

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
_____ В.А. Огнєв

**ДЕРЖАВНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА
МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:
слухач групи ПУА-21

Є.Є.Борисенко

Керівник,
к.мед.н., доц.

О.Є.Вашев

Рецензент

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ | 6 |
| 1.1 Сутність стоматологічної допомоги як об'єкта державного впливу..... | 6 |
| 1.2 Державні механізми регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні | 12 |
| 1.3 Закордонний досвід державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні..... | 20 |
| РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ..... | 28 |
| 2.1 Особливості стоматологічної допомоги в Україні | 28 |
| 2.2 Аналіз стану державного регулювання стоматологічної допомоги ... | 36 |
| 2.3 Моніторинг забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків .. | 45 |
| РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ | 54 |
| 3.1 Стратегічний підхід до реформування стоматологічної допомоги в Україні..... | 54 |
| 3.2. Інтегрованість як передумова розбудови механізму державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні..... | 64 |
| 3.3. Удосконалення механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків | 71 |
| ВИСНОВКИ..... | 84 |
| ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ | 87 |

ВСТУП

Актуальність теми. Одним із найважливіших напрямків соціальної політики на муніципальному рівні держави є охорона здоров'я громадян. Вагомою складовою є стоматологічна допомога, є стоматологічна допомога - підсистема, яка забезпечує стоматологічне здоров'я, та впливає на якість життя населення. Важливість забезпечення державних гарантій з охорони здоров'я громадян України засвідчує, що стоматологічна допомога на муніципальному рівні не забезпечена у частині розроблення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України щодо гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги та стандартів медичної допомоги. Майже не реалізованим є право професійних медичних і громадських медичних об'єднань на участь в управлінні галуззю.

Надання доступної та якісної стоматологічної допомоги населення України має бути пріоритетним напрямом державної політики розвитку стоматологічної служби. Необхідність кардинальних змін у її діяльності обумовлена наявною ситуацією та передбачає удосконалення державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні.

Дослідження як питань державного регулювання, охорони здоров'я, так і питань надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні висвітлено в працях таких відомих науковців, як: З.В. Гладун, А.О. Дегтяр, Ю.Б. Іванов, Д.В. Карамішев, М.А. Латинін, В.Ф. Москаленко, І.В. Рожкова, О.В. Савчук, Н.М. Удовиченко та ін. Проте, не всі питання теоретичного й практичного значення були опрацьовані в їх працях. Саме тому пошук шляхів подальшого удосконалення державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні потребує більш глибокого вивчення на сучасному етапі розбудови України.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні.

Для досягнення мети було визначено такі завдання дослідження:

- визначити теоретичні основи державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні;
- розглянути закордонний досвід державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні;
- проаналізувати сучасний стан державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні;
- здійснити моніторинг механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків;
- розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків.

Об'єкт дослідження – державне регулювання стоматологічної допомоги.

Предмет дослідження – механізм державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні.

Методи дослідження. Дослідження виконано в рамках системного підходу, який охоплює як загальнонаукові (аналізу і синтезу, наукової абстракції, діалектичний, інтуїтивний, індукції і дедукції, закони логіки), так і спеціальні економічні методи досліджень, зокрема порівняльного аналізу – при виявленні відмінностей у державному регулюванні стоматологічної допомоги на муніципальному рівні у різних країнах. Також використано методи узагальнення, фінансовий та економічний аналіз, SWOT-аналіз, системного аналізу, спостереження, порівняння, статистичні методи збору та обробки інформації.

Матеріалами, що стали основою дослідження є законодавчі акти, офіційні матеріали Державної служби статистики України, аналітичні документи органів державного управління та органів місцевого самоврядування, дані міжнародних науково-аналітичних установ, монографії, фахові наукові видання та статті вітчизняних і зарубіжних вчених.

Практичне значення отриманих результатів полягає у використанні рекомендацій щодо застосування програмно-цільового підходу в державному

регулюванні стоматологічної допомоги на муніципальному рівні шляхом інтеграції потенцій закладів охорони здоров'я регіону в межах існуючого фонду з поділом обов'язків і загальної відповідальності, що дозволить здійснювати планування необхідних ресурсів, використовувати інноваційні форми управління, поєднувати соціально-економічні пріоритети у сфері охорони здоров'я із заходами бюджетної політики, а також підвищити ефективність поділу бюджетних коштів на підставі оцінки рівня та якості надання стоматологічної допомоги населенню

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ

1.1 Сутність стоматологічної допомоги як об'єкта державного впливу

Стоматологічна допомога – одна з самих масових видів медичної допомоги населенню України і посідає в структурі амбулаторно-поліклінічної допомоги друге місце після звернень до лікарів-терапевтів. Новітня стоматологія є високоспеціалізованим науковим і соціально значущим виробництвом з чітко вираженою організаційно-економічною, медико-клінічною, біологічною та державно-управлінською специфікою. У загальній моделі реформування системи державного управління охороною здоров'я стоматологічний сектор медицини є одним з головних, що потребує наукового обґрунтування, відповідно до сучасних вимог.

Нині в Україні працює понад 22 тис. лікарів-стоматологів, близько 10 тис. зубних техніків і 20 тис. середнього та молодшого персоналу. Сьогодні в стоматологічна допомога надається в 269 самостійних стоматологічних поліклініках для дорослих, 35 дитячих поліклініках, 4306 відділеннях і кабінетах при лікувально-профілактичних закладах (далі – ЛПЗ) загального профілю та стоматологічних поліклініках і кабінетах, що функціонують на госпрозрахунковій основі. На 10 тис. осіб в Україні припадає 3,7 лікаря-стоматолога, що свідчить про значно нижчу забезпеченість населення країни цими лікарями, ніж у країнах Європи [8].

Зважаючи на те, що декретована група населення становить у середньому в регіонах 50-60% від його чисельності, виникає необхідність поєднання бюджетної та госпрозрахункової діяльності стоматологічної служби. Бюджетне фінансування стоматологічних поліклінік в Україні сьогодні становить 28,2–43% від потреби, в результаті чого коштів, які отримують стоматологічні поліклініки,

вистачає тільки на заробітну плату. Розвиток підприємницької діяльності привів до організації стоматологічних центрів, асоціацій, фірм, кабінетів тощо, які базуються на приватній власності. Адже становлення ринкових відносин в Україні, з одного боку, і обмежене бюджетне фінансування охорони здоров'я – з другого дало поштовх для розвитку приватної підприємницької діяльності у сфері надання населенню стоматологічних послуг.

Стоматологічна послуга – необхідна і досить професійна дія, що виконується відносно пацієнта з профілактичною, діагностичною, лікувальною і (чи) реабілітаційною метою. У зв'язку з цим як стоматологічна послуга визнається захід (чи комплекс заходів), спрямований на профілактику захворювань зубів і порожнини рота, їх діагностику та лікування, що має самостійне закінчене значення і характеризується певною вартістю [8].

Надалі виникає необхідність диференціювати поняття «стоматологічна послуга» і «стоматологічна допомога».

За своєю суттю стоматологічна допомога – це комплекс заходів, який включає стоматологічні послуги, організаційно-технічне, санітарно-протиепідемічне, медикаментозне та інше забезпечення, що спрямований на задоволення потреб людини у підтриманні і відновленні її стоматологічного здоров'я.

Обґрунтовується, що «стоматологічна послуга» і «стоматологічна допомога» – близькі, але не ідентичні поняття.

Стоматологічна допомога – поняття, безсумнівно, більш широке, ніж стоматологічна послуга. Стоматологічні послуги є різновидом професійних медичних послуг, орієнтованих на особливе благо – здоров'я людини. При цьому для підтримання, зміцнення та відновлення здоров'я людини стоматологи здійснюють спеціальні втручання, використовують численні інвазивні та неінвазивні способи впливу на органи і тканини щелепно-лицевої ділянки [8].

Амбулаторна стоматологічна допомога міському населенню надається в спеціалізованих лікувально-профілактичних установах і в стоматологічних кабінетах і відділеннях відомчих медичних установ. До них відносяться:

- 1) стоматологічні поліклініки (для дорослих і дитячі);
- 2) стоматологічні відділення (кабінети) у територіальних поліклініках, при медико-санітарних частинах і в здравпунктах підприємств;
- 3) стоматологічні кабінети в лікарнях, жіночих консультаціях, диспансерах, у школах і дошкільних установах, у вищих і середніх спеціальних навчальних закладах.

При організації роботи стоматологічних установ у містах необхідно сполучити відомі принципи централізації і децентралізації в наданні стоматологічної допомоги населенню.

При централізованій формі прийом населення проводиться безпосередньо в стоматологічній чи поліклініці в стоматологічному відділенні (кабінеті) територіальної поліклініки.

Для децентралізованих форм обслуговування передбачено створення постійно діючих стоматологічних кабінетів на підприємствах, у вищих і середніх навчальних закладах, школах і т.д. Перевага цієї форми полягає в тім, що обслуговування населення відбувається на місці і постійно, а також маєть можливість повного медичного обслуговування працюючих чи учнів, крім того збільшується можливість більш тісного контакту лікаря з пацієнтом.

Стоматологічна допомога надається у виді:

- 1) моніторингу факторів ризику стоматологічних захворювань та поширення інформації про методи та засоби профілактики захворювань порожнини рота серед пацієнтів;
- 2) профілактики виникнення захворювань порожнини рота та навчання індивідуальної гігієни порожнини рота різних вікових категорій громадян;
- 3) контролю за поширенням захворювань порожнини рота;
- 4) стоматологічної допомоги з метою відновлення здоров'я порожнини рота [47].

Серед медичних установ, що надають стоматологічну допомогу, особливе місце займає стоматологічна поліклініка.

Стоматологічні поліклініки розрізняються:

1. По джерелу фінансування: бюджетні, госпрозрахункові.
2. По підпорядкованості: територіальні, відомчі.
3. За рівнем обслуговування: обласні, міські, районні.
4. По категоріях: у залежності від потужності, що визначається числом відвідувань у зміну.

Для кращої організації і планування стоматологічної допомоги на кожному рівні управління з числа лікарів-стоматологів виділяється найбільш досвідчений лікар-стоматолог, що виконує функції головного фахівця зі стоматології.

У структурі обласних, міських стоматологічних поліклінік створюються організаційно-методичні кабінети, співробітники яких разом з головними фахівцями проводять організаційно-методичну роботу по організації стоматологічної допомоги, плануванню, аналізу діяльності установ, розробляють заходи, щодо підвищення якості стоматологічної допомоги населенню.

Прийом в стоматологічних поліклініках і відділеннях проводиться по профілю терапевтичної, ортопедичної і хірургічної стоматології [41].

В склад сучасної стоматологічної поліклініки входять відділення і кабінети:

- терапевтичної стоматології з кабінетом по лікуванню хвороб пародонту і слизової оболонки ротової порожнини;
- відділення (кабінет) хірургічної стоматології з операційним блоком;
- ортопедичне відділення з зубопротезною лабораторією і ливарною;
- відділення пересувної стоматологічної допомоги і профілактики стоматологічних хвороб;
- анестезіологічний і рентгенологічний кабінети.

Спеціалізована амбулаторно-поліклінічна стоматологічна допомога є одним із самих масових видів медичного обслуговування населення. Питома вага стоматологічної захворюваності в загальній захворюваності населення по звертанню досягає більше 16%. Звертання за стоматологічною допомогою

займає друге місце після звертання до лікарів-терапевтів, 90 % населення хворіє карієсом, 40 % - пародонтозом .[41]

Стационарна стоматологічна допомога надається в стоматологічних відділеннях чи спеціалізованих ліжках в республіканських, обласних, міських, районних, клініках науково-дослідних інститутів, медичних університетів і інститутів і інститутів удосконалення лікарів. [41]

Планування і керівництво роботою всіх установ покладається на головних спеціалістів.

Головний спеціаліст призначається із числа головних лікарів республіканських, обласних, міських стоматологічних поліклінік. Головний стоматолог через керівництво лікувально-профілактичних установ і місцевих органів охорони здоров'я повинен забезпечити організаційно-методичне і наукове керівництво роботою стоматологічних установ. [41].

Незалежно від місця розташування (республіканська, обласна, міська, Районна, стоматологічні клініки можуть бути 5 категорій:

- позакатегорійна – більше 40 посад;
- 1 категорія – 30 – 40 посад;
- категорія – 25 – 30 посад;
- категорія – 20 – 25 посад;
- категорія – 15 – 20 посад;
- категорія – 10 – 15 посад.

Обрахунок лікарських кадрів ведеться виходячи з числа населення, враховуючи то, що на кожного мешканця на рік припадає 2,2 відвідування.

На кожні 10 тисяч дорослого населення виділяється 4,0 посади стоматолога (терапевта + хірурга) і 1 посада протезиста на 4 – 5 посад стоматологів.

На кожні 10 тисяч дитячого населення виділяється 4,5 посади стоматолога [41].

Структура стоматологічної поліклініки

В склад поліклініки входять спеціальні відділення:

- терапевтичної стоматології;
- хірургічної стоматології;
- ортопедичної стоматології;
- стоматології дитячого віку (де немає дитячої стоматологічної поліклініки).

Стоматологічна допомога, яка надається з метою відновлення здоров'я порожнини рота і передбачена пунктом 4 частини другої цієї статті, включає в себе:

- 1) загальну стоматологію;
- 2) дитячу стоматологію;
- 3) терапевтичну стоматологію;
- 4) ендодонтію;
- 5) пародонтологію;
- 6) ортопедичну стоматологію;
- 7) ортодонтію;
- 8) хірургічну стоматологію;
- 9) естетичну стоматологію;

інші спеціалізовані види стоматологічної допомоги

Невідкладна стоматологічна допомога в години роботи поліклініки надається черговим стоматологом, а в нічний час - лікарями спеціальних пунктів невідкладної стоматологічної допомоги, організованих у кількох поліклініках міста.

Окрім бюджетної мережі стоматологічних поліклінік, у містах відкриваються госпрозрахункові (платні) поліклініки, в яких надається висококваліфікована стоматологічна допомога всім мешканцям незалежно від віку, місця роботи та проживання [42].

Головний лікар стоматологічної поліклініки здійснює керівництво всією лікувально-профілактичною, організаційно-методичною, господарською та фінансовою діяльністю, контролює проведення заходів, спрямованих на підвищення якості та культури медичного обслуговування населення, він

аналізує показники діяльності закладу та окремих спеціалістів, призначає та звільнює з роботи медичний та адміністративно-господарський персонал, накладає дисциплінарні стягнення на працівників за порушення трудової дисципліни.

Як розпорядник кредитів, він контролює правильність використання бюджету, несе відповідальність за санітарний стан і виконання протипожежних заходів тощо.

1.2 Державні механізми регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні

Забезпечення належного рівня стоматологічної допомоги є однією з найважливіших функцій сучасної держави, адже визнання людини як джерела й водночас головної рушійної сили розвитку суспільства неодмінно пов'язане зі збереженням життя та зміцненням здоров'я населення і створенням належних умов для реалізації його конституційного права на охорону здоров'я. В умовах формування правової соціальної держави реалізація державної політики, що спрямована на охорону здоров'я населення, можлива лише шляхом застосування ефективного інструментарію державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні.

Сфера стоматологічної допомоги включає декілька взаємопов'язаних ринків: послуг з охорони здоров'я, медичних технологій, медичного обладнання, медичного страхування, праці медичних кадрів, освітніх послуг у сфері охорони здоров'я та фармацевтичного [5]. Отже, потрібно звертати увагу на широке коло соціально-економічних відносин, що стосуються стоматологічної допомоги, тобто на всю сферу охорони здоров'я.

На ринку будь-якого товару взаємодіють два вихідних параметри – попит і пропозиція. Попит – кількість товару, яку бажають і можуть придбати покупці за деякий період часу за певною ціною. Попит – це платоспроможна потреба в

товарах. Пропозиція – це кількість товару, яку продавці можуть надати у визначений період часу за певною ціною [21].

Сьогодні в державному управлінні застосовується системний підхід, за допомогою якого механізми державного регулювання стоматологічної допомоги розглядаються в єдності всіх складових елементів, підсистем і процесів. Кожна система не є незмінною, абсолютною, для неї характерні протиріччя і конфлікти, вона переживає періоди зародження, становлення, розвитку і занепаду. Час є неоміною характеристикою системи. У ній постійно виникають внутрішні недоречності, що є результатом протирічь та конфліктів. Частина й ціле, компонент і система, безперервне і тимчасве, функція і структура, зовнішнє і внутрішнє, організація і дезорганізація – такий далеко не повний перелік суперечливих сторін відносин, притаманних системі і породжених державно-управлінськими відносинами. Кожна з них може бути базою для виділення державно-управлінськими відносин певного виду. Державно-управлінські відносини, що існують і діють у сфері охорони здоров'я, соціального забезпечення, освіти, як ніколи дуже тісно пов'язані з державно-управлінськими відносинами в економічній і політичній сферах [25].

Державно-управлінські відносини можна поділити таким чином:

- галузеві, тобто відносини в межах однієї галузі;
- міжгалузеві, тобто відносини між організаціями різних галузей;
- міжрегіональні, тобто відносини між організаціями різних регіонів – територіально-галузеві [23].

Державне регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні – цілеспрямований управлінський вплив на процеси сфери охорони здоров'я з метою забезпечення реалізації цілей державної соціальної політики [9, с. 45].

Механізм державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні – «це спосіб дій суб'єкта регулювання, який ґрунтується на базових принципах і функціях, забезпечуючи за допомогою певних форм,

методів і засобів ефективного функціонування системи державного регулювання для досягнення поставленої мети та розв'язання протиріч» [29].

Механізм державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні, який, крім того, включає в себе суб'єкти регулювання (державні органи), об'єкти регулювання (заклади медичного обслуговування). При цьому система працює під впливом навколишнього середовища. Це середовище представлене політичною та правовою, демографічною та екологічною, техніко-економічною і соціально-культурною складовими.

До головних державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні необхідно відносити такі:

- 1) визначення мети, завдань та моделі розвитку;
- 2) формування «правил гри»;
- 3) координація інтересів;
- 4) стимулювання процесів економічного розвитку;
- 5) моніторинг і аналіз розвитку галузі;
- 6) контроль [28].

Створення належних умов господарювання, формування державою соціальної політики через відповідну нормативно-правову базу означає створення «правил гри» у даній сфері. Постійні зміни в господарському законодавстві дестабілізуюче впливають на економіку, формуючи в господарських суб'єктів почуття сумніву в завтрашньому дні. Ці протиріччя ускладнюють реалізацію функції державного регулювання стоматологічних послуг на муніципальному рівні. Для вирішення цієї проблеми, необхідно ретельно порівнювати передбачуваний позитивний ефект внесених змін зі збитками від порушення «правил гри» [29].

Врахування інтересів суб'єктів господарювання, галузей економіки, міжгалузевих відносин, а також інтересів суб'єктів господарювання, держави і суспільства означає реалізацію функції координації інтересів.

Вкрай важливим в даному випадку є забезпечення необхідної якості моніторингу і аналізу розвитку галузі, що передбачає створення системи спостереження та аналізу показників розвитку соціальної сфери.

Оцінка виконання цільових програм, нормативно-правових або регуляторних актів з метою подальшого коригування дій та заходів органів державної влади щодо стимулювання надання стоматологічних послуг на муніципальному рівні реалізується через функцію контролю [29].

Складовими державного регулювання надання стоматологічних послуг на муніципальному рівні включає в себе принципи та функції, а також форми, методи і засоби. У зв'язку із цим виникає проблема забезпечення ефективності державного регулювання, яку доцільно розглядати, по-перше, в аспекті відповідності здобутого результату поставленій соціально-економічній меті, по-друге, зіставлення результатів досягнення з певними витратами, по-третє, двоякість і суперечливість впливу більшості інструментаріїв державного регулювання.

