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

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ВДОСКОНАЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

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-20 В.О. Смородський

Керівник,
к.мед.н., доц. О.Є. Вашев

Рецензент
_____ _____

ХАРКІВ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП…….. 3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ……..… 7
1.1 Сутність визначення та складові механізмів державної політики регулювання системи стоматологічної допомоги…….……. 7
1.2 Особливості організації стоматологічної допомоги в умовах ринкової економіки…….…….... 19
1.3 Огляд існуючих досліджень щодо особливостей розвитку стоматологічної допомоги …….. 27
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ НА ПРИКЛАДІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ…….……... 38
2.1 Загальна характеристика Університетського стоматологічного центру…… 38
2.2 Аналіз основних фінансово-економічних показників діяльності стоматологічної клініки ……..……... 43
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ…....….... 53
3.1 Державне регулювання структурно-організаційного та ресурсного забезпечення стоматологічної галузі…….…… 53
3.2 Шляхи забезпечення загальної ефективності та якості надання стоматологічної допомоги…….…… 60
3.3 Концептуальні підходи до реформування системи стоматологічної допомоги населенню……..…… 70
ВИСНОВКИ…….…… 83
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ…… 87

ВСТУП

Актуальність теми. Складовою часткою системи охорони здоров'я є стоматологічна допомога, яка є важною підсистемою, що забезпечує стоматологічне здоров'я, та впливає на якість життя населення.

Ключовою проблемою функціонування системи стоматологічної допомоги громадянам України є недосконаліть організаційного забезпечення, що впливає на ефективність використання людських, матеріально-технічних та фінансових ресурсів. Проблема дотримання державних гарантій з охорони здоров'я громадян України свідчить про те, що діяльність стоматологічної служби не забезпечена у частині опрацювання правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України щодо встановлення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги та стандартів медичної допомоги. Майже не реалізованим є право громадян, професійних медичних і громадських медичних об'єднань на участь в управлінні галуззю.

Забезпечення доступною та якісною стоматологічною допомогою населення України має бути пріоритетним напрямом державної політики розвитку стоматологічної служби. Необхідність кардинальних змін у її діяльності обумовлена існуючим станом та передбачає покращання організаційного, економічного та правового механізмів забезпечення стоматологічної допомоги населенню.

Означені питання завжди були в фокусі уваги багатьох вітчизняних і зарубіжних учених у галузі медицини, права, державного управління, економіки, соціології тощо. Методологічні засади державного управління, його механізми, та питання організаційного забезпечення і державного регулювання розвитку охорони здоров'я досліджували у своїх працях М. Білинська, О. Вашев, Б. Волос, Ю. Вороненко, Д. Карамишев, В. Криштопа, В. Лехан, В. Лобас, В. Москаленко, Н. Нижник, В. Пономаренко, Я. Радиш, О. Сердюк, Г. Слабкий, І. Солоненко, О. Черниш, О. Шаптала та ін.

Теоретичні положення які стосуються реформування та розвитку стоматологічної допомоги висвітлено у працях таких учених, як А. Анчев, О. Бабич, І. Бедрик, Н. Бондаренко, Ю. Буртова, Г. Варава, П. Гаман, А. Делендик, Н. Дуб, Р. Камалов, К. Косенко, В. Кравченко, І. Рогач, І. Рожкова, В. Чопчик та ін. Механізми підвищення якості стоматологічної допомоги населенню представлені у наукових дослідженнях В. Анакшина, А. Волкова, Г. Гайдарова, Г. Камчатного, І. Кіцул, С. Козуліної, Н. Кризіни, З. Надюка, Я. Радиша та ін. Питанням запровадження ринкових відносин у розвиток системи охорони здоров'я та стоматологічної галузі присвячені праці І. Бедрика, З. Надюка, Г. Нургазиної, С. Тернова, М. Шутова та ін.

Враховуючи досягнення вищезгаданих науковців, слід зазначити, що як у зарубіжній, так і у вітчизняній науковій літературі лишаються мало опрацьованими комплексні підходи до дослідження державного регулювання надання стоматологічної допомоги населенню. Це й обумовило мету магістерської роботи.

Метою даної роботи є обґрунтування методичних засад та концептуальних підходів до вдосконалення державної політики у сфері регулювання системи стоматологічної допомоги населенню.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання дослідження:

- проаналізувати сучасний стан та перспективи розвитку стоматологічної служби в Україні;

- визначити головні чинники, що спричиняють низький рівень стоматологічного здоров'я населення;

- визначити аспекти регуляторного впливу держави на забезпечення населення стоматологічною допомогою ;

- проаналізувати діяльність стоматологічного закладу, як структурної одиниці, з точки зору його розвитку і визначити існуючі проблеми, розробити рекомендації з управління;

- розширити уявлення щодо підвищення ефективності реалізації державних та регіональних програм стоматологічної допомоги населенню на прикладі

діяльності існуючого стоматологічного закладу ;

- визначити концептуальні підходи, спрямовані на забезпечення ефективної реалізації програм профілактики стоматологічних захворювань, а також напрями підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню;

- розробити науково-практичні рекомендації щодо реалізації мметодів управління видатками місцевих бюджетів на охорону здоров'я та стоматологічну допомогу.

