4	В разі, якщо Ви проходили навчання у Вашому закладі протягом останнього року, наскільки Ви задоволені результатами навчання					
5	Наскільки Ви задоволені своєю обізнаністю щодо Ваших прав та обов'язків при виконанні робочих завдань (при оцінці слід врахувати, чи керівництво закладу регулярно доводить до Вашого відома зміни у законодавстві, наказах, Ваших посадових інструкціях, регламентах, інструктивних та методичних матеріалах за профілем Вашої діяльності)					
6	Наскільки Ви задоволені умовами праці на Вашому робочому місці (при оцінці слід врахувати, як впродовж року дотримується температурний режим, наскільки достатнє освітлення, чи не надмірні вологість і шум, наскільки зручні й сучасні меблі, гігієнічний стан тощо)					
7	Наскільки Ви задоволені станом медичного обладнання, яке безпосередньо Вами використовується при наданні стоматологічної допомоги / стоматологічної послуги пацієнтам					
8	Наскільки Ви задоволені станом забезпечення Вашого робочого місця необхідними для надання стоматологічної допомоги лікарськими препаратами (без участі пацієнтів у їх придбанні)					
9	Наскільки Ви задоволені станом забезпечення Вашого робочого місця необхідними для надання стоматологічної допомоги розхідними матеріалами (без участі пацієнтів у їх придбанні)					
10	Наскільки Ви задоволені рівнем Вашої заробітної плати за останній рік (врахувати усі види надходжень, в залежності від типу закладу, де працюєте, – бюджетні, госпрозрахункові, заохочувальні виплати, виплати власником приватного закладу)					
11	Наскільки Ви задоволені станом розробки та впровадження в Україні галузевих клінічних протоколів стоматологічної допомоги на засадах доказової медицини (доцільно врахувати їх наявність, кількість, відповідність переліку основних стоматологічних захворювань)					

продовження Анкети оцінки задоволеності медичних працівників професійною

						діяльністю
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
12	Наскільки Ви задоволені професійними стосунками з колегами з структурного підрозділу, де працюєте (кабінету, відділення)					
13	Наскільки Ви задоволені професійними стосунками з колегами з інших структурних підрозділів Вашого закладу (кабінетів, відділень)					
14	Наскільки Ви задоволені оперативністю взаємодії з іншими структурними підрозділами при сумісному наданні стоматологічної допомоги конкретному пацієнту (своєчасністю проведення призначених Вами діагностичних і лабораторних обстежень, консультацій інших спеціалістів, виготовлення конструкцій, видачі довідок, рекомендацій тощо)					
15	Наскільки Ви задоволені професійними стосунками з адміністрацією Вашого закладу					
На наступне запитання надайте будь-ласка відповідь ТАК або НІ		ТАК		НІ		
16	В разі, якщо Ви випадково зустрінете Вашого знайомого колегу – стоматолога, який шукає роботу, а Ви маєте інформацію про вакансії у декількох профільних закладах, чи порадите Ви йому звернутися до адміністрації саме Вашого закладу для працевлаштування					

2. Скільки повних років Ви працюєте у даному закладі охорони здоров’я? _____

3. Ваш загальний професійний стаж (повних років) _____

4. Ваш вік (повних років) _____

5. Ви:

5.1. фахівець з середньою спеціальною медичною освітою - ○

5.2. лікар - ○

5.3. завідувач відділення (структурного підрозділу) – ○

6. Ваша кваліфікаційна категорія за фахом:

6.1. друга - ○ 6.2. перша - ○ 6.3. вища - ○ 6.4. не маю – ○

7. Ваша стать: 7.1. чоловіча - ○ 7.2. жіноча – ○

Бажаємо Вам і Вашій родині міцного здоров’я і дякуємо за відповіді!