Таким чином, забезпечення реалізації вищезазначених функцій державного регулювання надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні визначається такими положеннями:

- воно є доповненням до ринкового механізму з метою узгодження дій його елементів;
- завжди узгоджується з інтересами товаровиробників та регулює пропорції суспільного виробництва на макрорівні;
- його межі визначаються межами дії об'єктивних економічних законів та конкретними завданнями, що стоять перед суспільством;
- воно відбувається за допомогою економічних заходів шляхом розроблення комплексних цільових програм та відповідно до чинного законодавства [69, с. 75].

Механізм державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні спільно з механізмом ринкового саморегулювання та корпоративною планомірністю є складовою частиною господарського

механізму, який є системою управління народним господарством шляхом використання економічних законів, вирішення суперечностей суспільного способу виробництва, реалізації власності, а також розвитку людини та узгодження її інтересів з інтересами колективу, класу, суспільства. У разі оптимального поєднання цих механізмів і властивих їх форм, методів і важелів виникає новий синергичний ефект, унаслідок чого створюється можливість планомірного та пропорційного розвитку народного господарства [38, с.133].

Державне регулювання стоматологічної діяльності здійснюється через уповноважене у сфері охорони здоров'я міністерством на підставі, в межах повноважень та у спосіб передбачений законодавством України, який не повинен призводити до втручання держави та її посадових осіб у діяльність професійного самоврядування стоматологів.

Суб'єктами надання стоматологічної допомоги в Україні є:

1) стоматологи – основний суб'єкт стоматологічної діяльності та надання стоматологічної допомоги;

2) молодші спеціалісти з медичною освітою – гігієністи, зубні техніки, асистенти стоматологів та інші профільні спеціалісти, визначені законодавством та органом професійного самоврядування України [47].

Система державного впливу на надання стоматологічних послуг на муніципальному рівні являє собою опосередкований вплив держави на соціально-економічні процеси через закони і нормативні акти, підтримкою певного цінового, кредитного і податкового механізмів, механізму квотування експорту та імпорту, стимулювання ініціативи самих об'єктів управління тощо. З цієї точки зору впливає, що «здійснюючи управління, держава регулює, а регулюючи – управляє».

Досить багато науковців, які досліджують питання теорії державного регулювання економіки наголошують на необхідності системного підходу до вибору засобів і методів впливу держави на суб'єктів економічних відносин. У літературі зустрічається різна класифікація методів державного регулювання економіки, в залежності від обраних критеріїв. Зокрема, виділяють дві групи

методів державного регулювання економіки, використовуючи дві ознаки: форми впливу та засоби впливу. За формами впливу він виділяє прямі та непрямі методи регулювання, за засобами впливу – правові, адміністративні, економічні та пропагандистські методи [13, с.67].

Якісне надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні необхідно розглядати як діалектичний результат взаємодії двох чинників: функціонування ринкового механізму в соціальній сфері та державне регулювання галузі. Практика свідчить, що на різних етапах розвитку ринкових відносин співвідношення ролей держави і ринку закономірно змінюється. Досягнення найвищих рівнів ефективності залежить від оптимальності впливу держави стосовно конкретних сфер і напрямків регулювання, а також «глибини» втручання в ринковий механізм.

За формами впливу методи державного регулювання економіки поділяють на дві групи: методи прямого та непрямого впливу.

Методи прямого впливу діють на функціонування суб'єктів ринку за допомогою інструментів адміністративно-правового характеру та економічних інструментів прямого впливу [59].

Методи непрямого регулювання – це методи, які регламентують поведінку суб'єктів ринку не прямо, а опосередковано, через створення певного економічного середовища, котре змушує їх діяти в потрібному державі напрямі. Опосередковане регулювання – це вплив на економічні інтереси. Держава втілює в життя свої рішення на підставі мотивації. [59].

Отже, при дослідженні державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні необхідно враховувати можливі його напрями державного регулювання сфери охорони здоров'я (рис. 1.1.).

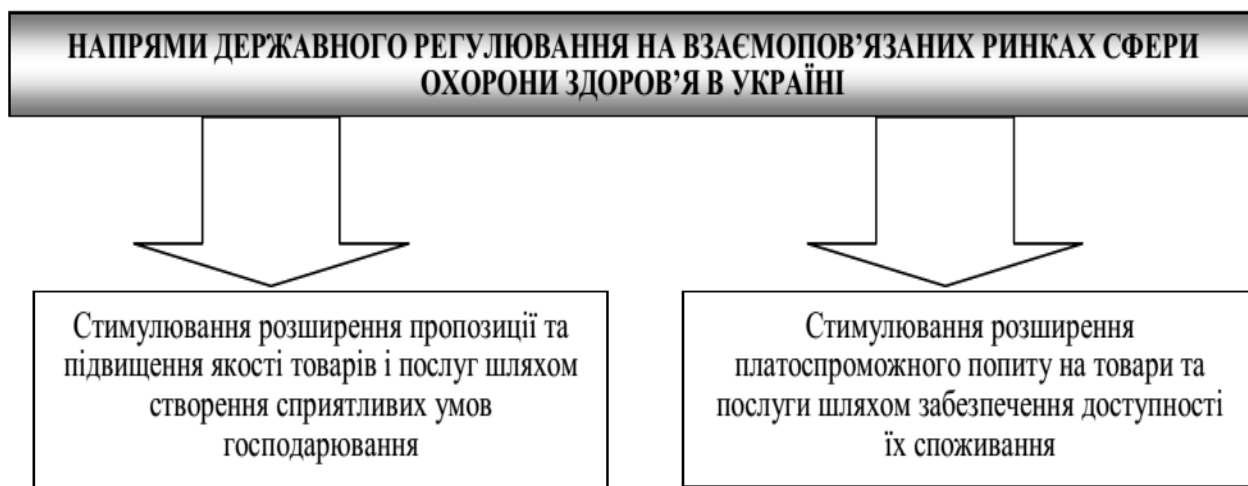


Рисунок 1.1. Державне регулювання на взаємопов'язаних ринках сфери охорони здоров'я в Україні [32].

Таким чином, інструменти державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні можна класифікувати за такими ознаками:

1) залежно від методу державного регулювання за засобами впливу, в рамках якого застосовується інструмент:

- інструменти, що застосовуються в рамках адміністративних методів;
- інструменти, котрі застосовуються в рамках економічних методів;

2) залежно від методу державного регулювання за формою впливу, в рамках якого застосовується інструмент:

- інструменти, що застосовуються в рамках прямих методів;
- інструменти, котрі застосовуються в рамках непрямих методів;

3) за видом ринку сфери охорони здоров'я, на регулювання відносин якого спрямоване застосування інструменту:

- інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку послуг з охорони здоров'я;

- інструменти, котрі застосовуються для регулювання відносин на ринку медичних технологій;

- інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичного обладнання;
 - інструменти, які застосовуються для регулювання відносин на фармацевтичному ринку;
 - інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичного страхування.
- 4) за напрямом застосування інструменту на ринку стоматологічних послуг:
- інструменти, що застосовуються для стимулювання розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг;
 - інструменти, які застосовуються для стимулювання розширення платоспроможного попиту на товари та послуги (табл. 1.1) [32].

Таблиця 1.1 Класифікація інструментів державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні [32]

| Інструменти в рамках адміністративних (прямих методів) | Інструменти в рамках економічних методів | | |
|---|--|--|--|
| | Інструменти в рамках прямих економічних методів | Інструменти в рамках непрямих економічних методів, що направлені на стимулювання: | |
| | | розширення пропозиції та підвищення якості послуг на ринку | розширення платоспроможного попиту на послуги на ринку |
| 1) ліцензування діяльності у сфері надання стоматологічних послуг; 2) акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я; 3) стандартизація якості стоматологічних послуг. | Здійснення державних видатків на фінансування діяльності закладів охорони здоров'я з надання стоматологічних послуг. | 1) звільнення від оподаткування ППП окремих державних підприємств; 2) звільнення від сплати земельного податку закладів сфери охорони здоров'я. | 1) звільнення від оподаткування ПДВ операцій з постачання послуг з охорони здоров'я; 2) включення до складу витрат платника ППП відповідних витрат, пов'язаних з охороною здоров'я; 3) виключення з розрахунку загального місячного оподаткованого доходу платника ПДФО вартості товарів та послуг, що пов'язані з охороною здоров'я; 4) включення до податкової знижки з ПДФО вартості товарів і послуг, пов'язаних з охороною здоров'я; |

Стосовно державного регулювання ринку стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні варто зазначити, що прямі економічні методи полягають у використанні механізмів бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я. Адміністративне регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні полягає у використанні механізмів стандартизації якості послуг з охорони здоров'я та ліцензуванні діяльності у сфері надання послуг з охорони здоров'я. Стосовно непрямого економічного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні слід зауважити, що широко застосовуються інструменти державного регулювання, передбачені податковим законодавством.

Результати дослідження механізмів державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні свідчать про його фрагментарний характер, чим обумовлена потреба у їх вдосконаленні, адже не забезпечується комплексність, що значно ускладнює процес формування ринкових відносин та знижує ефективність реформ у сфері охорони здоров'я.

1.3. Закордонний досвід державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні

Взявши курс на європейську інтеграцію, Україна повинна подолати існуючі розбіжності в соціальній сфері та економіці відносно до країн Європейського Союзу, надати гідний рівень життя та соціального захисту своїм громадянам. Важним напрямком соціальної політики будь-якої розвинутої країни є охорона здоров'я населення.

Проте через кризу, що охопила українську державу та суспільство, події пов'язані із збереженням цілісності та суверенності України, виникають серйозні труднощі в дотриманні та виконанні деяких принципів. Рада Європейського Союзу опублікувала «Заяву щодо спільних цінностей і принципів, в якій викладені чотири основні цінності і принципи, що включають повне охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарність у

фінансуванні, рівність доступу до медичної допомоги та високу якість медичної допомоги» [71, с. 432]. Вони лежать в основі систем охорони здоров'я, і зокрема надання стоматологічної допомоги в усіх державах-членах.

Країн-члени Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються такого принципу, як забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на «солідарній участі бідних і багатих, хворих і здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання» [5, с. 127].

Багато країн світу ведуть пошук путей оптимізації наявних моделей систем охорони здоров'я, які дозволяють при мінімальних фінансових ресурсах створити умови щодо максимального охоплення населення доступним і якісними медичними послугами.

Доступність якісної стоматологічної допомоги населенню регламентується національними нормативно-правовими актами, які визначають порядок та об'єми надання безоплатної медичної допомоги і обумовлена збалансованістю потрібних об'ємів медичної допомоги населенню з можливостями держави, наявністю кваліфікації медичних кадрів, необхідних медичних технологій, можливістю вільного вибору пацієнтом лікуючого лікаря та лікувального закладу, наявними транспортними можливостями, що забезпечуює своєчасне отримання медичної допомоги, збереження та укріплення здоров'я, профілактику захворювань.

Варто зазначити, що питання законодавчого регулювання та виконавчого забезпечення доступності і якості медичної допомоги, що задекларовані у конституціях різних країн мають свої особливості. «Так у конституціях Данії, Великобританії, Ірландії, Швеції, Сполучених штатів Америки (далі США), Канади положення про медичне обслуговування та надання медичної допомоги згадується у контексті соціального забезпечення. Серед європейських країн конституція Фінляндії містить положення про медичне обслуговування. Стаття

22 конституції Голландії визначає, що влада повинна застосовувати заходи щодо поліпшення здоров'я населення» [37].

Конституція Італії передбачає безоплатне надання медичної допомоги усім, хто її потребує. Конституція Греції передбачає ряд гарантій, які включають зобов'язання держави проявляти особливу турботу про хворих на невиліковні фізичні та психічні недуги, турбуватися про здоров'я громадян, особливо молоді, осіб похилого віку, інвалідів тобто незахищених категорій населення. В останні роки прийнято нові конституції деяких країн Східної Європи, які містять положення щодо забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, а саме: у конституції Угорщини закріплено право на охорону здоров'я, реалізація якого здійснюється через організацію діяльності медичних установ по наданню медичної допомоги; у конституції Болгарії закріплено право громадян на страхування здоров'я, яке гарантує їм доступну якісну медичну допомогу та безоплатне користування обслуговуванням на умовах і в порядку, визначених законом. Держава здійснює контроль за усіма установами охорони здоров'я, за виробництвом лікарських засобів, біопрепаратів і медичної техніки тощо. [37]

У більшості держав світу медицина забезпечує функцію виявлення захворювань, їх профілактику та лікування хворих. У кожній країні існують конкретні проблеми державного регулювання надання доступної і якісної стоматологічної допомоги для всіх верств населення, які обумовлені суспільним ладом, політичним становищем, загальним рівнем соціально-економічного розвитку, соціальною політикою держави з охорони здоров'я населення, функціонуючою моделлю системи охорони здоров'я.

Існуючі наразі системи надання стоматологічних послуг на муніципальному рівні відрізняються за різними типами, проте найпоширенішою є класифікація за принципом організації та фінансування, згідно з якою вони поділяються на державні (національні системи), або системи побудовані на принципах страхової медицини та приватні [36].

Так, у США забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню «організоване за ринковою моделлю охорони здоров'я, як наслідок, в цій країні найвищі у світі витрати на охорону здоров'я – понад 16% ВВП» [36].

Така модель характеризується децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання. Для більшості населення страхування здоров'я є приватною справою кожного. Медичне обслуговування під впливом орієнтованих на ринок концепцій розглядається як товар, який може вільно купуватися і продаватися в умовах відкритого ринку. Основним джерелом фінансування стоматологічної допомоги є приватні кошти громадян і прибуток (дохід) юридичних осіб.

Перевагами приватної системи надання стоматологічної допомоги є наявність розгалуженої мережі медичних установ, що забезпечують задоволення потреби у медичних послугах, відсутність черг на медичне обслуговування, належна увага щодо якості медичної допомоги, високі доходи медичних працівників (забезпечення кваліфікаційної, часової, спеціалізованої доступності медичної допомоги).

Проте, ця система має і такі серйозні недоліки, як висока вартість стоматологічних послуг, а отже відсутність або низька економічна або фінансова доступність стоматологічної допомоги; перевантаження витратних механізмів і неефективне використання наявних ресурсів; часте використання дорогих процедур і необґрунтованих медичних втручань, відсутність державного регулювання і контролю за якістю медичних технологій. Для приватної системи характерні вільне, нерегульоване ціноутворення на медичні послуги і значна частка національного доходу, що виділяється на охорону здоров'я.

У США загальний бюджет на охорону здоров'я складається з фондів державної програми "Medicaid" (10%), державної програми "Medicare" (17%), інших державних програм (15%), коштів приватного медичного страхування

(33%), коштів інших приватних джерел (4%), особистих коштів громадян (21%) [71, с. 446].

Медична допомога забезпечується коштами страхових медичних компаній, яких у США понад 2000 одиниць (найбільші “Синій Хрест” і “Синій Щит”, що займаються переважно страхуванням лікарняної та позалікарняної допомоги) [36].

Завдання доступності медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення вирішується завдяки реалізації державних програм “Medicare” (медична допомога людям 65 років і старше) і “Medicaid” (медична допомога малозабезпеченим, безробітним); програми державного страхування дітей, яка забезпечує доступ до медичних послуг дітей із сімей, прибуток яких вищий ніж для участі у “Medicaid”, але не дозволяє придбати медичну страховку [54].

Функції координації стоматологічної допомоги по забезпеченню доступності і якості медичної допомоги населенню на державному рівні здійснює Департамент охорони здоров'я, освіти та добробуту. На регіональному рівні в урядах штатів є департаменти охорони здоров'я, яким підпорядковано більшість медичних закладів, зокрема і у сфері надання стоматологічних послуг. Установи регіонального і федерального рівнів складають не менше $\frac{3}{4}$ усієї бази охорони здоров'я.

Для організації фінансування соціальних витрат, до яких відноситься і забезпечення доступності та якості стоматологічної допомоги населенню на муніципальному рівні у США здійснено [30, с. 105]:

- закріплення за кожним рівнем державного управління джерела фінансування програм забезпечення вразливих верств населення медичною допомогою, які є широко диверсифікованими: федеральний бюджет, бюджети штатів і місцевих органів влади, ресурси приватного та змішаного секторів, внески працівників і роботодавців;

- розроблені адміністративні механізми управління програмами по забезпеченню доступності медичної допомоги вразливим верствам населення,

які визначають повноваження та відповідальність федеральних відомств, спеціальних органів штатів, місцевих органів;

– фінансування державним бюджетом надання медичних послуг для літніх, для осіб, які страждають психічними розладами на основі укладання контрактів з приватними агентствами з надання соціальної допомоги;

– розширення повноважень субфедеральних органів управління при одночасному закріпленні за ними більшої фінансової відповідальності у забезпеченні медичних послуг населенню;

– посилення ролі у системі фінансування охорони здоров'я місцевих фінансів на 41%.

У *Великобританії* забезпечення доступності і якості стоматологічної допомоги населенню організоване за принципами системи Беверіджа. Така система державного регулювання доступності якісної стоматологічної допомоги населенню отримала розвиток також у Греції, Данії, Ірландії, Канаді, Норвегії, Швеції та інших країнах.

Характерними рисами цієї моделі є: централізований цільовий податок на охорону здоров'я; значна роль держави в розподілі медичних ресурсів; розподіл державою коштів між регіональними та центральними програмами; територіальні управління (відділи) охорони здоров'я є покупцями медичних послуг; наявність державних стандартів надання медичної допомоги; хворі частково сплачують медичні послуги, що не входять до гарантій держави; наявність приватних страхових компаній для до страхування окремих випадків медичної допомоги; видатки переважно з державного або місцевого бюджетів.

У Великій Британії надається безкоштовна медична допомога всім, хто її потребує, незалежно від рівня доходів та громадянства. Система охорони здоров'я ґрунтується на концепції NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я.

Таким чином, у Великобританії запроваджено специфічний механізм забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, в основу

якого покладено державний принцип регулювання організації надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні.

Визначення державної політики у сфері охорони здоров'я та відповідальність за фактичне забезпечення доступності медичної допомоги населенню є завданням Міністерства охорони здоров'я. Організацією забезпечення медичними послугами займаються національна служба охорони здоров'я та її місцеві відділення, які надають практично всьому населенню безоплатну медичну допомогу, зі збереженням 4 – 5% платних лікарняних ліжок для бажаючих отримати лікування в більш комфортних умовах, з символічною оплатою ліків за рецептами за однаковою ціною, незалежно від їх вартості. Стоматологічні послуги і вся діяльність медичних установ на 85 – 87% забезпечуються державним бюджетом [36]. Решта коштів надходить з приватних джерел і джерел добровільного медичного страхування.

Сектор стоматологічної допомоги на муніципальному рівні контролюється лікарняними радами, комітетами або трастами, які існують в районах і регіонах та підпорядковується місцевій владі.

У такій країні як *Швеція* регулювання доступності і якості медичної допомоги населенню також організоване за системою Беверіджа і є державним. Роль приватного сектору вкрай незначна, всього близько 5% лікарів мають приватну практику, проте в стоматології частка приватного сектору становить більше 50% [18].

Цікавим у контексті дослідження є державне регулювання організації надання доступної і якісної стоматологічної допомоги населенню за принципами системи О. Бісмарка або страхової медицини. Необхідність введення страхової медицини була обумовлена наявністю широкого приватного сектора в охороні здоров'я з високими цінами на стоматологічні послуги, недосконалістю ринку, інформаційною асиметрією. Як стверджує В. Москаленко поряд з політичними і соціальними причинами введення страхової медицини, важливу роль у його появі відіграла ідея забезпечення більшої доступності медичних послуг для населення [36]. Ця модель поширена в

багатьох країнах світу, у Європейському регіоні вона представлена в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Франції.

Досвід державного регулювання стоматологічної допомоги населенню на муніципальному рівні у *Франції* свідчить про те, що майже для 96% громадян стоматологічні послуги безкоштовні або повністю відшкодовуються. Соціальна група населення з найменшими доходами має безоплатний універсальний доступ до медичного обслуговування, який повністю фінансується податками [29]. На початку XXI сторіччя Уряд Франції прийняв низку законодавчих актів, направлених на поліпшення доступності медичної допомоги громадянам.

Отже світова практика охорони здоров'я протягом останніх десятиліть представлена різними моделями державного регулювання надання доступної і якісної стоматологічної допомоги на муніципальному рівні. Розбіжності між ними зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями країн, але присутні і загальні напрями та ознаки. Це пов'язано з пошуком конструктивних рішень у полі дії двох фактично протилежних тенденцій: з одного боку, у всьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичну допомогу та медичні послуги, зумовлене об'єктивним ускладненням професійної діяльності та постарінням населення; а з іншого - уряди більшості країн проводять державну політику соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян незалежно від їх майнового стану.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ

2.1 Особливості стоматологічної допомоги в Україні

На сьогодні в Україні сформована потужна система закладів охорони здоров'я, які надають стоматологічну допомогу. З часу проголошення незалежності України удосконалюється система надання стоматологічних послуг у приватних клініках. Кваліфіковані науково-педагогічні спеціалісти стоматологічного профілю проводять підготовку та сприяють професійному розвитку лікарів-стоматологів. В Україні спостерігається достатній рівень забезпеченості фахівцями в усіх регіонах.

Стоматологічну допомогу надають лікарі-стоматологи з вищою медичною освітою за шістьма спеціальностями (2222.2) згідно з Національним класифікатором професій України (Класифікатор професій ДК 003:2010 від 26.10.2016): лікар-стоматолог, лікар-стоматолог-ортопед, лікар-стоматолог-терапевт, лікар-стоматолог-ортодонт, лікар-стоматолог-хірург, лікар-стоматолог дитячий.

Забезпеченість лікарями-стоматологами становить 4,56 на 10 тис. населення, проте останніми роками спостерігається зниження зазначеного показника. Найвищий рівень забезпеченості стоматологічними кадрами зафіксовано у 2013 р. (4,9 на 10 тис. населення). Укомплектованість стоматологічними кадрами варіювала в різних регіонах України. Найвищі показники реєструвались у Львівській (8,15 на 10 тис. населення), Івано-Франківській областях (7,57) та м. Києві (7,47), найнижчими вони залишаються в Запорізькій (2,6), Миколаївській (2,68), Херсонській (2,75) областях.

Викликає занепокоєння рівень стоматологічної допомоги в сільській місцевості, адже в 370 сільських амбулаторіях у 2020 р. працювало 3115 лікарів-стоматологів (11,8%), що негативно впливає на стан здоров'я населення. Слід звернути увагу на низьку укомплектованість штатних стоматологічних посад фізичними особами в медичних закладах сільської місцевості. Спостерігається тенденція до зниження цього показника [61].

В Україні стоматологічну допомогу надають 1843 закладів охорони здоров'я, з них: 197 самостійних стоматологічних поліклінік (149 стоматологічних поліклінік для дорослих, 21 поліклініка для дітей, 6 стоматологічних поліклінік ВМНЗ та НДІ, 21 госпрозрахункова поліклініка), 1646 лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), у структурі яких є стоматологічні відділення або кабінети (центральні районні лікарні, районні лікарні, дільничні лікарні, сільські амбулаторії), та 116 ЛПЗ, що мають госпрозрахункові відділення.[22]

У 2019 р. кількість стоматологічних закладів скоротилася до 1763: 197 – самостійні стоматологічні поліклініки, 1566 – ЛПЗ зі стоматологічними відділеннями чи кабінетами.

Ліжковий фонд у ЛПЗ МОЗ України у 2019 р. становив 1233 ліжка стоматологічного профілю для дорослих та 131 ліжко для дітей. 2019 року кількість ліжок стоматологічного профілю для дорослих скоротилась до 1213 (забезпеченість – 0,29 на 10 тис. населення), проте аналогічний показник зріс до 139 для дітей (забезпеченість – 0,18 на 10 тис. населення). Середнє число днів зайнятості ліжка стоматологічного профілю становило 317 для дорослого населення та 281 день – для дитячого. Спостерігається зменшення середньої тривалості перебування хворого в стаціонарі до 8,82 у 2019-му для дорослого населення і до 5,44 дня для дитячого контингенту. [22].

В Україні опрацьовуються питання щодо розробки та імплементації нових ефективних підходів і методів здійснення диспансерного огляду населення України шляхом проведення регулярних професійних оглядів порожнини рота. Впроваджуються сучасні системи раннього виявлення

основних стоматологічних хвороб, злоякісних новоутворень, диспансерного нагляду за групами підвищеного ризику розвитку раку порожнини рота.

В Україні функціонує система щорічного планового огляду мешканців. «У 2020 р. лікарями-стоматологами в державних закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю планово оглянуто 11 093 602 особи, що становить 26% до загальної кількості населення України. Серед оглянутих пацієнтів потребували стоматологічної допомоги/санації 50,9%, з них: 52,7% – дорослі, 48,4% – діти віком до 17 років» [61].

За результатами аналізу щорічних звітів відмічається, що найбільш висока потреба в лікуванні зареєстрована у «дорослого населення Закарпатської (76,5%) та Львівської (70%) областей. Висока потреба в лікуванні хвороб порожнини рота спостерігається в мешканців Чернігівської (66,4%), Тернопільської (60,9%) та Івано-Франківської (60,9%) областей. Аналіз статистичних даних свідчить про тенденцію до збільшення потреби в стоматологічній допомозі в цих областях» [61].

Протягом останніх десяти років у «Херсонській (27,5%), Харківській (38,3%), Сумській (40,8%), Кіровоградській (43,7%), Дніпропетровській (44,3%) областях спостерігалась тенденція до зменшення потреби в стоматологічній допомозі, що може бути пов'язано з впровадженням ефективних систем профілактики та організацією надання стоматологічної допомоги» [22].

Високий рівень забезпеченості стоматологами, застосування нових високоефективних технологій лікування зубів та хвороб порожнини рота зумовив суттєве зменшення потреби в лікуванні в м. Києві (з 80,7 до 53,9% у дорослого населення).

У Полтавській, Одеській, Миколаївській, Київській та Вінницькій областях кожна друга особа, що звернулася до лікаря-стоматолога, потребувала санації порожнини рота.

За результатами професійних оглядів порожнини рота дітей (до 17 років включно) необхідність здійснення санації спостерігалась в 48,4% випадків: майже в кожній другій дитині виявлено показання для лікування в стоматолога.

Найбільш висока потреба в лікуванні зареєстрована в дитячого контингенту Закарпатської (74,4%), Львівської (67,3%), Івано-Франківської (57,4%), Хмельницької (57,4%), Чернівецької (57,4%) областей.

Як засвідчили результати професійного огляду, кожна третя дитина в Харківській (28,6%), Херсонській (34,4%), Сумській (34,5%), Полтавській (34,7%) областях потребувала санації порожнини рота. Таким чином, проблема збереження здоров'я порожнини рота та надання стоматологічної допомоги українцям залишається актуальною.

Стоматологічні поліклініки ВМНЗ надають високоспеціалізовану медичну допомогу та відіграють роль консультативно-діагностичних центрів, запроваджені механізми надання пацієнтам спеціалізованої медичної допомоги за направленнями лікаря кількість відвідувань спеціалістів стоматологічного профілю (лікарі-стоматологи та зубні лікарі), що працюють у державних закладах, становила 37 135 499 (26 618 697 візитів здійснено дорослим населенням України (≥ 18 років), 10 516 802 – дитячим контингентом). Загалом упродовж 2020 року на 1 посаду лікаря стоматологічного профілю, що працював у закладах охорони здоров'я МОЗ України, припадало 2469,8 відвідування. [61].

Кількість відвідувань приватних стоматологічних закладів становила 6 258 155 (5 862 120 візитів здійснено пацієнтами ≥ 18 років, 396 035 – дитячим контингентом). На 1 посаду лікаря приватної клініки припадало 837,5 відвідування. Навантаження на лікаря державного закладу майже в 3 рази більше, ніж таке на лікаря приватної клініки (рис. 2.1.).

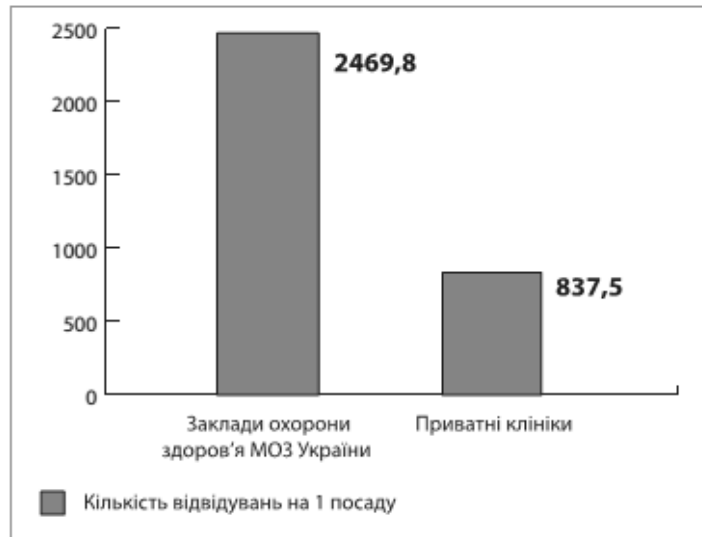


Рисунок 2.1. Кількість відвідувань спеціалістів стоматологічного профілю на 1 посаду лікаря в закладах різних форм власності [22]

Загалом в Україні зареєстровано 43 393 654 відвідування спеціалістів стоматологічного профілю (лікарі-стоматологи та зубні лікарі): на державні установи припадає 83,15% усіх відвідувань, на приватні заклади стоматологічного профілю – 16,85% (рис. 2.2).

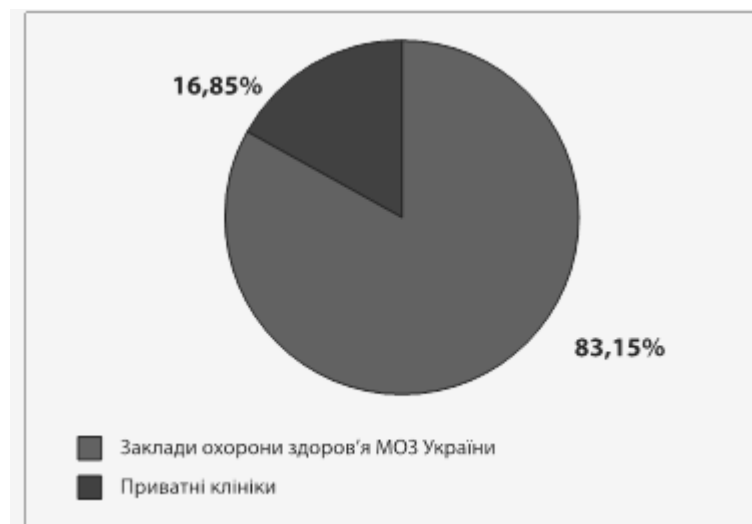


Рисунок. 2.2. Кількість відвідувань спеціалістів стоматологічного профілю [22]

До особливостей діяльності приватних стоматологічних клінік належать принципові відмінності у функціонуванні державної і недержавної форм власності (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 Основні принципові відмінності у функціонуванні державних і приватних стоматологічних закладів

| Стоматологічні заклади державної форми власності | Стоматологічні заклади приватної форми власності |
|--|--|
| 1. Стан фінансування | |
| 1. Бюджетне, частково комунальне, госпрозрахункове. 2. Тенденція до браку обсягів фінансування. 3. Наявність жорстких рамок кошторису з відповідними статтями. 4. Наявність калькуляції витрат на окремі види робіт. 5. Неможливість: - вільного розпорядження фінансовими ресурсами; - оперативного розпорядження коштами без довготривалого погодження з контролюючими органами. | 1. Самофінансування. 2. Фінансування без обмежень за потребами лікарів-стоматологів. 3. Відсутність постійного кошторису. 4. Можливість вільного та оперативного розпорядження коштами залежно від реальної потреби |
| 2. Стан матеріально-технічної бази | |
| 1. Наявність застарілого, незручного для лікарів та пацієнтів обладнання. 2. Неможливість вчасного його оновлення через брак коштів. 3. Значний відсоток лікувальних кабінетів з незадовільним станом, у яких ведеться прийом пацієнтів. 4. Нехтування з боку медичного персоналу засобами індивідуального захисту. 5. Порушення санітарно-епідеміологічного режиму. 6. Неможливість витрачання коштів на придбання сучасних стоматологічних матеріалів та інструментарію відповідно до реальних потреб | 1. Високий рівень матеріального і технічного забезпечення. 2. Можливість керівника закладу (підприємця) самостійно, без додаткових погоджень, вирішувати питання придбання стоматологічного обладнання та матеріалів. 3. Використання сучасних дезінфікуючих засобів. 4. Наявність сучасного інтер'єру та необхідного ремонту приміщень з обладнанням їх вентиляційними системами та системою кондиціонування повітря |
| 3. Оплата медичної послуги | |
| 1. Самовільне, неконтрольоване встановлення лікарями розцінок на медичні послуги. 2. Сплата пацієнтом коштів за лікування поза касою | 1. Формування прайс-аркуша з визначенням рівня оплати за різними видами стоматологічних послуг. 2. Сплата пацієнтом коштів у касу згідно з актом виконаних робіт |
| 4. Оплата праці медичних працівників | |
| 1. Фіксована заробітна плата | 1. Нефіксована заробітна плата. |

Продовження таблиці 2.1

| 5. Організаційні засади лікувального процесу | |
|---|--|
| 1. Низький рівень надання стоматологічних послуг. 2. Неможливість своєчасного впровадження сучасних технологій лікування. 3. Збільшення терміну лікування одного зуба до 2–6 днів. 4. Відсутність гарантії на проведені лікування. 5. Використання низьковартісних стоматологічних матеріалів | 1. Віддавання переваги сучасним стоматологічним матеріалам і технологіям. 2. Гарантія якості на всі види стоматологічних втручань. 3. Наявність контролю за якістю лікування пацієнтів. 4. Використання сучасних дор |
| 6. Інші відмінності | |
| 1. Надання стоматологічної допомоги за принципом високої якості. 2. Наявність значної кількості неатестованих лікарів, а також лікарів II і I кваліфікаційних категорій. 3. Складна процедура звільнення працівника за ініціативою адміністрації. 4. Відсутність фінансування на рекламу. 5. Фактична відсутність мотивації до праці. 6. Наявність значної кількості скарг від населення | 1. Відсутність прикріпленого до установи населення. 2. Звільнення працівника після 2–3 порушень виробничої дисципліни. 3. Можливість витрат на рекламу. 4. Наявність мотивації до праці. 5. Високий рівень задоволеності пацієнтів. 6. Високий рівень забезпеченості сучасним обладнанням |

Наведені у табл. 2.1 дані свідчать про переваги приватної стоматологічної практики та доцільність її широкого впровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я України. Однак активний розвиток недержавних стоматологічних лікувально-профілактичних закладів не забезпечується достатнім нормативно-правовим урегулюванням взагалі та науково обґрунтованою методикою оформлення договору про надання платних стоматологічних послуг зокрема.

За 2020 рік проведено санацію порожнини рота 11 515 129 українцям, з них лікарями-стоматологами державних закладів охорони здоров'я – 9 709 061 особі (84,32% від усіх санованих), лікарями приватних закладів стоматологічного профілю – 1 806 068 особам (15,69% від усіх санованих).

У 2020 р. проліковано 25 579 440 зубів із приводу карієсу. У державних закладах охорони здоров'я проведено лікування 20 768 959 зубів (у т. ч. у дітей

– 5 472 512; 81,2% від усіх пролікованих зубів), у приватних закладах стоматологічного профілю – 4 810 481 (18,8%).

Проліковано 6 562 198 зубів з ускладненим карієсом: 4 997 295 зубів (76,16%) – у державних закладах охорони здоров'я, 1 564 903 (23,84%) – у приватних. Частка пролікованих зубів з ускладненим карієсом до всіх пролікованих зубів у населення України становить 25,65% [61].

У дітей протягом 2020 року проліковано 6956191 зубів: 5749102 зуби з приводу карієсу (5 472 512 у державних закладах та 276 590 в приватних) та 1 207 089 зубів з ускладненим карієсом (1 127 034 та 80 055 у державних та приватних закладах відповідно) [61].

Поширеність патології слизової оболонки порожнини рота серед мешканців України становить 96,9 випадку на 10 тис. населення. Діти та підлітки страждають на ці захворювання частіше (151,2 випадку на 10 тис. населення). До закладів стоматологічного профілю звернулися 524 587 пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, у т. ч. 115 094 особи до 18 років. Проведено лікування слизової оболонки порожнини рота 412 801 (78,7%) пацієнту в державних закладах охорони здоров'я, 111 786 (21,3%) хворим – у приватних установах стоматологічного профілю [61].

Для результативної організації стоматологічної підтримки населенню України необхідно завбачити в реформуванні низку заходів, а саме: визначення та затвердження у встановленому порядку гарантованого державою рівня безоплатної стоматологічної допомоги; розробку та затвердження стандартів надання всіх видів стоматологічної допомоги; поліпшення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я стоматологічним обладнанням, устаткуванням та матеріалами лікувально-профілактичного призначення; проведення наукових досліджень з питань профілактики та лікування стоматологічних захворювань тощо.

Це призводить до того, що стоматологічна мережа системи МОЗ України не забезпечує доросле населення профілактичною роботою в достатньому обсязі, показники планової профілактичної роботи серед дорослого населення з

кожним роком погіршуються, що обумовлює незадовільний стан стоматологічного здоров'я дорослого населення України.

Існуючий стан стоматологічної допомоги населенню в територіальних стоматологічних закладах значною мірою залежить від рівня організації та управління їх діяльністю й обумовлений рядом чинників:

- відсутністю сформованої адресної фінансової політики органів охорони здоров'я, яка б базувалась на договорах і гарантованому державою рівні безоплатної стоматологічної допомоги;
- відсутністю штатних нормативів забезпеченості населення лікарями стоматологічного профілю відповідно до гарантованого рівня безоплатної стоматологічної допомоги;
- недосконалою системою формування державних замовлень і розподілу фондів на обладнання, матеріали, інструменти, яка не враховує реальні потреби стоматологічної служби;
- відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання лікарів-стоматологів і середнього медичного персоналу до підвищення якості та продуктивності праці. [56].

Усе перераховане потребує організаційно-економічної перебудови системи амбулаторно- поліклінічної стоматологічної допомоги дорослому населенню і пошуку шляхів її удосконалення.

2.2. Аналіз стану державного регулювання стоматологічної допомоги

Інституційний механізм державного регулювання стомаологічної допомоги на муніципальному рівні включає в себе систему органів та установ, які виконують функції державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню. У цій системі необхідно виділити:

- Верховну раду України;

- Президента України та низку органів координаційного і дорадчого характеру, які мають за мету сприяння Президентові в здійсненні ним своїх функцій;
- Кабінет Міністрів України як вищий рівень виконавчої влади в державі;
- Центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України);
- Міністерство інфраструктури України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України;
- Центральні органи виконавчої влади, діяльність яких спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через відповідних членів КМУ, а саме через Міністра охорони здоров'я України – Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державна служба України з лікарських засобів, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; через Міністра інфраструктури України – Державне агентство автомобільних доріг України;
- місцеві державні адміністрації, територіальні структури міністерств та інших органів державної виконавчої влади, а також органи місцевого самоврядування як базовий, регіональний рівень.