Додаток Д

Перелік запитань для глибинних інтерв’ю з лікарями-стоматологами

№	Запитання для глибинних інтерв’я
1	Яку роль доказової медицини ви вбачаєте у забезпеченні якості стоматологічної допомоги?
1.1	для пацієнта: (конкретизуйте)
1.2	для лікаря: (конкретизуйте)
2	Які джерела доказових даних ви використовуєте?
2.1	отримані активним способом (самостійно проводите пошук в базах доказових даних; шляхом інтерактивного навчання на робочих місцях; поєднанням формальної, неформальної та інформальної освіти)
2.2	отримані пасивним способом (як слухач на заходах з формального навчання)
3	Що заважає/сприяє вам постійно використовувати міжнародні клінічні рекомендації в повсякденній клінічній практиці?
3.1	заважають об’єктивні причини: (перерахуйте)
3.2	заважають суб’єктивні причини: (перерахуйте)
4	Що може вам допомогти у більш активному використанні міжнародних клінічних рекомендацій?
4.1	заходи галузевого рівня: (які саме)
4.2	заходи з боку адміністрації закладу: (які саме)
4.3.	Інші заходи

Додаток Ж

Анкета експерта з оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління якістю стоматологічної допомоги

Вельмишановний експерте!

Вам пропонується за Вашою згодою надати власну оцінку запропонованій концептуальній функціонально-організаційній моделі управління якістю стоматологічної допомоги (автор Круть А. Г., 2022 р.) за п’ятибальною шкалою.

Зробіть, будь-ласка, позначку (+) у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку.

№ з/п	**Характеристики концептуальної функціонально-організаційної моделі управління якістю стоматологічної допомоги**	**Оцінка в балах**				
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	Орієнтованість моделі на потреби населення у зміцненні й відновленні здоров’я порожнини рота *(соціальна складова моделі)*					
2	Чіткість визначення критеріїв якості медичної, зокрема, стоматологічної допомоги (ефективність, безпека, пацієнт-орієнтованість та інші)					
3	Чіткий розподіл вимог до якості медичної (у т. ч. стоматологічної) допомоги між: 1) ліцензуванням (нормативно-правові вимоги); 2) стандартизацією медичних технологій (використання доказової медицини – *медична складова моделі*); 3) акредитацією (демонстрація виконання вимог до якості та безпеки медичних утручань на персональному рівні); 4) сертифікацією (стандартизація управлінської діяльності)					
4	Профілактична спрямованість моделі на законодавчому рівні (програми зміцнення та підтримки здоров’я порожнини рота населення); освітньо-просвітницька діяльність закладів ПМСД у збереженні здоров’я порожнини рота; введення до складу посад працівників закладів ПМСД гігієністів зубних					

	продовження Анкети експерта					
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5	Введення елементів демократичного управління якістю шляхом залучення лікарських асоціацій, ГО пацієнтів, ЗМІ, релігійних організацій, представників громади тощо до процедур ліцензування, акредитації, сертифікації					
6	Диференціація підходів до фінансування закладів охорони здоров’я за Програмою медичних гарантій в залежності від відповідності стандартам акредитації/сертифікації, як мотиваційний механізм (*економічна складова моделі*)					
7	Перспектива зміцнення й розвитку власної бази знань закладів охорони здоров’я як одного з провідних ресурсів забезпечення якості медичної (стоматологічної) допомоги					
8	Покращення методичного забезпечення управління якістю медичної (стоматологічної) допомоги шляхом використання адаптованого до сфери охорони здоров’я ДСТУ ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров’я					

«____» _____ підпис _____

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

Додаток З

Список експертів

№ з/п	П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Лікарська категорія	Науковий ступінь
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Здоровик Т. В.	ТОВ «ДЕНТ ЛАЙН ПЛЮС»	Головний лікар	Вища *	-
2	Багнюк В. В.	КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня»	Директор	Вища* Вища **	-
3	Дубнова О. Ю.	ТОВ «Клініка Дубнової Стоматолог і Я»	Головний лікар	Вища*	-
4	Гуменюк О. П.	КНП «Київська стоматологія»	Директор	Вища* Вища **	-
5	Захаренко Є. О.	ТОВ «Захаренко Дентал Клінік»	Директор	Вища* Вища **	-
6	Лесів Р. А.	КНП «Закарпатська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»	В. о. директора	Вища* Вища **	-
7	Здоровик Р. В.	ТОВ «Версаль Дентал Студіо»	Головний лікар	Перша *	-
8	Дудко В. Д.	ПП «Медистар»	Директор	Лікар-спеціаліст *	-
9	Гунько Д. Ю.	ТОВ «Корал Дент»	Директор	Лікар-спеціаліст *	-
10	Магльона Я. В.	ТОВ «М-Клінік»	Директор	Лікар-спеціаліст * Перша **	-
11	Дудко Т. В.	ТОВ «Люмідент»	Головний лікар	Лікар-спеціаліст *	-
12	Зюков О. Л.	ДУ «НПЦ ПКМ» ДУС	Головний лікар, заступник директора з клінічної роботи	Вища*	Д. мед. н. професор
13	Куц П. В.	ТОВ «Стоматологія професора Куца»	Директор	Вища* Вища **	
		НУОЗ України імені	Завідувач		