Необхідно зазначити, що виділяють органи державної влади та органи місцевого самоврядування загальної компетенції, які здійснюють опосередкований вплив на процеси забезпечення стоматологічної допомогою населення і не мають прямого відношення до сфери охорони здоров'я (обласні та районні державні адміністрації, міська державна адміністрація в містах Києві та Севастополі; обласні, міські, районні, сільські, селищні ради) та спеціальної компетенції, які здійснюють безпосередній владний вплив на процеси забезпечення такою допомогою населення та мають пряме відношення до сфери охорони здоров'я (МОЗ України, МОЗ при Раді міністрів Автономної Республіки Крим (далі – АРК), департаменти (управління) охорони здоров'я

обласних державних адміністрацій, управління охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад [73, с. 469].

Президент України проводить у життя державну політику охорони здоров'я і у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України звітує про стан її реалізації.

Система державних органів управління охороною здоров'я, як частина загальної системи органів державного влади, яка є відповідальною за надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні, сформована відповідно до адміністративно-територіального устрою держави і поділяється на три ієрархічні рівні. До вищого рівня органів виконавчої влади відноситься КМУ.

Згідно Положення про КМУ, цей виконавчий орган організовує розробку та здійснення цільових загальнодержавних програм; створює економічні, правові та організаційні механізми, що забезпечують ефективну діяльність системи охорони здоров'я України; забезпечує розвиток мережі медичних закладів та установ; укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також використовує всі інші механізми, що допомагають створенню оптимальних умов реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я [23, с. 203]. Єдиним механізмом створення і реалізації комплексних і цільових програм у сфері охорони здоров'я є МОЗ України як урядовий орган і очолювана ним національна система охорони здоров'я. Тому процес ініціювання створення таких програм є двостороннім – як з боку КМУ шляхом доручень міністерству підготувати проект тої чи іншої програми, так і підготовки різних пропозицій з боку самого Міністерства до Кабінету Міністрів України. Саме тому від активної позиції МОЗ України залежить формування і реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я.

Інші центральні органи виконавчої влади (міністерства, державні комітети тощо) в межах своєї компетенції забезпечують виконання нормативно-правових актів, відповідних розділів та завдань державних комплексних і цільових програм щодо збереження громадського здоров'я.

Обласна державна адміністрація як орган виконавчої влади загальної компетенції здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області, де її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм делегування повноважень з боку обласної ради – також на вказані заклади обласної комунальної власності: обласні лікарні, диспансери, спеціалізовані центри, санаторії та ін. Це керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворюваний нею галузевий орган виконавчої влади – управління (Департамент) охорони здоров'я обласної державної адміністрації, начальника (директора) призначають розпорядженням голови обласної державної адміністрації за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України, а заступників – розпорядженням голови обласної державної адміністрації за поданням начальника (директора) [39, с. 272].

Найважливіші питання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню області обговорюють на засіданні колегії обласної державної адміністрації, яку формує її голова, як дорадчий, консультативний орган без власних повноважень, а її персональний склад затверджує КМУ. Як свідчить практика, такими питаннями можуть бути обговорення і затвердження заходів з реформування галузі охорони здоров'я, затвердження обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз, питання фінансування діяльності обласних закладів охорони здоров'я, будівництва нових і реконструкції вже діючих медичних закладів, проведення надзвичайних протиепідемічних заходів чи стану надання населенню області медико-санітарної допомоги.

Проте відсутність чіткої стратегії державного регулювання організації надання стоматологічної допомоги населенню, недосконалий розподіл і неефективне використання наявних ресурсів медичної галузі, відсутність на рівні районних державних адміністрацій відділів чи управлінь охорони здоров'я (зазначені державні інституції функціонують лише у Вінницькій області та м. Києві) не сприяють організації злагодженої роботи управлінь (департаментів)

обласних державних адміністрацій з районними державними адміністраціями по забезпеченню доступності і якості стоматологічної допомоги населенню, які формують вертикаль виконавчої влади. Необхідно звернути увагу на труднощі виконання окремих функцій департаментами на базовому рівні. Так, попри те, що одним із завдань департаменту є реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в області, у сільській місцевості така участь фактично відсутня. Є декілька причин інституційного характеру, наявність яких унеможлиблює виконання департаментом функцій із забезпечення населення медичною допомогою на належному рівні:

– згідно з статті 143 Конституції України, управління закладами охорони здоров'я, які розташовані у селах, селищах та містах і є відповідною комунальною власністю, здійснюють виконавчі органи місцевого самоврядування. Виконавчі комітети міських рад виконують функції управління щодо вказаних закладів охорони здоров'я як безпосередньо, так і через спеціальні виконавчі органи місцевого самоврядування, які вони ж і утворюють;

– державні програми, спрямовані на поліпшення доступності і якості медичної, в т.ч. і стоматологічної допомоги населенню розробляються і реалізуються не тільки центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я але і іншими міністерствами без належної координації їх діяльності і контролю за використанням медичних ресурсів.

До недержавних інституцій, які мають вплив на забезпечення надання доступної і якісної медичної допомоги населенню З. Гладун відносить [15, с. 154]: наукові медичні товариства, медичні асоціації (осередки Всеукраїнської асоціації лікарів-стоматологів); благодійні фонди та організації (церковні общини та їх об'єднання, приватні та громадські благодійні фонди, наприклад фонд Віктора Пінчука "Колиска надії", фонд Рината Ахметова "Розвиток України", благодійна служба милосердя "Карітас"); обласні осередки політичних партій та їх органи; громадські організації (Товариство Червоного

Хреста України, профспілкові організації та їх об'єднання); недержавні ЗМІ (преса, радіо, телебачення); незалежні аналітичні центри.

У системі державного регулювання організації надання стоматологічної допомоги і особливо у сфері управління її розвитком існує багато проблем. Однією з провідних є нечіткість і неконкретність цілепокладання, розрив між поставленими цілями та існуючими ресурсними можливостями, без чого неможливо поступально рухатися у визначеному напрямку, що істотно ускладнює залучення додаткових ресурсів для модернізації охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення доступності і якості медичної допомоги.

У “Заяві про доступність медичної допомоги”, прийнятій у вересні 1988 року на 40-й Всесвітній Медичній Асамблеї, яка відбулася у місті Відень (Австрія) зазначається, що стан медичних ресурсів залежить від таких чинників [5, с. 197]: медичні кадри, фінансування, транспорт, можливість свободи вибору медичної допомоги, якість та розташування медичних технологій.

Саме ступінь оптимальності балансу перелічених складових, за критерієм максимізації якості і об'ємом наданої медичної допомоги, визначає її доступність.

Питання забезпечення населення доступними та якісними лікарськими засобами вирішують 110 вітчизняних промислових підприємств, понад 21 тисяча аптечних закладів, близько 850 зарубіжних компаній, які постачають на ринок понад 7,5 тисяч найменувань лікарських засобів [72, с. 169].

В Україні існує розгалужена мережа доріг державного та місцевого значення, велика кількість автомобільного транспорту для перевезення пасажирів, які дають можливість вчасно дістатися до відповідних закладів охорони здоров'я для отримання необхідної медичної допомоги. Та як зазначає Т. Попченко, географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю доріг і транспортного зв'язку залишає певну частину населення України без медичної допомоги [52, с. 13].

Показник плинності стоматологічних кадрів протягом 2010–2020 рр. коливався у межах 1,2– 1,9% і був значно нижчим за показник в економіці (4–

5%) [42, с. 280]. Разом з тим, вітчизняні дослідники звертають увагу на те, що в Україні спостерігається наростаюча та некерована міграція медичних працівників у сусідні країни з вищим рівнем оплати, широко практикується самостійне працевлаштування випускників вищих навчальних медичних закладів всіх рівнів за межами сектору охорони здоров'я [31].

Вищезазначене обумовлено низькою заробітною платою медичних працівників, що з однієї сторони приводить до відтоку кваліфікованих кадрів, а з іншої є перепорою для приходу молодих спеціалістів у систему.

На базовому рівні найважливішу роль у забезпеченні фінансовими ресурсами системи організації надання медичної допомоги населенню відіграють регіональні та місцеві органи управління, які здійснювали пряме фінансування в охорону здоров'я коштом місцевих бюджетів, що в 3,78 раза перевищували кошти з державного бюджету (у 2015 р. цей показник становив 4,14, у 2014 р. – 3,80 разу). Місцеві урядові структури у 2020 р. розподілили 79,1% суспільних [72, с. 231].

Додатковим джерелом залучення фінансового ресурсу для організації надання доступної і якісної медичної допомоги слід зазначити кошти лікарських кас. З 2013 р в Україні зареєстровано і функціонувало 189 лікарських кас, сумарний обсяг акумульованих коштів склав 96,0 млн грн, що дало можливість забезпечити медикаментами для лікування 212,5 тис. осіб [40, с. 235].

В Україні залишається нелегалізованим такий вид допомоги як «дентальна (зубна) гігієна», хоча необхідні навчальні і робочі програми і освітньо-кваліфікаційні характеристики були створені, така спеціальність не внесена до Державного класифікатора професій і відповідно такі фахівці не мають права працювати, що суперечить загальносвітовим тенденціям та міжнародній практиці [17].

Медична практика, до якої належать і стоматологічні послуги, підлягає ліцензуванню згідно зі ЗУ "Про ліцензування" [44]. На виконання ст. 9 цього закону було розроблено Ліцензійні умови № 38/63 [45], згідно з якими послуги

стоматології підлягають ліцензуванню. Таким чином, приватні стоматологічні кабінети і клініки вносять плату за видачу ліцензії та несуть витрати, пов'язані із ліцензуванням.

Заклади охорони здоров'я несуть витрати щодо офіційного визнання свого статусу: кожних три роки проходять акредитацію згідно з Постановою КМУ "Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я" від 15.07.97 р. № 765. Акредитацію проводить Головна акредитаційна комісія при МОЗ.

Надання стоматологічних послуг медичними закладами не можна зарахувати до торговельних чи до побутових, незважаючи на те, що вони надаються за готівку [46], а тому не підлягають патентуванню.

Стоматологічне об'єднання державних закладів зношене на 80–90 % і перспективи його оновлення відсутні.

Потребує чіткого визначення гарантований рівень безоплатної стоматологічної допомоги. Слід розробити та затвердити у відповідному порядку перелік видів стоматологічної допомоги, ціни на які повинні регулюватися державою, що забезпечить доступність такої допомоги для населення. Крім того, необхідно розробити та затвердити методичку розрахунку цін та тарифів, вартісні показники видів стоматологічної допомоги.

Окремої уваги потребує стоматологічна допомога первинного рівня. На первинному рівні в обов'язковому порядку повинен бути стоматологічний кабінет, де має працювати лікар-стоматолог загальної практики (як варіант – приватний підприємець з ліцензією на медичну практику згідно з чинним законодавством). Лікар має право отримувати бюджетні кошти відповідно до виконаної роботи за надання стоматологічної допомоги в межах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, допомоги дітям та окремим пільговим категоріям населення у визначеному обсязі (про це процедура оплати проводиться відповідно до чинного законодавства про державні закупівлі).

Необхідно включити стоматологічну допомогу до первинної медичної допомоги та ввести стоматологічні кабінети з посадами лікарів-стоматологів на

рівні первинної медичної допомоги. У стоматології, відповідно до кваліфікаційних характеристик, вже є лікарі первинної ланки (лікарі-стоматологи) та вторинної ланки (лікарі-стоматологи терапевти, хірурги, ортопеди, ортодонти, дитячі), що надають спеціалізовану стоматологічну допомогу.

На вторинному рівні лікарі стоматологічного профілю мають працювати в медичних стоматологічних центрах, некомерційних, неприбуткових підприємствах, в які реорганізуються медичні стоматологічні заклади. Стоматологічні відділення та окремі кабінети багатопрофільних медичних закладів також мають бути включені до складу відповідних структур як підрозділи. Підприємства, як і приватні стоматологічні структури, можуть отримувати бюджетні кошти за виконання відповідного державного замовлення відповідно до чинного законодавства про державні закупівлі (надання стоматологічної допомоги в межах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, допомоги дітям та окремим пільговим категоріям населення у визначеному обсязі).

Життя вимагає запровадження системи гігієнічного навчання і виховання в організованих дитячих колективах та закладах, підпорядкованих МОН та МОЗ України шляхом створення спільного наказу МОН та МОЗ України.

Потребує подальшого розвитку та вдосконалення система атестації, ліцензування, акредитації, сертифікації в стоматологічній галузі, система підготовки та безперервної освіти спеціалістів вищої та середньої ланки з метою підвищення якості стоматологічної допомоги.

Отже, система державного регулювання організації надання стоматологічної допомоги населенню володіє матеріальними, технічними, людськими та фінансовими ресурсами не в повній мірі. Сьогодні в Україні функціонує найбільша мережа закладів стоматологічних послуг.. Проте рівень громадського стоматологічного здоров'я залишається низьким. Це обумовлено неефективністю ресурсного забезпечення цієї системи.

У системі організації надання стоматологічної допомоги населенню спостерігається розпорошеність фінансових ресурсів між численними закладами охорони здоров'я, включаючи відомчого підпорядкування, без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують. Незважаючи на щорічне зростання видатків на охорону здоров'я недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної системи охорони здоров'я, оскільки протягом останніх років державні витрати на охорону здоров'я становлять близько 3% ВВП, що вдвічі менше ніж у країнах ЄС. Пріоритетними у фінансуванні залишаються лікарні, при цьому 80-90% коштів спрямовані на заробітну плату та комунальні послуги, майже не фінансуються медикаменти, обладнання. Має місце диспропорція кадрового забезпечення ЗОЗ, яка проявляється у надмірній спеціалізації лікарів з одночасною недостатністю лікарів, особливо у сільській місцевості.

2.3. Моніторинг забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків

З метою покращення існуючого стану функціонування вітчизняної стоматологічної галузі необхідно провести системні перетворення стоматологічної служби й забезпечити населення стоматологічною допомогою на регіональному та місцевому рівнях. Вони полягають у розробці основних засад перебудови структури та функціонування стоматологічних установ на якісно нових умовах функціонування з використанням гнучких економічних механізмів діяльності.

Питома вага стоматологічних захворювань становить 20–25% у структурі загальної захворюваності дорослого населення (третє місце), а питома вага звернень до лікаря-стоматолога посідає друге місце, поступаючись лише зверненням до дільничних терапевтів [10; 11], що засвідчує високу потребу населення в стоматологічній допомозі. Значна інтенсивність ураження дорослого населення стоматологічними захворюваннями відносить стоматологічне здоров'я до числа вагомих і актуальних медичних та соціальних

проблем України. «Погіршення стану стоматологічного здоров'я обумовлене як впливом соціально- економічних чинників, так і формуванням дисбалансу між лікувальною та профілактичною допомогою на користь першої, що ускладнює реалізацію стратегії зміцнення стоматологічного здоров'я населення.» [10; 40]. Моніторинг стану стоматологічної допомоги населенню є важливою передумовою для обґрунтування можливостей її удосконалення.

На виконання Указу Президента України від 21.05.2002 р. № 475/2002 “Про програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки” [51] та розпорядження голови Харківської ОДА “Про затвердження Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань в Харківській області” і, зважуючи на значне поширення даної патології серед жителів м. Харкова, питання оптимізації стоматологічної допомоги населенню міста входить у коло пріоритетних завдань, що стоять перед Харківською міською радою та її виконавчими органами.

До першочергових заходів у цьому напрямку слід віднести розробку та запровадження комплексної регіональної програми, розрахованої на реалізацію у середньостроковій перспективі, яка передбачатиме поряд із цілеспрямованим використанням бюджетних коштів, ще й залучення позабюджетних коштів для модернізації виробничої бази та налагодження новітніх технологій щодо виробництва стоматологічних послуг, на які відчувається потреба серед населення й особливо незахищених його верств.

З огляду на те, що Харківська міська рада є власником комунальної власності й на підставі принципів місцевого самоврядування вправі ухвалювати рішення відносно раціонального використання власних ресурсів, фондів і функціонування муніципальних установ, уявляється необхідним введення поетапної реформи в медичній галузі м. Харкова. Беручи до уваги необхідність поетапного й планомірного рішення проблем, що нагромадилися, доцільно почати реформи з найбільш прибуткового в економічному сенсі напрямку – стоматології.

Перехід від принципу утримування стоматологічних установ до принципу забезпечення якісною стоматологічною допомогою передбачає пошук фінансово-економічних засобів формування консолідованого механізму ресурсного забезпечення відповідних установ з наступним визначенням найбільш раціональних шляхів їх використання. Сьогодні консолідований бюджет охорони здоров'я гарантує тільки надання екстреної стоматологічної допомоги й невелику частку планової – лише окремим пільговим категоріям громадян.

Метою здійснення відповідних перетворень є санація й розвиток стоматологічної галузі м. Харкова для досягнення гарантованого стандарту надання стоматологічних послуг населенню й забезпечення конкурентоспроможності з приватними клініками у сфері платних послуг.

Аналіз обсягів стоматологічної допомоги та роботи з планової санації дорослого населення м. Харкова проводився за матеріалами офіційної статичної звітності. За допомогою медико-статистичного методу були проаналізовані звітні форми № 20 державної статистичної звітності МОЗ України, зведені в розрізі окремих адміністративних територій, у т.ч. м. Харкова, та по Україні в цілому [62; 63; 63].

Аналіз здійснювався в динамічному і територіальному аспектах. Показники в м. Харкові порівнювалися з показниками в інших 26 адміністративних територіях України (регіонах), їх мінімальними та максимальними значеннями, а також із середніми показниками по Україні в цілому.

Аналіз обсягу стоматологічної допомоги, наданої дорослому населенню в стоматологічних закладах системи МОЗ України, засвідчив, що у 2020 р. в м. Харкові здійснено 32 673 577 відвідувань лікарів-стоматологів населенням. У середньому на одного дорослого жителя м. Харкова припадало менше відвідувань, ніж по Україні в цілому – 0,8 та 0,9 відповідно (табл. 2.2). Первинні відвідування становили 29,9% у м. Харкові та 33,8% по Україні від усіх відвідувань.