14	Павленко О. В.	П. Л. Шупика	кафедри стоматології	Вища* Вища **	Д. мед. н. професор
продовження списку експертів					
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
15	Біда В. І.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Завідувач кафедри стоматології	Вища* Вища **	Д. мед. н. професор
16	Савченко М. В.	ТОВ «Сучасна сімейна стоматологія»	В. о. директора	Вища* Вища **	К. мед. н.
17	Процик В. В.	ФОП «Процик В. В.»	Директор	Вища* Вища **	К. мед. н.
18	Острянко В. І.	ФОП «Острянко В. І.»	Директор	Друга* Вища **	К. мед. н.
19	Сухляк В. В.	КНП «Рвненська обласна стоматологічна поліклініка»	Директор	Вища* Вища **	К. мед. н.
20	Струц В. В.	КНП «Міська стоматологічна поліклініка» Чернігівської міської ради	Генеральний директор	Лікар-спеціаліст * Вища **	

Примітка: * Категорія за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров’я»;

** Категорія за спеціальністю «Стоматологія»/«Дитяча стоматологія»

ДОДАТОК К-1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Заступник Міністра охорони здоров'я
Р.Ілик
_____

„____" _____ 2016 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Підходи до впровадження побудови вітчизняної системи ліцензування, акредитації та сертифікації закладів охорони здоров'я.

2. Ким запропоновано, адреса виконавця:

Державне підприємство "Державний медичний центр сертифікації" МОЗ України, провулок Хоткевича Гната, 2А, м. Київ, 02094.

Автор: Круть А.Г.

3. Джерело інформації:

Результати дисертаційного дослідження.

4. Де впроваджено:

Міністерство охорони здоров'я України, 01601, Україна, м. Київ, вул. Грушевського 7.

5. Строки впровадження: жовтень 2009 р. – травень 2016 р.

6. При проведенні яких робіт впроваджена пропозиція: при розробленні проекту наказів МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» та наказу МОЗ України від 20.12.2013 №1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я», Постанови КМУ від 02.03.2016 № 285. «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями, викладеними у джерелі інформації:

Застосування запропонованих автором підходів до впровадження системи вітчизняної системи ліцензування, акредитації та сертифікації закладів охорони здоров'я: створити засоби нормативно-правового регулювання якості медичної допомоги, підвищити задоволеність медичною допомогою; раціонально використовувати матеріально-технічні та кадрові ресурси галузі охорони здоров'я загалом та закладів охорони здоров'я зокрема.

8. Зауваження та пропозиції: Відсутні.

Відповідальний за впровадження:

Начальник Управління ліцензування
та контролю якості надання
медичної допомоги І. Слонецький

Додаток К-2

ЗАТВЕРДЖУЮ
Президент ГО "Асоціація стоматологів України"
професор І. П. Мазур

«_____»_____2022

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Задіяти до розробки галузевих клінічних протоколів стоматологічної допомоги на принципах доказової медицини експертів – членів ГО «Асоціація стоматологів України».

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:

1) Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. Україна. Здоров'я нації, № 3, 2021. С. 40-49. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796

2) Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021. Т. 6, № 5. С. 285-293. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2021_6_5_42.

4. Ким, коли впроваджено:

Підготовлено доповнення до Наказу МОЗ України від 06.12.2021 № 2711 "Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908" ("Про утворення та затвердження персональних складів мультидисциплінарних робочих груп з розробки галузевих стандартів медичної допомоги") та створено 9 мультидисциплінарних робочих груп з розробки галузевих стандартів з надання медичної стоматологічної допомоги. https://www.dec.gov.ua/mtd/multydysczyplinarni-robochi-grupy/.

Рекомендації доцента Крутя А. Г. використані при підготовці доповнень до Наказу МОЗ України від 16.12.2021 № 2711 в комплексі з рекомендаціями професора Мазур І. П. (Президент ГО «АСУ») та к. мед. н. Вахненка О. М. (Віцепрезидент ГО «АСУ», координатор групи експертів МОЗ України за напрямами «Терапевтична стоматологія. Хірургічна стоматологія. Ортопедична стоматологія. Дитяча стоматологія. Ортодонтія. Стоматологія», згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2020 № 2455).