Таблиця 2.2 Рівень стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Харкові у 2011-2020 рр. [56]

| Показник | 2011 р. | 2012 р. | 2020 р. | Абс.приріст 2020р./2011 р. |
|--|---------|---------|---------|-------------------------------|
| Кількість відвідувань лікарів-стоматологів і зубних лікарів населенням на одного дорослого жителя | | | | |
| м. Харків | 2,2 | 0,9 | 0,8 | -1,4 |
| Україна | 1,0 | 0,9 | 0,9 | -0,1 |
| Мінімальне значення | 1,0 | 0,5 | 0,4 | -0,6 |
| Максимальне значення | 2,3 | 1,3 | 1,2 | -1,1 |
| Чисельність дорослих (18 років і старших), оглянутих у порядку планової санації (% до кількості дорослого населення) | | | | |
| м. Харків | 44,8 | 41,8 | 34,4 | -10,4 |
| Україна | 21,1 | 21,8 | 20,3 | -0,8 |
| Мінімальне значення | 7,6 | 7,2 | 6,2 | -1,4 |
| Максимальне значення | 44,8 | 41,8 | 35,2 | -9,6 |
| Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації (% до кількості оглянутих) | | | | |
| м. Харків | 61,9 | 61,7 | 81,3 | 19,4 |
| Україна | 56,1 | 56,3 | 56,2 | 0,1 |
| Мінімальне значення | 31,1 | 32,3 | 28,1 | -3,0 |
| Максимальне значення | 71,3 | 71,8 | 81,3 | 10,0 |
| Питома вага санованих при плановій санації від кількості, що її потребують | | | | |
| м. Харків | 70,3 | 71,6 | 75,4 | 5,1 |
| Україна | 77,3 | 76,7 | 77,7 | 0,4 |
| Мінімальне значення | 65,9 | 63,1 | 59,7 | -6,2 |
| Максимальне значення | 97,0 | 91,8 | 90,7 | -6,3 |
| Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед населення | | | | |
| м. Харків | 26,8 | 24,4 | 21,1 | -5,7 |
| Україна | 25,7 | 24,6 | 23,0 | -2,7 |
| Мінімальне значення | 15,6 | 9,3 | 5,8 | -9,8 |
| Максимальне значення | 48,4 | 36,6 | 36,1 | -12,3 |

Динамічний аналіз середньої кількості відвідувань у розрахунку на одного дорослого жителя виявив більш суттєве скорочення даного показника протягом 2011–2020 рр. у м.Харків – з 2,2 до 0,8 (на 1,4 відвідування, або на 63,6%) порівняно з аналогічним по Україні в цілому – з 1,0 до 0,9 (на 0,1 відвідування, або на 10,0%). Вказані динамічні зрушення призвели до зміни позиції першої столиці серед інших територіальних одиниць України. Так,

якщо у 2011 р. за середньою кількістю відвідувань лікарів-стоматологів доросле населення м. Харкова наближалось до максимальних рівнів по країні в цілому, то у 2020 р. у 75% регіонів цей показник був вищим за столичний рівень. Така динаміка середньої кількості відвідувань лікарів-стоматологів дорослим населенням пов'язана зі скороченням чисельності стоматологічних кабінетів, дефіцитом коштів для фінансування, переведенням стоматологічних кабінетів на госпрозрахунок, а також скороченням видатків на безоплатне протезування і підвищення цін на ортопедичні послуги.

Провідне місце в стоматологічній допомозі належить профілактичній роботі – санації населення. У 2020 р. в стоматологічних закладах системи МОЗ України в м. Харкові було оглянуто в порядку планової санації 802 111 осіб віком 18 років і старших, або 34,4% від дорослого населення столиці, а по Україні в цілому – відповідно 20,3%. Порівняно з 2011 р. питома вага оглянутих у порядку планової санації скоротилась у м. Харкові на 10,4 відсоткових пункти (в.п.), по Україні в цілому – лише на 0,8 в.п.

Серед усіх дорослих, оглянутих у порядку планової санації, в столиці потребували санації 81,3%, по Україні в цілому – 56,2% оглянутих. Аналіз динаміки даного показника засвідчив його зростання у м. Харкові на 19,4 в.п. на тлі стабільного значення в Україні. Такі динамічні зрушення призвели до лідерства столиці за вказаним показником у 2020 р., тоді як у 2011 р. питома вага осіб, які потребували санації, серед оглянутих дорослих не перевищувала значення в 75,0% регіонів України. Зазначена ситуація у м. Харкові вказала на недостатність планомірної роботи, своєчасності та ефективності лікувально-оздоровчих заходів.

Аналіз роботи з планової санації дорослого населення виявив стабільно низьку питому вагу санованих. У м. Харкові питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 75,4%, тобто чверть оглянутих (24,6%), які потребували санації, не були сановані. Даний показник у столиці був навіть нижчим за середній по Україні (77,7%).

Якщо ж оцінювати питому вагу санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення, то відсоток таких осіб становив у 2020 р. лише 21,1% від дорослого населення муніципалітету, по Україні в цілому – відповідно 23,0%. Порівняно з 2010 р. значення даного показника скоротилось на 5,7 в.п., по Україні – на 2,7 в.п.

Таким чином, стоматологічна мережа системи МОЗ України не забезпечує доросле населення м. Харкова профілактичною роботою в достатньому обсязі, показники планової профілактичної роботи серед дорослого населення з кожним роком погіршуються, що обумовлює незадовільний стан стоматологічного здоров'я дорослого населення столиці України.

Усе перераховане потребує організаційно- економічної перебудови системи амбулаторно- поліклінічної стоматологічної допомоги дорослому населенню на муніципальному рівні.

За спеціально розробленою програмою було проведено опитування лікарів-стоматологів. Програма дослідження передбачала збір інформації від лікарів для вивчення їх думки щодо існуючих проблем і можливостей удосконалення роботи комунальних стоматологічних закладів.

Аналізуючи результати дослідження ми враховували, що думка лікарів формується на основі:

- об'єктивно існуючого рівня розвитку стоматологічної допомоги та його ресурсного забезпечення;
- ставлення лікарів до організації роботи стоматологічного закладу, рівня оплати праці медичного персоналу, підготовки кадрів, доцільності організаційних змін у роботі муніципальних стоматологічних закладів [57].

Тобто результати дослідження інтегрують відображення об'єктивного стану комунального сектора стоматології та емоційне сприйняття її групою професіоналів – лікарів- стоматологів, які безпосередньо працюють у даному секторі.

Аналіз статево-вікового складу респондентів засвідчив, що серед лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних закладів жінки становили 66,6 %, чоловіки – 33,4 %; особи у віці до 35 років – 50,1 %, 35-50 років – 13,9 %, 51 років і старше – 36,0 %. За стажем роботи на посаді респонденти розподілились наступним чином: до 5 років – 21,8 %, 5-15 років – 36,3 %, більше 15 років – 41,8 %. Кваліфікаційну категорію за однією із стоматологічних спеціальностей мали 76,4% респондентів, у т.ч. вищу – 18,0 %, першу – 29,9 %, другу – 28,5 %. За двома спеціальностями – 16,5 %, за трьома спеціальностями – 9,6 %. Тільки 34,8 % опитаних вважають, що заклад, у якому вони працюють, укомплектовано лікарями з необхідним рівнем кваліфікації.

До основних проблем, які заважають задовільній роботі муніципальних стоматологічних закладів, 76,8 % респондентів віднесли незадовільну систему фінансування, 68,8 % – застарілу матеріально-технічну базу, 62,7 % – відсутність позитивної динаміки у стані матеріально-технічного стану закладу впродовж останніх 3-х років, 92,1 % – низький рівень оплати праці персоналу, 82,9 % – відсутність стимулів до поліпшення якості роботи.

Результати дослідження також дозволили узагальнити думки лікарів-стоматологів щодо готовності муніципальних стоматологічних закладів до діяльності у нових економічних умовах України. 67 % респондентів відмітили відсутність відповідної законодавчої бази, а 88,6 % – неадаптованість муніципальних стоматологічних закладів до роботи у ринкових умовах. На думку більшості лікарів-стоматологів, у муніципальних стоматологічних закладах не розробляються стратегічні плани роботи закладу (65,1 %); не здійснюється аналіз економічної ефективності діяльності закладу (76,4 %); не проводиться аналіз потреб пацієнтів (65,4 %); не складаються «маршрути» руху пацієнтів в закладі (60,1 %); незадовільним є рівень клієнтського сервісу (51,7 %).

Проведене соціологічне дослідження надало можливість дати характеристику роботі з кадрами, яка здійснюється у муніципальних

стоматологічних закладах. «90,2 % респондентів вважають, що стоматологічні заклади не отримують належного методичного та інформаційного забезпечення з наукових та навчальних установ; 87,0 % – відмітили відсутність підготовки лікарів з питань економіки в галузі охорони здоров'я. 71,2 % лікарів мали можливість підвищити кваліфікацію раз на 5 років, але лише 62,9 % задоволені навчальними програмами циклів тематичного удосконалення у системі післядипломної освіти» [57].

Таблиця 2.3 Організаційні зміни, необхідні для удосконалення роботи стоматологічних муніципальних закладів, на думку лікарів-стоматологів [57]

| № п/п | Назва організаційних змін | Результат, % |
|-------|---|--------------|
| 1. | Запровадження в систему охорони здоров'я обов'язкового медичного страхування | 92,1 |
| 2. | Розробка і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги | 72,5 |
| 3. | Розширення юридичних і господарських прав для стоматологічних закладів | 65,6 |
| 4. | Перехід від принципу фінансування за нормативами до фінансування за результатами | 62,7 |
| 5. | Застосування прогресивних технологій оплати праці з доплатою за обсяг і якість роботи | 68,8 |
| 6. | Прийом на роботу медичних працівників за контрактом | 66,6 |
| 7. | Зміна організаційно-правових форм стоматологічних муніципальних закладів (на заклади з державно-приватним партнерством) | 68,8 |
| 8. | Підвищення рівня післядипломної підготовки лікарів та впровадження системи міжнародного партнерства | 62,5 |
| 9. | Оснащення муніципальних стоматологічних закладів сучасним медичним обладнанням | 70,0 |

Таким чином, існуючий стан стоматологічної допомоги населенню в територіальних стоматологічних закладах м. Харкова значною мірою залежить від рівня організації та управління їх діяльністю й обумовлений рядом чинників:

- відсутністю сформованої адресної фінансової політики органів охорони здоров'я, яка б базувалась на договорах і гарантованому державою рівні безоплатної стоматологічної допомоги;
- відсутністю штатних нормативів забезпеченості населення лікарями стоматологічного профілю відповідно до гарантованого рівня безоплатної стоматологічної допомоги;
- недосконалою системою формування державних замовлень і розподілу фондів на обладнання, матеріали, інструменти, яка не враховує реальні потреби стоматологічної служби;
- відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання лікарів-стоматологів і середнього медичного персоналу до підвищення якості та продуктивності праці.

Для оптимізації комунальної стоматологічної служби необхідно здійснити її організаційно-функціональну перебудову, розробити на державному рівні стандарти безоплатної стоматологічної допомоги, запровадити технологію оплати праці медичного персоналу, яка враховує обсяг і якість роботи.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ

3.1 Стратегічний підхід до реформування стоматологічної допомоги в Україні

Серед найважливіших напрямів, пов'язаних із підвищенням ефективності управління галуззю, безумовно, необхідно розглянути передумови й можливості реформування управлінських процесів у сфері стоматологічної допомоги на основі впровадження стратегічного підходу.

Процес організаційних перетворень структури управління системою стоматологічної допомоги неминуче призводить до розширення її складу і введення нових структурних підрозділів. Зокрема важливим є впровадження двох нововведень, які значно удосконалять регіональну структуру управління. По-перше, необхідним є створення громадської ради, що забезпечить участь основного споживача стоматологічних послуг, тобто громадськості, в контролі над системою регіонального управління охорони здоров'я. По-друге, важливим є також поява ради зі стратегії, як стратегічного, комплексного органу, що при аналізі перспектив розвитку і потенційних загроз для системи охорони здоров'я буде враховувати широкий спектр факторів, в тому числі вплив навколишнього середовища.

Рівень технологічного розвитку та обсяги державного і особистого фінансування безумовно визначають здатність системи охорони здостоматологічної допомоги адекватно відповідати запитам і потребам суспільства. Але одночасно слід розвивати інститути, які стануть механізмом безпосереднього впливу громадян на лікарів-стоматологів і медичні заклади. Можна виокремити наступні напрямки такого розвитку:

- одночасний розвиток страхування професійної відповідальності працівників стоматологічної сфери за умови формування особистої відповідальності лікарів і правової бази захисту прав пацієнта;
- обмеження комерціалізації, забезпечення максимальної прозорості у сферах фінансування, розподілу коштів і показників діяльності великих медичних установ шляхом заснування громадських рад;
- регулярне інформування про поточну діяльність всіх медичних організацій і страхових установ;
- сприяння об'єднанню хворих із одним захворюванням у некомерційні організації, що будуть мати право брати участь в обговоренні проблем надання медичної допомоги на рівні керівників медичних закладів і органів;
- безпосередня участь представників громадськості у формуванні та обговоренні державної політики в стоматологічній сфері.

Таким чином, для забезпечення основних напрямів посилення впливу суспільства на сферу охорони здоров'я, таких як інформування населення, забезпечення громадського контролю і сприяння діяльності окремих представників, абсолютно необхідним вважається створення регіональних громадських рад.

У цьому контексті важливо виокремити на основі міжнародного досвіду основні принципи співробітництва суспільства і влади, які будуть сприяти координуванню діяльності різних суб'єктів державної системи охорони здоров'я і забезпечувати збереження балансу їх інтересів.

Можна виділити такі три принципи:

- принцип двостороннього зв'язку – процес постійного обміну інформацією у сфері охорони здоров'я між органами державної влади і громадськістю під час розробки рішень;
- принцип консультацій в процесі формування політики та прийняття рішень – зобов'язання чиновників враховувати пропозиції громадських рад,

надавати їм інформацію та обґрунтовувати свої рішення у медичній сфері, якщо вони відрізняються від позиції суспільства;

– принцип спільної оцінки – розгляд результатів і наслідків діяльності громадських рад у якості інструменту оцінки політики держави у сфері охорони здоров'я [70].

Основною функцією управління системою надання стоматологічної допомоги, що вимагає особливої уваги, є стратегічне управління. Підвищення прозорості та підзвітності є основними факторами, що сприяють поліпшенню діяльності системи охорони здоров'я, якого прагнуть домогтися органи, що здійснюють стратегічне управління системами стоматологічної допомоги шляхом виконання цілого ряду допоміжних функцій: формулювання стратегій і політики з метою досягнення цілей розвитку; збір і використання аналітичної інформації; впливу шляхом координації діяльності з партнерами та іншими галузями і ведення інформаційно-пропагандистської діяльності з метою поліпшення стану здоров'я; забезпечення ефективного керівництва, що сприятиме досягненню цілей; забезпечення можливості адаптації системи для задоволення мінливих потреб населення і мобілізація юридичних, регуляторних та політичних інструментів щодо керівництва діяльністю системи стоматологічної допомоги.

Визначення стратегічних орієнтирів розвитку стоматологічної допомоги є важливою складовою реформування системи державного управління України в цілому.

Введення до структури охорони здоров'я ради зі стратегії, як колективного органу управління в системі охорони здоров'я, здійснює загальне та стратегічне керівництво, контролює діяльність виконавчих органів, дозволяє якраз вирішити завдання, поставлені в рамках стратегічного управління стоматологічною допомогою.

Серед ключових ролей Ради зі стратегічного розвитку можна виокремити наступні: окреслення основних цілей і визначення стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації, що надасть змогу оцінити

досягнуті результати; засноване на етичних принципах керівництво у секторі охорони здоров'я, яке буде сприяти виконанню перспективних завдань; формування системи охорони здоров'я здатною адаптуватися до змін у навколишньому середовищі і появі нових вимог; співробітництво в інших сферах суспільного життя, які безпосередньо не пов'язані із медичною сферою, але впливають на зміцнення здоров'я населення.

У тісній співпраці з членами міністерства охорони здоров'я Рада зі стратегічного розвитку повинна обговорювати і схвалювати основні рамки функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію і цілі, систему внутрішнього контролю і управління ризиками.

Досягнення цієї мети вимагає збереження стратегії пріоритетного розвитку стоматологічної допомоги на державному, регіональному та муніципальному рівнях. Основними завданнями державного управління в даному секторі охорони здоров'я є:

1. Сприяння формуванню здорового способу життя населення, що може значно допомогти у профілактиці стоматологічних захворювань.
2. Удосконалення стоматологічних технологій і спрощення доступу до нового обладнання.
3. Фінансова підтримка сфери стоматологічної допомоги, що надається безкоштовно.
4. Максимальне сприяння можливостям для всіх соціальних прошарків отримувати вчасну стоматологічну допомогу.
5. Формування механізму громадського впливу на сектор стоматологічних послуг.
6. Збільшення кількості медичних установ, що допоможе створити більш конкурентний ринок.
7. Економічне мотивування лікарів-стоматологів, що призведе до надання більш якісної і ефективної стоматологічної допомоги.
8. Удосконалення системи медичного страхування [34].

9. Активне співробітництво з приватним соматологічним сектором і сприяння його розвитку.

Якщо аналізувати стратегічну роль Ради, спираючись на алгоритм її діяльності, то схематично його можна виразити наступним чином (рис. 3.1).

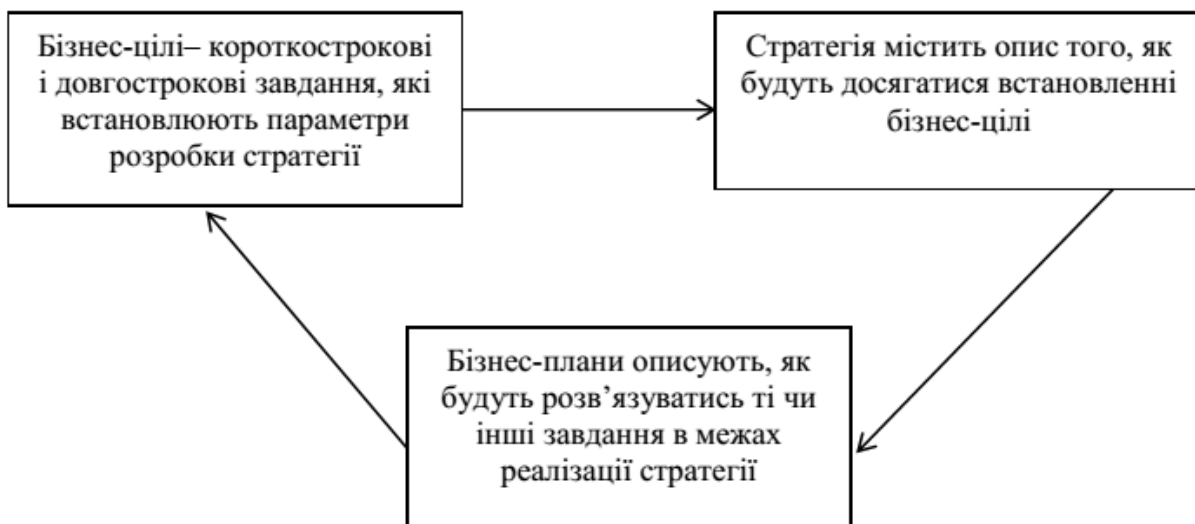


Рисунок 3.1. Складові використання переваг стратегічного підходу до реформування стоматологічної допомоги в Україні

Перш за все Рада має обговорювати і затверджувати основні бізнес-цілі компанії, оцінити і схвалити стратегію та бізнес-плани за основними напрямками, контролювати, щоб стратегічне управління системою стоматологічної допомоги було ефективним.

Крім того Рада зі стратегічного розвитку повинна чітко усвідомлювати основні ризики, які постають і можуть постати в майбутньому щодо системи стоматологічної допомоги, що буде сприяти виробленню ефективної політики і зваженої стратегії управління цими ризиками (табл.3.1).

Створення ефективного механізму функціонування служби чи медичного закладу стає актуальною проблемою розробки концепції безризикової діяльності в галузі охорони здоров'я [33, с. 100]. Для надання якісної медичної допомоги та медичного обслуговування має важливе значення безпечне

середовище з контрольованими ризиками, що не наносять шкоди, уражень і побічних ефектів [34, с. 12].

Таблиця 3.1 Безпекові заходи щодо потенційних загроз розвитку системі стоматологічної допомоги [77]

| Захід | Сутність заходу |
|------------------------------|--|
| 1. Опис потенційних загроз | Характеристика профілю потенційних загроз на основі сучасного стану системи охорони здоров'я і стратегії її розвитку |
| 2. Ідентифікація | Виявлення ризиків при дослідженні поточного стану системи |
| 3. Аналіз ризику | Прогнозування розвитку ризику, врахування вірогідності реалізації потенційних сценаріїв і оцінка потенційних збитків |
| 4. Застосування контрзаходів | Розробка і застосування заходів, спрямованих на нейтралізацію наслідків ризику |

Оскільки участь громадськості стає все більш вбудованою в систему стоматологічної допомоги, і має все більш вирішальне значення для осіб, котрі приймають рішення, концепція зацікавлених сторін (стейкхолдерів) набула широкої популярності і міцно увійшла до сфери стратегічного управління.

У стратегічному менеджменті стейкхолдери – це індивіди або групи осіб, що мають вплив на результати діяльності системи. Характерним для системи стоматологічної допомоги є відносини з окремими індивідами та різними групами осіб, які безпосередньо зацікавлені в її діяльності та мають можливість певним чином впливати на неї. Відносини між системою і стейкхолдерами розглядаються як контракт, за яким стейкхолдери постачають системі необхідні ресурси, сподіваючись на задоволення власних інтересів. Такі контракти приймають форму трансакцій, обміну або надання повноважень у сфері прийняття рішень, а саму систему можна представити сплетінням різноманітних контрактів (nexus of contracts).

До того ж, групи зацікавлених осіб можна класифікувати за критерієм їхнього розміщення відповідно до системи. В самій системі діють внутрішні групи, «прикордонні» групи (interface) взаємодіють із навколишнім середовищем, а зовнішні групи зацікавлені в результатах діяльності системи і можуть як становити загрозу так і розширювати можливості співробітництва.

Основою для процесу планування якості стоматологічної допомоги повинна стати державна політика в цій сфері, яка передбачає наступні ознаки (рис. 3.2.):

- всі учасники системи (співробітники медичної сфери, пацієнти і страховики) інформовані про основні пріоритети і напрями діяльності;
- заходи є комплексними і системними, вони не суперечать і взаємопов'язані з іншими заходами;
- діяльність регулюється відповідними нормативно-правовими актами;
- відповідальними за якість стоматологічного обслуговування є конкретні особи і установи з чітко прописаними функціями;
- формування необхідних структурних одиниць та інституцій, що будуть реалізовувати політику в секторі якості;
- процес підвищення якості торкається усіх рівнів системи, починаючи з конкретних стоматологічних співробітників і завершуючи органами управління в сфері охорони здоров'я.

Надання оцінки ефективності діяльності виробничої системи є зазвичай комплексним завданням, яке передбачає порівняння, співвідношення і взаємозв'язок витрат і результатів діяльності цієї системи. Точне визначення ресурсів, що були використані заради досягнення цілі та їх вимірювання є важливим етапом проведення такого оцінювання, які характеристика досягнутого результату у кількісних показниках (прибуток або обсяг наданих послуг і готової продукції).



Рисунок 3.2. Методи і технології контролю якості стоматологічної допомоги в Україні [75]

Існують три основні групи, які стають головними споживачами інформації щодо діяльності системи охорони здоров'я.

1. Середній менеджмент, який здійснює контроль і оперативне управління, й потребує аналізу конкретних аспектів функціонування системи.

2. Вище керівництво, що здійснює стратегічне управління, й потребує не оцінки окремих аспектів, а комплексного аналізу ефективності діяльності системи охорони здоров'я для виявлення її слабких і сильних сторін.

3. Держава або страхова компанія, які у якості зовнішніх зацікавлених сторін виконують ролі джерела фінансування і одержувача коштів відповідно.

Задля удосконалення фінансування стоматологічної допомоги, спрямованого на результат, і нових підходів до виявлення показників, що відображають зміни стоматологічної та економічної ефективності послуг в системі охорони здоров'я, завдання оцінки і планування діяльності державних ЛПЗ і комерційних організацій стають схожими, близькими по суті. Стратегією

розвитку комерційних організацій визначають механізми бізнес-планування. Основою завдань її досягнення є планування і контроль маркерів медико-економічної ефективності. Усвідомлення, що термін «бізнес-план» може бути застосований для планування діяльності не тільки комерційних, а й некомерційних організацій, аналіз і використання позитивного досвіду при складанні бізнес-планів, дозволяють реалізувати будь-яку обґрунтовану економічну ідею.

Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності реформування стоматологічної допомоги з використанням стратегічного підходу дозволила виділити соціально-економічні показники, що визначають інноваційну специфіку системи охорони здоров'я (рис. 3.3).

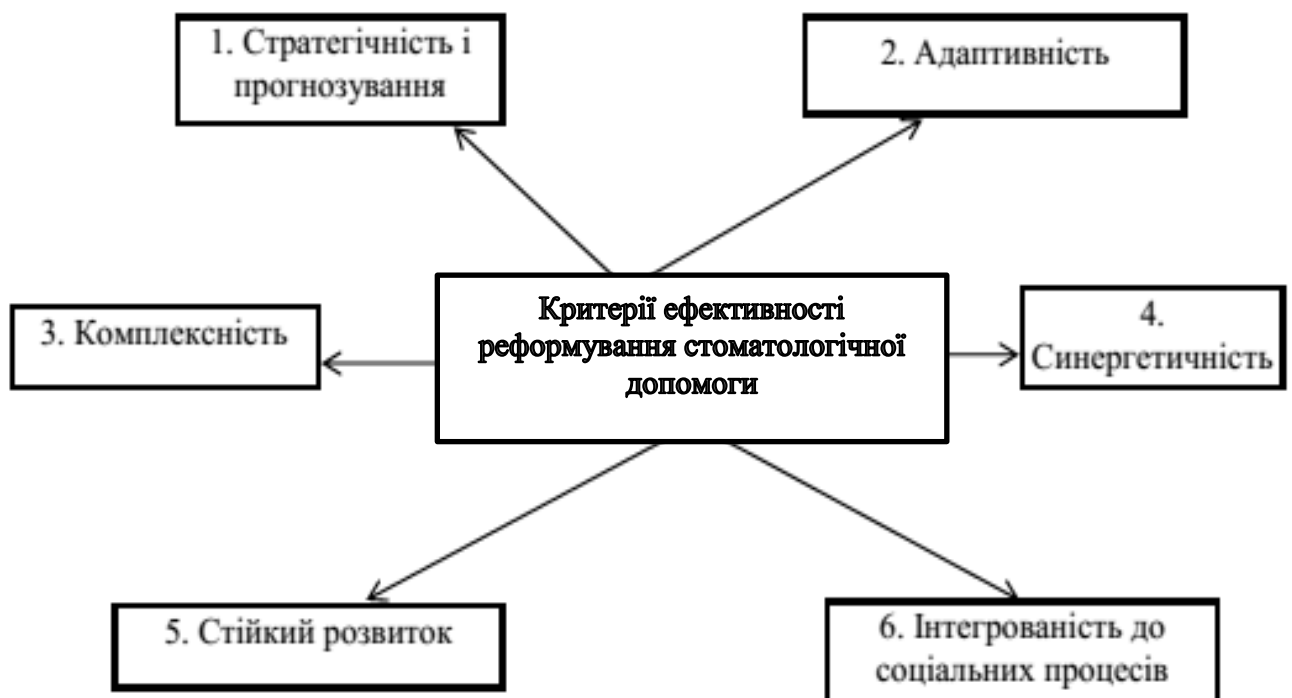


Рисунок 3.3. Соціально-економічні критерії, що визначають ефективність реформування стоматологічної допомоги з використанням стратегічного підходу [35]

1. Стратегічність і прогнозування. Розробка політики управління і її подальша реалізація на регіональному рівні, аналіз навколишнього середовища, прогнозування бажаних результатів – це ті аспекти, які забезпечують стратегічний підхід в управлінні сферою охорони здоров'я. Визначальними показниками такого стратегічного управління виступають:

- стан економічної ситуації в регіоні (національний дохід на душу населення, рівень споживання матеріальних благ, вплив економічної нестабільності в країні, дефіцит робочої сили);
- ступінь науково-технічного прогресу;
- можливість розвитку демографічної ситуації (загальна чисельність населення в регіоні, параметри показників здоров'я населення: показники дитячої смертності, статеві-вікова структура населення та ін.);
- показники екологічної ситуації в регіоні (наявність забруднюючих речовин в атмосфері, ультрофіолетове випромінювання, наявність пестицидів в продуктах та ін.);
- ступінь соціальної вразливості населення.

2. Адаптивність. Зміна параметрів системи охорони здоров'я з певною метою з урахуванням змін зовнішнього середовища. Своєчасне внесення коректив в систему управління є обумовленою необхідністю в зв'язку з вимогами до управління стійкою стоматологічною допомогою, постійною динамікою та різноманітністю рушійних сил зовнішнього і характером внутрішнього середовища.

3. Комплексність. Єдність всіх важливих елементів управління: організаційних, фінансових, інноваційних, метою яких є виконання та досягнення певного єдиного результату втілюється саме в принципі комплексності, що передбачає врахування всіх факторів стоматологічною допомогою. Одним із стратегічних завдань управління стоматологічною допомогою є усунення протиріч між ключовими елементами управління.

4. Синергічність. З'єднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів управління системою, що призводить до отримання позитивного

економічного результату. Таке злиття дозволяє зменшити загальний рівень управлінських витрат, забезпечити узгодженість дій всіх механізмів управління стоматологічною допомогою, фінансової та організаційної стійкістю системи, призводить до посилення ефективності контролю за реалізацією прийнятих рішень.

5. Сталий розвиток. Сталість функціонування, стабільний розвиток стоматологічної допомоги в цілому і окремих її рівнів, сфер, підсистем і галузей, що прийнято вважати стійкими характеристиками. Безперервність процесів розриву і відновлення зв'язків, їх стійка повторюваність, постійне відтворення основних заданих процесів є характерними для динамічного розвитку системи управління і обумовлюють її стабільність. Необхідність у врегулюванні процесу виникає при своєчасному виявленні підсистемою недозволенних відхилень в стабільності розвитку.

6. Інтегрованість в соціальні процеси. Система стоматологічною допомогою покликана і здатна брати активну участь у формуванні соціальних потреб суспільства, спрямовувати суспільний розвиток таким чином, щоб в подальшому товариство і система були солідарні.

3.2 Інтегрованість як передумова розбудови механізму державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні

Державне регулювання, як функція державного управління виникає за умов необхідності інтеграції суспільства в цілому, скеровуючи свої дії на підтримку його цілісності та забезпечення стабільності.

Питання саморегулювання в системі стоматологічної допомоги актуалізувалося за причин погіршення стану ліцензування медичної діяльності, сертифікації / атестації медичних кадрів, недієвості державного нагляду за відповідністю медичних послуг вимогам відповідних стандартів та не контрольованості процесу ціноутворення на ліки. Наголосимо, що одним із механізмів саморегулювання в соціальних системах є соціальний контроль. Цей

факт є важливим при обґрунтуванні нашої гіпотези щодо доцільності запровадження інтеграційного підходу, адже принциповою характеристикою даної методології є персональна звітність та відповідальність.

Така постановка питання має два вектори:

- процесний: управління інтегрованим утворенням в процесі здійснення відповідними органами влади державно-управлінських функцій в організації надання доступної і якісної стоматологічної допомоги;
- системний: забезпечення інтегрованості дій усіх зацікавлених сторін з акцентом на знаходження компромісів між цілями та альтернативами, що перетинаються.

Таким чином, пріоритетним напрямом удосконалення діючого механізму державного регулювання забезпечення доступної і якісної стоматологічної допомоги на базовому рівні є формування системи державного регулювання інтегрованою стоматологічною допомогою, що передбачає об'єднання всіх функціональних процесів в єдине ціле на загальній інформаційній основі. Поняття інтеграції, за своїм значенням, тісно пов'язано з цілим рядом інших понять: об'єднання, цілісність, централізація, агрегування, кооперація, координація, гармонія» [65].

З точки зору управління, під інтеграцією розуміється об'єднання суб'єктів управління для посилення взаємодії всіх елементів системи управління [60], інтеграція – це об'єднання суб'єктів регулювання для посилення взаємодії всіх елементів системи державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні. При такому підході з'являються більш міцні зв'язки між окремими підсистемами. Процеси інтеграції забезпечують: поглиблення співпраці, об'єднання; взаємодію і взаємозв'язок між компонентами; конкретизацію взаємозв'язків між окремими підсистемами, їх щільність, що дозволяє отримати відповідну реакцію на зміни.

Принциповими характеристиками методології інтеграційного підходу є: концепція “тотальної інтеграції” із наголосом на персональній звітності та

відповідальності; використання багаторівневого підходу, але з поєднанням планування і контролю.

Інтеграція дій суб'єктів має за мету недопущення відриву один від одного стосовно окремих процесів регулювання: програмування, ідентифікації, формулювання, фінансування, впровадження, оцінки та аудиту тощо. Іншими словами, інтеграція має забезпечити узгодженість процесів реалізації поставлених завдань (суб'єкт-суб'єктний взаємозв'язок) та процесів регулювання (суб'єкт-об'єктні відносини).

Застосування інтеграційного підходу в механізмі державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні – це не тільки планування спільного використання ресурсів (наприклад, інтеграція можливостей закладів охорони здоров'я регіону в межах існуючого фонду з розподілом обов'язків (функцій) і загальної відповідальності), але й особливі форми і технології регулювання.

Взаємодія і міжсуб'єктна координація мають стати провідною ланкою механізму державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні та її отримання. Головним акцентом концепції державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні є інтегрування суб'єктів державного регулювання, галузевих суб'єктів (ЗОЗ різного рівня підпорядкування), спеціалізованих ринкових суб'єктів та суб'єктів соціального саморегулювання. Провідна роль в організації взаємодії виробництва та споживання належить суб'єктам державної влади спеціальної компетенції.

У державному регулюванні координація розглядається як одна з основних управлінських функцій, зміст якої полягає у забезпеченні впорядкування взаємозв'язків і взаємодій між учасниками процесу державного регулювання з метою узгодження дій та об'єднання зусиль на вирішення загальних завдань і здійснюється на всіх рівнях управління керівниками відповідних органів державної влади або спеціальними координаційними підрозділами» [27].

Основні концептуальні положення розвитку механізму державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні із забезпеченням її доступності і якості.

1) Існуючі інституційні форми об'єднання галузевих суб'єктів (інститути стоматологічної допомоги, відомчі медичні служби та недержавні інституції) по-різному визначають механізм їх внутрішньосистемної взаємодії, але основним критерієм при обранні найбільш доцільної форми взаємодії з метою вирішення стратегічно важливої проблеми – надання населенню України доступної і якісної стоматологічної допомоги – є збереження їх юридичної самостійності за наявності координаційного органу, що забезпечує тісну взаємодію суб'єктів та довготривалість їх зв'язків.

2) Визначальною умовою ефективності функціонування інтегрованого утворення є забезпечення відповідності між сформованими потребами усіх груп суб'єктів та ступенем їхньої задоволеності. При цьому результативність функціонування об'єднання залежить від частки кожного учасника в справі реалізації його стратегічних цілей, від взаємного доповнення їх діяльності в інтересах більш ефективного використання ресурсів, знань та організації управлінських, виробничих, інноваційних та інших процесів. Пріоритетними принципами формування та функціонування інтегрованого утворення на базовому рівні надання медичної допомоги мають стати міжсекторальна взаємодія та створення горизонтальних мереж співпраці.

3) У ракурсі розвитку механізму державного регулювання інтегрованої стоматологічної допомоги на муніципальному рівні із забезпеченням її доступності і якості, статичний аспект інтегрування необхідно розглядати як ступінь зв'язаності: по-перше, суб'єктів внутрішнього середовища медичної допомоги (ЗОЗ різного рівня підпорядкування) з приводу надання доступних, прийнятних та якісних стоматологічних послуг; по-друге, суб'єктів внутрішнього середовища з суб'єктами, що належать до його зовнішнього середовища (суб'єкти державного регулювання, спеціалізовані ринкові суб'єкти, суб'єкти споживання, суб'єкти соціального саморегулювання).

Тіснота взаємозв'язку між ними визначається ступенем сприйняття проблеми кожним з них, рівнем відповідальності, відкритістю до партнерства і змін.

Динамічний аспект інтегрування в ракурсі проблеми, що розглядається, виявляється у формуванні механізму взаємодії суб'єктів, що дозволяє встановити баланс їх інтересів, оптимізувати рух ресурсів та отриманих результатів, тобто організувати процес, що призводить до самодостатності елементів кожної групи щодо реалізації власних цілей. При цьому внутрішній контур інтеграції є областю, де взаємодіють і поєднуються можливості та спроможності суб'єктів надання медичної допомоги, що реалізують цілі охорони здоров'я; зовнішній контур інтеграції – областю, де взаємодіють та поєднуються можливості та спроможності суб'єктів надання стоматологічної допомоги та зовнішніх суб'єктів, що реалізують цілі забезпечення доступності якісних стоматологічних послуг.

4) Головним суб'єктом інтегрованого утворення з надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні є держава, яка через інституційний та правовий механізми встановлює організаційно-господарський режим, використовуючи засоби регуляторного впливу на відносини і поведінку господарюючих й негосподарюючих суб'єктів, передбачені ст.12 Господарського кодексу України: державне замовлення, ліцензування, сертифікація і стандартизація, надання інвестиційних, податкових та інших пільг, цільових інвестицій тощо. Належна реалізація господарської компетенції суб'єктами державного регулювання (зокрема, щодо впливу на діяльність комунальних ЗОЗ) залежить від комплексності правового регулювання відповідних суспільних відносин.

У цьому контексті важливою є «взаємодія суб'єктів державного регулювання з суб'єктами соціального саморегулювання – самоврядними органами. Система правових регуляторів діяльності комунальних ЗОЗ неможлива без активної участі цих структур. Впровадження стратегії саморегулювання передбачає наявність делегованих державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми

професійної поведінки для своїх працівників. Зазначена система може мати як приватну, так і державну форму. Найбільш прийнятною формою є делегування повноважень у сфері охорони здоров'я професійним організаціям, коли професіонали-медики фактично здійснюють контроль системи охорони здоров'я за допомогою кодексів професійної етики, котрі дозволяють запобігти як надмірному, так і недостатньому обсягу надання стоматологічної допомоги» [55, с.23].

5) Ключовим питанням концепції державного регулювання інтегрованої стоматологічної допомоги на муніципальному рівні із забезпеченням її доступності і якості є оптимальне співвідношення державного регулювання і ринкових механізмів. Модель регульованого ринку передбачає, що пряме підпорядкування закладів охорони здоров'я відповідному органу державного управління поступається місцем їх взаємодії на основі ринкової угоди та цивільно-правових відносин. Держава, як сторона, що фінансує, звільняється від функцій представника інтересів ЗОЗ і стає покупцем стоматологічної допомоги в інтересах населення. Утверджується принцип “гроші йдуть за пацієнтом”: населення отримує право вибору лікаря та місця надання стоматологічної допомоги; держава сплачує не витрати, а кінцевий результат діяльності стоматологічних працівників, активно впливаючи на обсяг, якість та структуру стоматологічної допомоги шляхом цільового фінансування.

В основі формування такої системи державного регулювання мають переважати відносини співробітництва та взаємодії, оскільки в протилежному разі (відносини конкуренції, протидії, суперництва) доцільність існування такої системи відсутня.

Вибір форми об'єднання суб'єктів мають бути визначений концепцією та виходити з наступного:

– співробітництво – довірчі взаємовідносини між учасниками, що характеризуються високим рівнем відкритості інформації та спільною діяльністю щодо надання медичної допомоги. Відмінною рисою є наявність

функціональної, організаційної та управлінської інтеграції в процесі функціонування суб'єктів;

– взаємодія – наявність координаційних зв'язків, узгодженість дій щодо досягнення запланованих результатів. Відмінною рисою є обмін профільною інформацією та результатами діяльності, можливість функціональної інтеграції суб'єктів.