Додаток К-3

Затверджую
Директор
КНП ХОР «Обласна
стоматологічна поліклініка»
Євген ВОЛОСОВ

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
Удосконалити підходи до ідентифікації ризиків зовнішнього і внутрішнього середовища в закладі охорони здоров'я та запровадження серед працівників ризик-орієнтованого мислення відповідно до вимог стандарту на системи управління якістю ДСТУ EN ISO 9001:2015 для сфери охорони здоров'я.

2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:
1) О. Г. Шекера, А. Г. Круть, В. В. Горачук. Підходи до планування діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту «Quality menegement systems-EN ISO 9001:2015 for healthcare». Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8, № 3. С. 97-101. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_3-4_4.
2) А. Г. Круть, В. В. Горачук. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 3. С. 38–43. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8
4. Ким, коли впроваджено: завідувачем першого лікувального відділення Назаренко П.А., завідувачем другого лікувального відділення Алексанян М.К. протягом 2020 – 2021 років.
5. Ефективність впровадження: удосконалено навички топ-менеджерів і лінійних керівників закладу з ідентифікації ризиків, пов'язаних з наданням медичної допомоги, забезпеченням ресурсами (кадровими інфраструктурними, інформаційними, знаннями, компетенціями) менеджментом.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

Директор
КНП ХОР «Обласна
стоматологічна поліклініка» Євген ВОЛОСОВ

Додаток К-4

Затверджую
Генеральний директор
КНП «Чернігівська обласна
стоматологічна поліклініка» ЧОР
Горбань Сергій Петрович

«23» грудня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Удосконалити в закладі систему критеріїв та індикаторів якості стоматологічної допомоги відповідно до складових:

- ефективність (відсоток пацієнтів, охоплених лікувально-профілактичними і діагностичними технологіями, розробленими на принципах доказової медицини);
- безпека (відсутність дефектів/ускладнень/несприятливих подій/невідповідностей при наданні стоматологічної допомоги; використання, за можливості, найменш травматичних стоматологічних утручань);
- пацієнт-орієнтованість стоматологічної допомоги (задоволеність пацієнта; географічна, організаційна, фінансова доступність; своєчасність; комплексність; партнерські стосунки з лікарем)

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:

1) А. Г. Круть, О. К. Толстанов, В. В. Горачук Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. Україна. Здоров'я нації, № 3, 2021. С. 40-49. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796.

2) Круть А. Г. Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021. Т. 6, № 5. С. 285-293. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2021_6_5_42.

4. Ким, коли впроваджено: медичним директором КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» ЧОР Солошенко Т.В.; безпосередні виконавці – керівник I стоматологічного відділення Федорченко С.В., керівник II стоматологічного відділення Стеченко В.Л. протягом 2020-2021 років.

5. Ефективність впровадження: удосконалено управлінську панель критеріїв та індикаторів якості; впорядковано моніторинг процесу надання стоматологічної допомоги за індикаторами якості; зменшено навантаження на лінійних менеджерів при виконанні функцій оцінки та аналізу стоматологічної допомоги.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
Медичний директор
КНП «Чернігівська обласна
стоматологічна поліклініка» ЧОР — Солошенко Т.В.

Додаток К-5

Затверджую
Директор
КНП «Житомирське обласне
стоматологічне медичне об'єднання»
Житомирської обласної ради
Солдатов В.К.

«17» грудня 2021р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
Удосконалити в закладі систему критеріїв та індикаторів якості стоматологічної допомоги відповідно до складових:
- ефективність (відсоток пацієнтів, охоплених лікувально-профілактичними і діагностичними технологіями, розробленими на принципах доказової медицини);
- безпека (відсутність дефектів/ускладнень/несприятливих подій/невідповідностей при наданні стоматологічної допомоги; використання, за можливості, найменш травматичних стоматологічних утручань);
- пацієнт-орієнтованість стоматологічної допомоги (задоволеність пацієнта; географічна, організаційна, фінансова доступність; своєчасність; комплексність; партнерські стосунки з лікарем)

2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:
1) А. Г. Круть, О. К. Толстанов, В. В. Горачук Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. Україна. Здоров'я нації, № 3. 2021. С. 40-49. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796.
2) Круть А. Г. Критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги: стан розробки та використання. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021. Т. 6, № 5. С. 285-293. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2021_6_5_42.