Розширення інтегрованого утворення з надання медичної допомоги за рахунок залучення саморегулюючих організацій потребує вирішення на законодавчому рівні проблем взаємодії органів державної влади з самоврядними органами (професійними об'єднаннями). На сьогодні, будь-які професійні об'єднання функціонують в межах Закону України “Про громадські об'єднання” [66], але для створення у сфері охорони здоров'я об'єднань, які мали б відповідні делеговані державою повноваження, цього недостатньо. У більшості розвинених країн саме професійним об'єднанням делеговані повноваження щодо акредитації ЗОЗ, а також атестації спеціалістів у межах кваліфікації, визначеної державою.

Одним із найважливіших аспектів залучення зовнішніх суб'єктів в інтегроване об'єднання надання стоматологічної допомоги є запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Проте, на нашу думку, враховуючи соціально-економічні умови сьогодення, реалізовуватися воно повинно виключно за умови існування єдиного державного фонду. Якщо ж доручити реалізацію медичного страхування приватним страховим компаніям, існуватиме ризик нецільового використання ними відповідних коштів та небажання працювати з “невигідними” для них верствами населення, рівень платоспроможності яких суттєво низький.

З позиції інтеграційного підходу, домінантною взаємодією регулювання суб'єктів надання стоматологічної допомоги є реалізація механізму забезпечення синергічної результативності, що вимагає не тільки ефективного управління організаційно-господарськими відносинами на всіх платформах взаємодії, але і детермінує необхідність розробки і реалізації механізмів,

спрямованих на координацію діяльності з розвитку системи соціального саморегулювання у сфері охорони здоров'я та удосконалення інформаційної взаємодії між саморегулюючими організаціями. Очікуваним позитивним наслідком (цінністю) розвитку системи саморегулювання на платформі “управління знаннями” є розвиток професійної компетенції інтегрованого утворення з надання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні.

3.3 Удосконалення механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків: програмно-цільовий підхід

Розвиток ринку стоматологічних послуг та формування альтернативного сектора стоматології, який включає структури різних організаційно-правових форм, як і раніше, вагома частка населення у м. Харкові та більшості регіонів України отримує стоматологічну допомогу у державних і муніципальних закладах охорони здоров'я. За таких умов зростає роль управління стоматологічною допомогою у досягненні сучасного рівня якості, безпеки, доступності та адекватності стоматологічної допомоги, а також у розробці нових підходів до організаційно-методичного забезпечення державних і муніципальних стоматологічних закладів. Ринкові умови господарювання у країні висувають перед системою охорони здоров'я проблеми вибору та оцінки базових організаційних рішень [67; 68; 69]. У розвинених країнах Європи одним з найбільш ефективних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є державно-приватне партнерство, яке є основним механізмом залучення приватного інвестиційного капіталу до громадського сектора охорони здоров'я [74; 76; 77].

До першочергових заходів удосконалення механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків слід віднести розробку та запровадження комплексної регіональної програми, розрахованої на реалізацію у середньостроковій перспективі, яка передбачатиме поряд із цілеспрямованим використанням бюджетних коштів, ще й залучення позабюджетних коштів для

модернізації виробничої бази та налагодження новітніх технологій щодо виробництва стоматологічних послуг, на які відчувається потреба серед населення й особливо незахищених його верств.

Сьогодні необхідним є перехід від принципу утримування стоматологічних установ до принципу забезпечення якісною стоматологічною допомогою передбачає пошук фінансово-економічних засобів формування консолідованого механізму ресурсного забезпечення відповідних установ з наступним визначенням найбільш раціональних шляхів їх використання. Сьогодні консолідований бюджет охорони здоров'я гарантує тільки надання екстреної стоматологічної допомоги й невелику частку планової – лише окремим пільговим категоріям.

Метою здійснення відповідних перетворень є санація й розвиток стоматологічної галузі м. Харкова для досягнення гарантованого стандарту надання стоматологічних послуг населенню й забезпечення конкурентоспроможності з приватними клініками у сфері платних послуг.

Для комплексного вирішення цього завдання доцільно використати Концепцію міської програми “Стоматологія”, яка має на меті систематизувати основні заходи щодо підвищення ефективності надання стоматологічної допомоги мешканцям м. Харкова.

Проект міської Програми “Стоматологія” має за мету оптимізацію стоматологічної допомоги населенню м. Харкова на основі побудови гнучкої структури стоматологічної служби, адаптованої до сучасних вимог ринкового середовища; перехід на ефективну систему економічного управління та планування фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів; активізація інвестиційної політики та модернізації основних виробничих фондів і запровадження новітніх технологій у діяльність комунальних стоматологічних закладів.

Програмою запроваджується модель, яка забезпечить ефективне функціонування та економічну керованість системи надання стоматологічної допомоги в умовах єдиного простору її надання на територіальному рівні.

Упровадження моделі потребує розроблення належного механізму функціонування в межах правового поля. Необхідність правового забезпечення діяльності щодо втілення даної моделі зумовлена новизною та відсутністю чіткого законодавчого регулювання цієї сфери соціально-економічних відносин, що водночас характеризує складність і значну трудомісткість роботи.

Для досягнення поставленої мети як головні завдання, що підлягають вирішенню в процесі реалізації міської комплексної програми, передбачено такі:

- оптимізація системи організації, планування та управління стоматологічною службою міста на основі підвищення її конкурентоспроможності на ринку стоматологічних послуг та налагодження тісних зв'язків між окремими її структурними ланками;

- запровадження технології ресурсозбереження та перехід на економічні механізми стимулювання праці й раціонального використання наявних ресурсів у стоматологічній службі;

- активізація роботи щодо нарощування обсягів позабюджетних надходжень та залучення інвестиційних коштів для модернізації основних виробничих фондів і реалізації інноваційних проектів з налагодження виробництва нових видів стоматологічних послуг;

- налагодження системи статистичного моніторингу за якістю медичної допомоги на різних етапах її надання та організація контролю за формуванням попиту серед пацієнтів на ринку стоматологічних послуг [48].

Юридичний супровід моделі також сприятиме створенню умов для реалізації права на доступність кваліфікованої стоматологічної допомоги та інших прав людини у галузі охорони здоров'я для забезпечення ефективних механізмів функціонування системи стоматологічної допомоги в умовах єдиного медичного простору, зокрема в контексті використання системи результативного розподілу коштів на протипагу фінансування за принципом утримання стоматологічних закладів охорони здоров'я.

Найбільший інтерес становить можливість проведення зміни організаційно-правової форми стоматологічних закладів охорони здоров'я, що дало б змогу розширити джерела їх фінансування та перейти в т. ч. на комерційну форму господарювання. Окрім того, юридичне забезпечення необхідне й на етапі функціонування зазначеної моделі для вирішення поточних проблем, які лежать у правовій площині.

Окрім загальної характеристики, обґрунтування організаційно-економічної, організаційно-правової та медико-соціальної значущості та прогностичної оцінки очікуваних результатів виконання програми містить інформацію, яка стосується основних заходів з виконання Програми. Основні її розділи присвячені питанням оптимізації системи організації, планування та управління стоматологічною службою міста; економічної діяльності та ресурсозбереження у стоматологічній службі міста; реалізації інвестиційної політики, а також упровадженню інноваційних технологій у діяльність стоматологічної служби міста [68].

Серед основних заходів щодо виконання програми слід виділити такі:

1. Оптимізація системи організації, планування та управління стоматологічною службою міста:

– організація на базі міської комунальної стоматологічної служби Харківського регіонального центру “Стоматологія” з перепідпорядкуванням йому міських стоматологічних поліклінік і стоматологічних кабінетів, розташованих на базі міських лікарень та багатопрофільних поліклінік, і наданням йому функцій міського організаційно-методичного центру з координації та управління стоматологічною допомогою населенню міста;

– відкриття стаціонарних бюджетно-госпрозрахункових стоматологічних кабінетів Харківського регіонального центру “Стоматологія” на базі навчальних закладів і промислових підприємств м. Харкова – при середніх школах, середньо-спеціальних та вищих навчальних закладах, де навчається 1000 і більше осіб, діяльність яких забезпечується частково за рахунок бюджетних коштів Харківського регіонального центру “Стоматологія” на

проведення профілактичних заходів, госпрозрахункової діяльності або коштів навчального закладу, де розташовується даний кабінет;

– перехід на систему оперативного управління та контролю за діяльністю стоматологічної служби, закладів і підрозділів та профільних служб на основі попереднього визначення нормативів та оцінки фактичного відхилення від них завдяки запровадженню автоматизованої системи щомісячної рейтингової оцінки за такими напрямками: відвідування в цілому та в залежності від їх мети; навантаження на лікарів у цілому та за профілями з урахуванням функції лікарської посади та умовних одиниць трудовитрат (УОТ); бюджетні надходження та їх використання за видами видатків; використання матеріалів; надходження позабюджетних коштів в цілому та з урахуванням джерел їх формування; використання позабюджетних коштів в цілому та за видами видатків; використання енергоресурсів; обсяги економії засобів та ресурсів у цілому та в залежності від їх видів;

– запровадження в роботу стоматологічної допомоги міста державного замовлення на виробництво та реалізацію стоматологічних послуг населенню міста. Складання переліку стоматологічних послуг для включення до договору про державне замовлення на надання населенню Харкова стоматологічної допомоги за рахунок коштів міського бюджету; затвердження преїскурантних цін на стоматологічні послуги, для включення до договору про державне замовлення; підготовка та подання на розгляд міської ради пакету документів щодо запровадження державного замовлення в роботу Харківського регіонального центру “Стоматологія”;

– упорядкування статистичної звітності в стоматологічній допомозі міста серед стоматологічних закладів комунальної та недержавної форм власності й налагодження інформаційного моніторингу стоматологічних захворювань серед населення м. Харкова; утворення інформаційно-аналітичного підрозділу у стоматологічній службі міста; налагодження системи економіко-статистичних ревізій у діяльність стоматологічної служби з контролю достовірності статистичної інформації про облік відвідувань, навантаження на лікарів-

стоматологів та використання наявних фінансових, кадрових та матеріальних ресурсів міста і перехід на систему гнучкого планування ресурсів у стоматологічній службі міста згідно з фактичними потребами в них.

2. Економічна діяльність та ресурсозбереження у стоматологічній службі міста:

– розробка та запровадження в діяльність міської стоматологічної допомоги програми ресурсозбереження з опрацюванням нормовитрат матеріалів, медикаментів, електроенергії та інших засобів стоматологічного виробництва, включаючи коефіцієнт використання медичної апаратури та обладнання;

– проведення організаційного експерименту щодо запровадження бригадної форми (колективного підряду) в роботу ортопедичної служби з уведенням оплати праці за кінцевими результатами;

– укладання Харківським регіональним центром “Стоматологія” угод з підприємствами, організаціями, установами, фондами, громадськими організаціями та з іншими суб’єктами господарської діяльності на медичне обслуговування контингентів на госпрозрахункових умовах;

– організація лікарняно-страхової каси при стоматологічній допомозі міста щодо добровільного страхування населення на медичне обслуговування й отримання стоматологічних послуг та укладання угод із страховими організаціями на надання допомоги стоматологічною службою міста за програмою добровільного страхування медичного страхування;

– придбання пересувного стоматологічного устаткування та організація стоматологічної допомоги поза межами поліклініки на госпрозрахункових умовах, включаючи терапевтичну, хірургічну та ортопедичну допомогу в домашніх умовах і на виробництві;

– утворення потужної профілактичної індустрії з відкриттям на базі стоматологічної допомоги міста консультативно-профілактичного центру на госпрозрахунковій основі для проведення профілактичних оглядів і санації ротової порожнини серед окремих осіб та в організованих колективах завдяки

укладенню угод з підприємствами, організаціями та установами державної і недержавної форми власності, а також укладення договорів з провідними вітчизняними і зарубіжними фармацевтичними фірмами на використання та рекламну підтримку їх продукції на стоматологічному ринку послуг і товарів [48].

3. Організаційно-правове та юридичне забезпечення діяльності стоматологічної служби міста:

– правовий супровід та розробка юридичного механізму впровадження і функціонування моделі оптимізації управління стоматологічною допомогою відповідно до міжнародно-правових стандартів і чинного вітчизняного законодавства;

– юридичне оформлення функціонування стоматологічного закладу охорони здоров'я у новій організаційно-правовій формі; розробка установчих, договірно-претензійних та процесуальних документів; розробка та супровід укладення договорів з дотриманням вимог, що є необхідними для їх чинності та супровід тендерних процедур; підготовка аналітичних довідок, експертних висновків, письмових консультацій;

– здійснення юридичного моніторингу складових компонентів моделі на предмет дотримання прав суб'єктів медичних правовідносин та інших вимог законодавства України; забезпечення взаємин між роботодавцем та працівником у стоматологічному закладі охорони здоров'я згідно з вимогами трудового законодавства;

– розроблення юридичного механізму централізованого фінансування стоматологічних закладів охорони здоров'я у межах даної моделі; створення умов для диференціації фінансування стоматологічного закладу охорони здоров'я.

Результатом юридичного забезпечення моделі є її імплементація, що зокрема включатиме:

– функціонування правового механізму побудови взаємин між органами системи охорони здоров'я та місцевими органами влади на договірній основі

щодо замовлення стоматологічних послуг визначеного обсягу та належної якості;

- діяльність стоматологічних закладів на засадах оплати праці медичних працівників первинної ланки за обсягом і якістю виконаної роботи та наданих послуг;

- створення єдиного простору надання стоматологічної допомоги та стоматологічних послуг населенню регіону;

- діяльність юридичної особи у галузі охорони здоров'я відповідно до законодавства України з необхідною установчою, організаційно-розпорядчою, договірно-претензійною і процесуальною документацією;

- побудова гармонійних взаємин “заклад охорони здоров'я та медичний працівник, з одного боку, і пацієнт та/або його законні представники – з іншого” з максимальним забезпечення прав суб'єктів медичних правовідносин;

- створення правових передумов для залучення додаткових джерел фінансування стоматологічних закладів охорони здоров'я;

- підготовка місцевих фахівців з належним рівнем знань, необхідних для забезпечення функціонування стоматологічного закладу охорони здоров'я в нових умовах господарювання.

Юридичне забезпечення впровадження та функціонування моделі у конкретному стоматологічному закладі дозволить реально втілити у життя новий підхід до управління стоматологічною допомогою, відповідно до якого покращуватиметься якість медичного (стоматологічного) обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці та умови й оплата праці медичних працівників. Без розробки юридичного механізму впровадження даної моделі та її функціонування в рамках правового поля уявляються неможливими [48].

Узагальнення напрацювань провідних учених та результати власних досліджень дозволили дійти висновку про необхідність удосконалення існуючого механізму державного регулювання стоматологічної допомоги на

муниципальному рівні. Задля цього необхідно здійснити низку заходів, а саме [67]:

- визначити чіткі критерії розподілу коштів загального фонду між окремими комунальними стоматологічними поліклініками, зокрема відповідно до чисельності санованих хворих і жорстко їх дотримуватися на практиці [12];

- переглянути функції Департаменту охорони здоров'я та соціального захисту міської ради, районного у місті управління охорони здоров'я, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації;

- розглянути доцільність підпорядкування комунальних стоматологічних поліклінік безпосередньо управлінню охорони здоров'я міста;

- встановити мінімальну частку місцевого бюджету, яку спрямовують на функціонування та розвиток системи охорони здоров'я у цілому та певні пропорції щодо фінансування окремих профільних напрямів (зокрема стоматологічної служби);

- сформувати дорадчу організацію (у складі головних лікарів комунальних стоматологічних поліклінік, представників управління охорони здоров'я міста, науковців та ін.) та надати їй можливість виступати експертами під час розподілу між окремими комунальними стоматологічними поліклініками коштів загального фонду та перевірки ефективності їх використання;

- законодавчо затвердити можливість комунальних стоматологічних поліклінік щодо розширення джерел та обсягів позабюджетних надходжень, а також збільшення кількості госпрозрахункових посад та розміру оплати праці працівників комунальних стоматологічних поліклінік;

- розробити, затвердити та забезпечити ефективну реалізацію національної і регіональних програм профілактики стоматологічних захворювань;

- забезпечити підвищення якості та доступності стоматологічних послуг населенню та ефективності функціонування стоматологічної служби.

Одним із найважливіших питань, яке являє дійсно практичний інтерес для системи охорони здоров'я, є забезпечення підвищення доступності стоматологічної допомоги. Кабінетом Міністрів України підготовлено пропозиції щодо конкретизації Програми надання населенню гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 [50]. Вона розроблена, виходячи з нормативів обсягів медичної допомоги, які є основою для формування витрат на охорону здоров'я та стоматологічну допомогу в бюджетах усіх рівнів.

Щодо забезпечення доступної стоматологічної допомоги населенню, то на основі Програми і методичних рекомендацій щодо порядку формування й економічного обґрунтування територіальних програм державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування повинні розробити і затвердити відповідні територіальні програми, якими передбачатиметься надання додаткових обсягів і видів стоматологічної допомоги за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Визначення витрат стоматологічних установ повинне орієнтуватися на фінансування гарантованих обсягів стоматологічної допомоги, а не на ресурси, необхідні для утримання стоматологічних установ. При цьому обсяги конкретних видів стоматологічної допомоги повинні визначатися з урахуванням реальної потреби населення, що мешкає на даній території, а не на основі нормативів забезпеченості лікарськими посадами тощо [66].

Зокрема пропонується: визначити перелік офіційно платних стоматологічних послуг, що надаються за відсутності профінансованої безоплатної стоматологічної допомоги (фактично в останньому випадку йдеться про заміну – при цьому порушується право на безоплатність медичної допомоги, проте реалізується право на доступність); увести погодинну систему оплати праці медичних працівників, що надасть змогу значно диференціювати зарплату залежно від витраченого часу або групи складності робіт; пов'язати якість надання стоматологічних послуг (зокрема, професіоналізм фахівців, стан сучасного медичного обладнання, наявність черги на лікування тощо) з

вартістю цих послуг; слід визначити вартість медичних послуг, щоб пацієнт міг отримати кредит, якщо йому не вистачає грошей на лікування, або ж скористатися медичною страховкою.

Заходи економічного характеру повинні включати зміну статусу організацій, що надають медичну допомогу; зміну порядку фінансування цих закладів і запровадження договірних взаємовідносин між пацієнтами та фізичними особами, що надають медичні послуги; встановлення єдиних уніфікованих підходів до визначення вартості медичних послуг та єдиних тарифів на них. Важливим кроком у налагодженні надання медичної допомоги населенню України є запровадження механізмів, які б дозволяли громадянам гарантовано отримувати достатній обсяг та рівень медичної допомоги, зокрема йдеться про впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування, а також стимулюючих механізмів, спрямованих на збереження та покращення громадянами власного здоров'я – йдеться про стимулювання розвитку добровільного медичного страхування для забезпечення додаткового рівня вищого, ніж гарантований обов'язковим медичним страхуванням. Це допоможе змінити ставлення пацієнтів до свого здоров'я, підкреслить значення профілактики захворювань, сприятиме формуванню конкурентних стосунків між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я і дозволить підвищити якість та доступність медичної допомоги [4; 19].

Таким чином, застосування механізмів державного регулювання надання стоматологічної допомоги повинно бути спрямовано на створення ефективної системи її функціонування, складовими якої повинні бути: доступність стоматологічної допомоги, якість стоматологічного обслуговування та раціональне використання наявних ресурсів.

Недосконалість системи фінансування стоматологічних установ комунальної форми власності є головним чинником, який обмежує їхні можливості щодо забезпечення населення доступними та якісними стоматологічними послугами. Наразі стоматологічна служба м. Харкова може зазнати істотних змін щодо кадрового забезпечення та результативних

показників її діяльності. Це зумовлено диспропорціями у забезпеченні населення різних адміністративних районів міста лікарями-стоматологами, що істотно ускладнює забезпечення високої якості наданих стоматологічних послуг.

Існуючий механізм державного регулювання стоматологічної допомоги міста є недостатньо ефективним, а тому потребує реформування. У зв'язку з цим доцільно ліквідувати районні у місті управління охорони здоров'я, забезпечити координацію діяльності комунальних стоматологічних за рахунок підпорядкування їх міському управлінню охорони здоров'я.

Застосування програмно-цільового методу планування розвитку стоматологічної галузі спрямовано на поєднання соціально-економічних пріоритетів у сфері охорони здоров'я із заходами бюджетної політики, а також підвищення ефективності управління бюджетними коштами на основі оцінки рівня та якості надання стоматологічної допомоги населенню. У цільових програмах взаємопов'язується комплекс організаційних, економічних та науково-технічних заходів, які узгоджено за виконавцями, ресурсами і термінами. Вагомим складником цільового комплексного планування є нормативно-правове та інформаційно-аналітичне забезпечення всіх етапів розробки та реалізації програм [68].

Програми розвитку стоматологічної галузі мають реалізовувати цілі й завдання державної політики на певний період. Крім своєї головної соціальної функції, програми здатні виконувати роль потужного фактора заощадження коштів на розвиток системи охорони здоров'я, дозволяючи більш раціонально та ефективно використовувати їх, у першу чергу, на якісні перетворення, що стосуються найважливіших напрямків розвитку галузі. Вони повинні виходити з державних гарантій щодо забезпечення громадян безоплатною медичною допомогою та базуватися на вихідних і цільових показниках стану здоров'я та показниках діяльності установ охорони здоров'я, враховувати обсяги фінансування за рахунок коштів бюджету охорони здоров'я та альтернативні не бюджетні надходження, що забезпечують реалізацію державних гарантій, а

також передбачати заходи щодо підвищення ефективності роботи установ охорони здоров'я та профілактичної діяльності.

Програмний підхід до функціонування та розвитку стоматологічної галузі на регіональному та місцевому рівні може здійснюватися таким чином: окреслення життєво важливих галузевих проблем на відповідних рівнях функціонування; підготовка програм на основі проблемно-орієнтованого підходу до визначення пріоритетів; визначення за кожною програмою найбільш дієвих та надійних щодо технологічних підходів виконавців; організація й координація діяльності виконавців у межах запланованих програм; забезпечення виконавців протекціоністськими заходами; контроль з боку держави, місцевого самоврядування, професійної громадськості, пацієнтів над виконанням відповідних програм [68].

До завдань держави у сфері забезпечення стоматологічної допомоги населенню на муніципальному рівні слід віднести вдосконалення організації первинної профілактики стоматологічних захворювань, насамперед у дітей і взагалі профілактики серед працюючого населення (санації) та осіб пенсійного віку й певних окремих груп населення (незадіяних), а також координацію діяльності різних відомств щодо забезпечення стоматологічної профілактики.

ВИСНОВКИ

У роботі вирішене завдання, що полягає в теоретичному обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій стосовно вдосконалення державного регулювання стоматологічної допомоги на місцевому рівні в Україні. Отримані в процесі дослідження результати дозволяють сформулювати такі висновки:

1. Визначено теоретичні основи державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні. Стоматологічна допомога – це комплекс заходів, який включає стоматологічні послуги, організаційно-технічне, санітарно-протиепідемічне, медикаментозне та інше забезпечення, що спрямований на задоволення потреб людини у підтриманні і відновленні її стоматологічного здоров'я. Механізм державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні – “це спосіб дій суб'єкта регулювання, який базується на принципах і функціях, які забезпечуючи за допомогою певних форм, методів і засобів ефективну роботу системи державного регулювання для розв'язання протиріч. Він включає в себе суб'єкти регулювання (державні органи), об'єкти регулювання (заклади медичного обслуговування). При цьому система функціонує під впливом певного навколишнього середовища. Це середовище представлене політичною та правовою, демографічною та екологічною, техніко-економічною і соціально-культурною складовими.

2. Розглянуто закордонний досвід державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні. Вона обумовлена збалансованістю потрібних об'ємів медичних послуг населенню з можливістю держави, наявністю медичних кадрів, присутністю на конкретних територіях потрібних медичних технологій, можливістю пацієнта вільного вибору лікуючого лікаря та лікувальної установи, своєчасне отримання медичної допомоги, рівнем громадської освіти щодо проблем збереження та укріплення здоров'я, профілактики захворювань. Світова практика охорони здоров'я протягом останніх десятиліть представлена різними моделями державного

регулювання надання доступної і якісної стоматологічної допомоги на муніципальному рівні. Розбіжності між ними зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями країн, але присутні і загальні напрями та ознаки. Це пов'язано з пошуком конструктивних рішень у полі дії двох фактично протилежних тенденцій: з одного боку, у всьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичну допомогу та медичні послуги, зумовлене об'єктивним ускладненням професійної діяльності та постарінням населення; а з іншого - уряди більшості країн проводять державну політику соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян незалежно від їх майнового стану.

3. Проаналізовано сучасний стан державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні в Україні. Недосконалості обумовлені: браком сформованої адресної фінансової політики в системі охорони здоров'я, яка б базувалась на договорах і гарантованому державою рівні безоплатної стоматологічної допомоги відповідно до гарантованого рівня безоплатної стоматологічної допомоги; недосконалою системою формування державних замовлень і розподілу фондів на обладнання, матеріали, інструменти, яка не враховує реальні потреби стоматологічної служби; відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання лікарів-стоматологів і середнього медичного персоналу до підвищення якості та продуктивності праці. Потребує подальшого розвитку та вдосконалення система атестації, ліцензування, акредитації, сертифікації в стоматологічній галузі, система підготовки та безперервної освіти спеціалістів вищої та середньої ланки з метою підвищення якості стоматологічної допомоги.

4. Здійснено моніторинг механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків. Основні проблем, які заважають задовільній роботі муніципальних стоматологічних закладів, це недостатнє її фінансування; незадовільний стан матеріально-технічного оснащення установ; низький рівень оплати праці; відсутність економічної мотивації у медичного персоналу до підвищення кваліфікації; відсутність законодавчої бази для розвитку

стоматологічних закладів. Для оптимізації муніципальної стоматологічної служби необхідно здійснити її організаційно-функціональну перебудову, розробити на державному рівні стандарти безоплатної стоматологічної допомоги, запровадити принципи оплати праці медичного персоналу, які враховують якість і обсяг роботи.

5. Розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення механізму забезпечення стоматологічною допомогою в м.Харків. Виокремлено на основі міжнародного досвіду основні принципи співробітництва суспільства і влади, які будуть сприяти координуванню діяльності різних суб'єктів державної системи охорони здоров'я і забезпечувати збереження балансу їх інтересів з використанням переваг стратегічного підходу. Основою для процесу планування якості стоматологічної допомоги повинна стати державна політика в цій сфері. Застосування інтеграційного підходу в механізмі державного регулювання стоматологічної допомоги на муніципальному рівні – це не тільки планування спільного використання ресурсів в межах існуючого фонду з поділом обов'язків і загальної відповідальності, але й особливі форми і технології регулювання. Застосування програмно-цільового методу планування у стоматологічній галузі повинно бути спрямовано на поєднання соціально-економічних пріоритетів у сфері охорони здоров'я із заходами бюджетної політики та підвищенням якості надання стоматологічної допомоги населенню.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз політики: концепції і практика / Веймер Д., Вайнінг Е. // [пер. з англ. І. Дзюб, А. Олійник]; наук. ред. О. Кілієвич. – К.: Основи, 1998. – 654 с.
2. Антонюк С. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги) / С.Антонюк, Я.Радиш // Вісник НАДУ. – 2005. – №2. – С. 147–152.
3. Андрійчук В.Г. Економіка державних підприємств: [підручник] / В.Г. Андрійчук. – К.: КНЕУ, 2002. – 624 с.
4. Бабич О. Б. Аналіз підвищення доступності медичного обслуговування в Україні / О. Б. Бабич // Держава та регіони. – 2008. – № 3. – С. 5–9.
5. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: [навчальний посібник] / О.В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
6. Бакуменко В. Д. Теоретичні та організаційні засади державного управління : навчальний посібник / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішний. – К. : Міленіум, 2003. – 256 с.
7. Бедрик Ірина Олексіївна Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності: дис.....к.держ.упр. за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління / І.О. Бедрик. – Київ, 2010 – 18 с.
8. Бондарєва Л.В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: : дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / Л.В Бондарєва. – Одеса, 2014. – 263 с.
9. Борщ А.Г. Бюджетна підтримка соціальної сфери в умовах трансформаційних процесів в економіці України / А.Г. Борщ // Економіка АПК. – 2009. – №2. – С.111–117.

10. Вагнер В. Д. Концептуальные основы дальнейшего развития общей (семейной) практики в стоматологии / В. Д. Вагнер, Б. Ц. Нимаев // Институт стоматологии. – 2005. – № 4. – С. 20–21.
11. Вахненко О. М. Аналіз ресурсного забезпечення стоматологічної служби в Україні / О. М. Вахненко // Современная стоматология. – 2011. – № 3. – С. 172–176.
12. Гайдаров Г. М. Научно-методические подходы к определению объема финансирования стоматологической помощи на основе оплаты за санированного больного / Г. М. Гайдаров, И. С. Кицул [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua>.
13. Гайдуцький Г.І. Госпрозрахунковий механізм міжгалузевих зв'язків в державному управлінні / Г.І. Гайдуцький.– К.: Урожай, 2009.– 179 с.
14. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : [монографія] – Тернопіль. “Економічна думка”. 2005. – 460 с.
15. Гладун З. В. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З.С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
16. Гойда Н. Г. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь, В. В. Вороненко // Запорожский медицинский журнал. – 2013. - №5. – С. 104–108.
17. Деньга О. В. Основные принципы работы школьного стоматологического кабинета в современных условиях / О. В. Деньга, О.Э. Рейзвих, Е. Г. Шварцнау // «Інновації в стоматології». – 2013. – № 2. – С. 60-64.
18. Дегтяр О. А. Рівень ресурсного забезпечення соціальної сфери в економічно розвинених країнах світу / О. А. Дегтяр // Публічне управління 197 : теорія та практика : збірн. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во “ДокНаукДержУпр”. – 2013. – № 3.- С. 119-124.
19. Дуб Н. Є. Реформування системи охорони здоров'я України з використанням зарубіжного досвіду в умовах європейської інтеграції / Н.Є. Дуб

// Стратегія регіонального розвитку: формування та механізми реалізації : матеріали підсумк. наук.-практ. конф., 31 жовтня 2008 р. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2008. – С. 364–365.

20. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління / наук.-ред. колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. – 2011. – 648 с.

21. Экономика здравоохранения: учебное пособие / под общ. ред. А.В. Решетникова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 272 с.

22. Іванов Ю.Б. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні / Ю.Б. Іванов, Ю.В. Бережна //Економіка і регіон. – 2014. – № 4. – 2014.– С. 101–106.

23. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти) [монографія] / Д.В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2004. – 304 с.

24. Карамішев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: [монографія] / Д.В. Карамішев. – Х. : Вид-во Хар РІ НАДУ «Магістр», 2006. – 304 с.

25. Карамішев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією [Електронний ресурс] / Д.В. Карамішев.. – Режим доступу: <http://www.univer.km.ua/visnyk/849.pdf>.

26. Конституція України : наук.-практ. комент. / редкол.: В. Я. Тацій, Ю. П. Битяк, Ю. М. Тодика та ін. – К. : Вид. дім «Ін Юре», 2003. – 808 с.

27. Кубко Є. Б. Координація / Є. Б. Кубко // Юридична енциклопедія : У 10 т. Т. 3 : К – М. : К. : Вид-во “Українська енциклопедія” імені М. П.Бажана, 2001. – 235 с.

28. Латинін М.А. Теоретичні підходи до визначення механізму державного регулювання розвитку аграрного сектора економіки України

[Електронний ресурс] / Латинін М.А. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05lmaseu.pdf>.

29. Латинін М.А. Теоретичні підходи до визначення механізму державного регулювання розвитку аграрного сектора економіки України [Електронний ресурс] / Латинін М.А. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05lmaseu.pdf>.

30. Лебедева Л. Ф. США: государство и социальное обеспечение. Механизмы регулирования / Л. Ф. Лебедева. – М. : Наука, 2010. – 143 с.

31. Лехан В. М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–19.

32. Мазур І.П. Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні [Електронний ресурс] / І.П. Мазур, О.В. Павленко, В.Г. Близнюк. – Режим доступу: <http://ir.nmapo.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/5869.pdf>

33. Мегедь В. П. Ризик-діяльність у відомчій системі охорони здоров'я: формування та впровадження / В. П. Мегедь // Український медичний часопис. – 2008. – № 4 (66). – С. 100–105.

34. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : заг. ред. В. Ф. Москаленко. – К. : ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2012. – 23 с.

35. Михальчук В.М., Бандурин О.Ю Основні фонди медичного закладу та фективність їх використання [Електронний ресурс] / В.М. Михальчук, О.Ю. Бандурин. – Режим доступу : <http://www.hcm.in.ua/wpcontent.pdf>.

36. Москаленко В. Ф. До питання класифікації систем охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 10–19.

37. Москаленко В. Ф. Право на здоров'я в міжнародному, регіональному та національному законодавстві країн / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва,

Г.В. Іншакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). – С. 258–263.

38. Мочерний С.В. Економічний енциклопедичний словник: У 2 т. / Мочерний С.В., Ларіна Я.С., Устенко О.А. – Т.1. – Л.: Світ, 2005. – 616 с.

39. Нагребецкий А. Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире – еще не предел [Электронный ресурс] / А. Нагребецкий. – Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/2027.htm>.

40. Організація надання стоматологічної допомоги в умовах великого міста / А. І. Пущенко [та ін.] // Збірник наук. праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2010. – Вип. 19, кн. 2. – С. 818–823.

41. Організація стоматологічної допомоги в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/stomat_ter/classes_stud/uk/stomat/pdf.

42. Організація стоматологічної допомоги міському населенню [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://medinfo.social/spravochniki_868_870/organizatsiya-stomatologichnoji-dopomogi-7938.html.

43. Про громадські об'єднання: Закон України від 22.03.12 N 4572-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 1.

44. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України від 01.06.2000 р. № 1775-III [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: rada.gov.ua.

45. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України від 01.06.2000 р. № 1775-III [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: rada.gov.ua.

46. Про патентування деяких видів підприємницької діяльності: Закон України від 23.03.96 р. № 98/96-ВР [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: rada.gov.ua.

47. Про стоматологічну діяльність: проект Закону України від 31.05.2016 № 4736 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: <http://w1.c1.rada.gov.ua>.

48. Проект Луганської міської програми “Стоматологія–2008”, м. Луганськ, 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.loga.gov.ua/oda/press/archive/?curPos=4150/>.

49. Програма впровадження “Моделі оптимізації управління охороною здоров’я” в умовах єдиного медичного простору адміністративно-територіальної одиниці (на прикладі м. Вознесеньск) // Матеріали засідання дорадчої ради при комітеті верховної ради України з питань охорони здоров’я, Київ, 2008. – 33 с.

50. Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров’я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв’язання // Інформаційні та додаткові матеріали для учасників парламентських слухань 5 липня 2005 р. – К., 2005. – 35 с.

51. Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002 – 2007 рр.: Указ Президента України від 21 травня 2002 р. № 475/2002 // Офіц. вісн. України. –2002. – № 21. – С. 10-13.

52. Реформування сфери охорони здоров’я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / [авт. тексту Т.П. Попченко]. – К., НІСД, 2011. – 41 с.

53. Рожкова І.В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров’я на місцевому рівні: [монографія] / І.В. Рожкова, І.М. Солоненко. – К.: Фенікс, 2008. – 160 с.

54. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров’я України [Електронний ресурс] / І.В. Рожкова. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/dutp/2005-2/txts/galuz/05rivozu.pdf>.

55. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров’я в Україні : дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / Рудий Володимир Мирославович. – К., 2006. – 200 с.

56. Савчук О.В. Аналіз стану стоматологічної допомоги дорослому населенню в місті Києві / О.В. Савчук // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 4. – С.49-52.
57. Савчук О.В. Соціологічне дослідження проблем муніципальних стоматологічних закладів / О.В. Савчук, А.О. Канюра //Інновації в стоматології. – 2014. – № 2 – С.78–81.
58. Савчук О. В. Концептуально-методичні основи вдосконалення стоматологічної допомоги населенню у нових соціально-економічних умовах / О. В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2014. – № 1. – С. 502–509.
59. Система методів державного регулювання економіки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fingal.com.ua/content/view/922/39/1/2/>.
60. Стерлигова А. Н. Анализ значения термина "интеграция" в контексте управления организацией /А. Н.Стерлигова //Логистика и управление цепями поставок . – 2005. – № 6. – С. 70–79.
61. Стоматологічна допомога в Україні: [довідник]. – К. : Вид-во «Поліум». – 2016. – 84 с.
62. Стоматологічна допомога в Україні: [стат. довідник] / за ред. О. М. Орди. – Київ, 2010. – 52 с.
63. Стоматологічна допомога в Україні: [стат. довідник]/ за ред. В.В. Лазоришинця. – Київ, 2013. – 87 с.
64. Стоматологічна допомога в Україні : стат. довідник. – Київ, 2017. – 88 с.
65. Сухов С. В. Онтология управления организациями / С. В. Сухов // Менеджмент в России и за рубежом. – 2003. – № 5. – С. 61–69.
66. Татарников М. А. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 3-4. – С. 55–59.

67. Удовиченко Н. М. Концептуальні підходи до вдосконалення взаємодії органів місцевого самоврядування та стоматологічної служби крупних міст / Н. М. Удовиченко / Демократичні стандарти врядування й публічного адміністрування : матеріали міжнар. наук.- практ. конф., 4 квітня 2008 р. : у 2 ч. ; [за наук. ред. В. С. Загорського, А. П. Ліпенцева]. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2008. – Ч. 1. – С. 506–509.

68. Удовиченко Н.М. Механізм забезпечення стоматологічною допомогою на основі програмно-цільового управління в умовах мегаполісу (на прикладі м.Харків) [Електронний ресурс] / Н.М. Удовиченко. – Режим доступу: <http://kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2009-1/doc/2/25.pdf>.

69. Шубравська О.В. Перспективи модернізації соціальної сфери України [Електронний ресурс] / О.В. Шубравська, К.О. Прокопенко. – Режим доступу: http://irbis-nbuv.gov.ua//EkUk_2013_8_7.pdf.

70. Щербиніна М. Б. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення / М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скирда // Газета «Новости медицины и фармации». – 2012. – № 4. – С.102–110.

71. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : [монографія] / за заг. ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 542 с.

72. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / за заг. ред. О. С. Мусія. - К., 2017. – 405 с.

73. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015рік / за заг. ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2016. – 464 с.

74. A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare sector: a Review of Different PPP Case Studies and Experiences. - ADB, WHO and UNECE (23-25 October 2012). – 48 p.

75. Health System Reform Strategy for Ukraine 2015-2025 [Электронный ресурс] // Режим доступа : http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/SAG_Strategy_draft_22_11_ENG.pdf.

76. Hofmeister A. Public-Private Partnerships in Switzerland: Crossing the Bridge with the Aid of a new Governance Approach / A. Hofmeister, H. Borchert // International Review of Administrative Sciences. – 2007. – №. 2. – P. 48–71.

77. Protecting health care. Key recommendations. International Committee of the Red Cross [Электронный ресурс] // Режим доступа : <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook/protecting-health-care-keyrecommendations.html>.