4. Ким, коли впроваджено:
Гуренко Л.М., медичний директор, вересень – грудень 2021р.

5. Ефективність впровадження: удосконалено управлінську панель критеріїв та індикаторів якості; впорядковано моніторинг процесу надання стоматологічної допомоги за індикаторами якості; зменшено навантаження на лінійних менеджерів при виконанні функцій оцінки та аналізу стоматологічної допомоги.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
Медичний директор
КНП «Житомирське обласне стоматологічне
медичне об'єднання» Житомирської обласної ради
Гуренко Л.М.

Додаток К-6

Затверджую
Директор
КНП «Житомирське обласне
стоматологічне медичне об'єднання»
Житомирської обласної ради
Солдатов В.К.

«17» грудня 2021р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
Удосконалити підходи до ідентифікації ризиків зовнішнього і внутрішнього середовища в закладі охорони здоров'я та запровадження серед працівників ризик-орієнтованого мислення відповідно до вимог стандарту на системи управління якістю ДСТУ EN ISO 9001:2015 для сфери охорони здоров'я.

2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:
1) О. Г. Шекера, А. Г. Круть, В. В. Горачук. Підходи до планування діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту «Quality menegement systems-EN ISO 9001:2015 for healthcare». Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8, № 3. С. 97-101. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_3-4_4.
2) А. Г. Круть, В. В. Горачук. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 3. С. 38–43. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8
4. Ким, коли впроваджено:
Гуренко Л.М., медичний директор, вересень-грудень 2021р.

5. Ефективність впровадження: удосконалено навички топ-менеджерів і лінійних керівників закладу з ідентифікації ризиків, пов'язаних з наданням медичної допомоги, забезпеченням ресурсами (кадровими, інфраструктурними, інформаційними, знаннями, компетенціями), менеджментом.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
Медичний директор
КНП «Житомирське обласне стоматологічне
медичне об'єднання» Житомирської обласної ради Гуренко Л.М.

Додаток К-7

Затверджую
Генеральний директор
КНП «Чернігівська обласна
стоматологічна поліклініка» ЧОР
Горбань Сергій Петрович

«23» грудня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Удосконалити підходи до ідентифікації ризиків зовнішнього і внутрішнього середовища в закладі охорони здоров'я та запровадження серед працівників ризик-орієнтованого мислення відповідно до вимог стандарту на системи управління якістю ДСТУ EN ISO 9001:2015 для сфери охорони здоров'я.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:

1) О. Г. Шекера, А. Г. Круть, В. В. Горачук. Підходи до планування діяльності закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту «Quality menegement systems-EN ISO 9001:2015 for healthcare». Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8, № 3. С. 97-101. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2019_8_3-4_4.

2) А. Г. Круть, В. В. Горачук. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 3. С. 38–43. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8

4. Ким, коли впроваджено: медичним директором КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» ЧОР Солошенко Т.В.; безпосередні виконавці – керівник І стоматологічного відділення Федорченко С.В., керівник ІІ стоматологічного відділення Стеченко В.Л. протягом 2020-2021 років.

5. Ефективність впровадження: удосконалено навички топ-менеджерів і лінійних керівників закладу з ідентифікації ризиків, пов'язаних з наданням медичної допомоги, забезпеченням ресурсами (кадровими, інфраструктурними, інформаційними, знаннями, компетенціями), менеджментом.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
Медичний директор
КНП «Чернігівська обласна
стоматологічна поліклініка» ЧОР — Солошенко Т.В.

Додаток К-8

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Фізична особа - підприємець
Подчерняєв Олександр Іванович

«01» липня 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Підходи до впровадження побудови вітчизняної системи ліцензування, акредитації та сертифікації закладів охорони здоров'я.

2. Ким запропоновано, адреса виконавця:

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, вул.. Дорогожицька, буд. 9, м.Київ, 04112.

Автор: Круть А.Г.

3. Джерело інформації:

- Результати дослідження, викладені у статті «Підходи до нормативного врегулювання обігу медичних виробів як умова запобігання ризикам їхнього використання».-Київ, 2018, стор.166-170, журнал «Лікарська справа». Автори: В.В.Горачук, А.Г.Круть, В.М.Михальчук.

4. Де впроваджено:

Виробник медичних виробів (Фотополімерних матеріалів для пломбування зубів та облицювання зубних протезів) - ФОП Подчерняєв Олександр Іванович. Впроваджено у 2021р.

5. Ефективність впровадження:

Застосування запропонованих автором підходів до складання технічної документації на медичні вироби при їх виготовлені згідно діючого в Україні законодавства та запропонованих Директивами ЄС, дозволило виробнику медичних виробів виготовляти безпечну продукцію для застосування в стоматології. Крім того, структурований перелік технічної документації запропонований автором у статті і реалізований виробником, дозволив забезпечити обіг медичних виробів документами, які вимагаються при закупівлях, які проводять заклади охорони здоров'я, згідно вимог до документів, передбачених системою управління якістю запровадженою у ЗОЗ та законодавством України.

6. Зауваження та пропозиції: Відсутні.

Відповідальний за впровадження:

Подчерняєв Олександр Іванович

Додаток К-9

Затверджую
Перший проректор НУОЗ України
імені П. Л. Шупика
д.м.н., акад. НАМН України
професор Вдовиченко Ю. П.

«05» вересня 2022р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Увести до навчального плану та програми циклу ТУ кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» тривалістю 1 тиждень (39 годин) для керівників підприємств, установ і організацій охорони здоров'я усіх форм власності лікувального профілю тему «Організація та управління інфекційною безпекою».

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, здобувач наукового ступеня доктора медичних наук, доцент Круть А. Г.

3. Джерела інформації:

1) А. Г. Круть, О. К. Толстанов, В. В. Горачук. Мультимодальні стратегії удосконалення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю. WWW.UMJ.COM.UA | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 4 (144). VII/VIII 2021. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.144.213621.

2) Круть А. Г. Інфекційна безпека як складова якості стоматологічної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ. 17 вересня 2021 року. С. 81-83.

4. Ким, коли впроваджено: професором Горачук В. В., професором Гойдою Н. Г., професором Бугром В. І., ст. викл. Кошовою С. П. у квітні-травні 2021 року при розробці навчального плану, програми й підготовці методичних і презентаційних матеріалів циклу ТУ «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги»; використано при проведенні навчальних занять зі слухачами кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування в 2021-2022 навчальному роках.

5. Ефективність впровадження: підвищення рівня знань слухачів з питань організації та управління інфекційною безпекою» (на прикладі стоматологічної допомоги); задоволеність слухачів навчальними матеріалами та отриманими знаннями за темою.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри
управління охороною здоров'я
та публічного адміністрування
НУОЗ України імені П. Л. Шупика,
професор

Василь МИХАЛЬЧУК

Додаток Л

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

18.05.2015 м.Київ № 284

Про створення робочої групи з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я

Відповідно частини 3 пункту 6 Порядку акредитації закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765, та пункту 9 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 467, з метою удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я

НАКАЗУЮ:

1. Створити робочу груп з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я у складі, що додається.

2. Залучати до роботи, у разі необхідності, спеціалістів та представників інших міністерств, державних органів, громадських організацій у встановленому порядку.

3. Перше засідання робочої групи провести в приміщенні Міністерства охорони здоров'я України 28.05.2015 року.

4. Робочій групі надати пропозиції до МОЗ України до 01.08.2015 року.

5. Засідання робочої групи надалі проводити за окремим графіком.

6. Витрати, пов'язані із відрядженням членів робочої групи, віднести за основним місцем роботи.

7. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Перегінця І.Б.

Міністр **О. КВІТАШВІЛІ**

Додаток Л (*продовження*)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
«18» травня 2015р. №289

Склад робочої групи з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я

Перегінець Ігор Богданович	- заступник Міністра, голова робочої групи,
Слонецький Ігор Іванович	- заступник директора Департаменту – начальник відділу ліцензування, акредитації та сертифікації Юридичного департаменту, заступник голови робочої групи,
Горова Елла Володимирівна	- начальник Відділу з питань якості надання медичної допомоги,
Комаров Михайло Петрович	- заступник начальника Управління надання медичної допомоги дорослим – начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Департаменту медичної допомоги,
Худошина Ольга Валентинівна	- завідувач Сектором державного контролю ліцензування медичної практики Відділу з питань якості надання медичної допомоги,
Боднарук Наталія Миколаївна	- заступник начальника відділу ліцензування, акредитації та сертифікації Юридичного департаменту,
Голосай Катерина Сергіївна	- заступник начальника Комунального закладу Київської обласної ради «Київський обласний центр медичної статистики» (за згодою),
Горачук Вікторія Валентинівна	- доцент кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України,

Юр.упр.

Додаток Л (*продовження*)

Зайцев Олександр Михайлович	- начальник комунального закладу охорони здоров'я «Харківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» (за згодою),
Козодаєв Сергій Петрович	- асистент кафедри управління охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету,
Котуза Андрій Степанович	- керівник центру науки, медичних інновацій та моніторингу Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами (за згодою),
Ліщишина Олена Михайлівна	- директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України»,
Тяпкін Григорій Михайлович	- керівник Одеського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики (за згодою),
Круть Анатолій Григорович	- директор ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України,
Колляков Роман Олексійович	- головний спеціаліст відділу ліцензування, акредитації та сертифікації Юридичного департаменту, секретар робочої групи.

Заступник Міністра **І. Перегінець**

Додаток М

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від 25 травня 2021 р. Київ № 1013

Про створення робочої групи з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я

Відповідно до абзацу третього пункту 6 Порядку акредитації закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2012 року № 1216), та підпункту 10 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я

НАКАЗУЮ:

1. Утворити та затвердити склад Робочої групи з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я (далі – Робоча група), що додається.

2. Голові Робочої групи:

1) забезпечити координацію діяльності Робочої групи;

2) забезпечити проведення першого засідання Робочої групи не пізніше чотирьох тижнів з моменту реєстрації цього наказу. У подальшому проводити засідання Робочої групи у разі необхідності;

3) у разі потреби залучати до роботи Робочої групи спеціалістів та представників інших міністерств, державних органів, спеціалізованих установ, громадських і міжнародних організацій, експертів за їх згодою встановленому порядку;

Міністерство охорони здоров'я України
1013 від 25.05.2021
Ляшко Віктор Кирилович

Копія вірна

Додаток М *(продовження)*

2

4) подати керівництву Міністерства охорони здоров'я України пропозиції до проектів нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Микичак І.В.

Міністр **Віктор ЛЯШКО**

30 6 12104 94092 03002

Міністерство охорони здоров'я України
1013 від 25.05.2021
Ляшко Віктор Кирилович

Копія вірна
Ліпторовича Л. М.

Додаток М (*продовження*)

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказ Міністерства охорони здоров'я України
25.05.21 № 1013

Склад
робочої групи з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я

Микичак Ірина Володимирівна	заступник Міністра, голова робочої групи;
Слонецький Ігор Іванович	директор Департаменту контролю якості надання медичної допомоги, заступник голови робочої групи;
Торовець Леонід Юрійович	головний спеціаліст відділу контролю нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я Департаменту контролю якості надання медичної допомоги, секретар робочої групи;
Правило Олександр Іванович	заступник директора департаменту – начальник відділу юридичної експертизи Юридичного департаменту;
Ганжа Ірина Миколаївна	керівник експертної групи з питань розвитку служби крові, біобезпеки та оперативного реагування на події, що мають міжнародне значення Директорату громадського здоров'я та профілактики захворюваності;
Колесник Роман Олександрович	завідувач відділом антимікробної резистентності та інфекційного контролю державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Короткий Олександр Володимирович	кандидат медичних наук, асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;
Палій Валентин Дмитрович	завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Копія вірна
Ліпровець Л.О.

Додаток М (*продовження*)

Горачук Вікторія Валентинівна	учений секретар, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика;
Круть Анатолій Григорович	директор стоматологічного практично-навчального центру Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика;
Дубров Сергій Олександрович	завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця;
Кухарчук Наталія Сергіївна	заступник директора якості та розвитку комунального некомерційного підприємства «Київський пологовий будинок №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), за згодою;
Краснов Володимир Володимирович	заступник генерального директора з якості товариства з обмеженою відповідальністю «МЛ Діла», за згодою;
Пукаляк Роман Михайлович	директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний діагностичний центр», експерт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України, за згодою;
Гусева Ганна Володимирівна	заступник директора з правових питань, державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Сухорукова	директор Департаменту моніторингу

Копія вірна