Об'єкт дослідження – державне регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – державна політика вдосконалення надання стоматологічної допомоги населенню України.

Методи дослідження. Теоретичною основою магістерської роботи є фундаментальні положення теорії державного управління та економічної теорії, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених з питань державного регулювання системи охорони здоров'я та стоматологічної допомоги.

У роботі застосовано системний підхід, який полягає в комплексному дослідженні організаційного механізму державного регулювання стоматологічної допомоги та забезпечення населення стоматологічними послугами як єдиного цілого із узгодженим функціонуванням усіх його складових. Крім цього, застосовувались методи, що використовувалися на емпіричному та теоретичному рівнях, а саме: порівняльний аналіз – для дослідження методичних підходів, концепцій, розробок і пропозицій провідних вітчизняних і зарубіжних учених, присвячених особливості регуляторного впливу держави на стоматологічні установи; логіко-семантичний – для поглиблення понятєвого апарату під час визначення основних складових організаційно-правового механізму державного регулювання забезпечення населення стоматологічними послугами; аналізу та синтезу – для оцінки динаміки, структури й ефективності стоматологічної служби України, а також визначення чинників, що впливають на їх характер і спрямованість; формалізації – для дослідження системи регуляторного впливу держави на стоматологічні установи, її механізмів, суб'єктів та об'єктів шляхом

відображення їх змісту і структури з використанням спеціальної символіки; системно-аналітичний – для аналізу законодавчих актів та інших нормативних документів; статистичних порівнянь – для дослідження дієвості організаційно-економічного механізму державного регулювання забезпечення населення стоматологічною допомогою; абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків.

Інформаційними джерелами дослідження стали закони України, нормативно-правові акти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правові та програмні документи центральних органів державної влади України, офіційні матеріали Держкомстату України, монографії та статті вітчизняних і зарубіжних авторів, матеріали анкетування, особисті дослідження автора.

Практична значущість полягає в тому, що в сукупності вони створюють основу для опрацювання концептуальних засад організаційно-правового та фінансово-економічного механізмів державного регулювання стоматологічної допомоги і надають можливість розробити методичне забезпечення їх практичного застосування. Запропоновані у магістерській роботі теоретичні положення, висновки і рекомендації можуть бути використані органами виконавчої влади різних рівнів під час формування та реалізації управлінських рішень, а також плануванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров я.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

1.1. Сутність визначення та складові механізмів державної політики регулювання системи стоматологічної допомоги

Визначаючи механізм того чи іншого процесу або явища слід акцентувати увагу не тільки на організаційних засадах його побудови, але й на його динаміці, функціонуванні в режимі реального часу. З цих позицій, механізм державного управління – це організація його практичного здійснення, а також сукупність і логічний взаємозв'язок соціальних елементів, процесів і закономірностей, через які суб'єкт державного управління (його компоненти) "охоплює" потреби, інтереси і цілі суспільства в управлінських впливах, закріплює їх у своїх управлінських рішеннях і діях і практично втілює в життя, спираючись на державну владу.

Організаційний механізм – це певна сукупність засобів і способів, які призначені для реалізації конкретної цілі. Механізм повинен мати як структурну, так і функціональну складову. Структурна складова – сукупність елементів, які є основою організаційних процесів; функціональна – сукупність зв'язків між об'єктами для досягнення певної мети. Структурна і функціональна складові входять до організаційного механізму.

Будь-які складні суспільні утворення мають ієрархічну структуру. У них виділено різні елементи, наділені певними правами й обов'язками щодо інших. Виникнення ієрархічної впорядкованості – це внутрішня потреба системи, одна з важливих передумов підвищення її стабільності, ефективності функціонування. Механізм управління повинен повною мірою відбивати взаємодію різних елементів управління, що мають характер стійких взаємозалежностей і причинно-наслідкових зв'язків.

Під механізмом державного управління слід також розуміти сукупність політичних, економічних, правових, організаційних, мотиваційних і мобілізаційних заходів і засобів цілеспрямованого впливу суб'єктів державного управління із забезпеченням узгодження їхніх інтересів. «Оскільки фактори державного управління можуть мати економічну, соціальну, організаційну, політичну і правову природу, комплексний механізм державного управління повинен становити систему організаційних, правових, економічних, політичних, мотиваційних механізмів» [16].

У соціальній моделі механізм державного управління є способом сприяння держави переходу суспільства зі стану А до стану Б на основі розуміння внутрішніх закономірностей розвитку суспільства шляхом координації зусиль його членів і груп [42].

Ще одна трактовка констатує, що механізм управління – це сукупність взаємозалежних операцій, які здійснюються за визначеною технологією. Механізм складається з сукупності управлінських операцій, набір яких повинен характеризуватися конкретністю і специфічністю. Для системи медичної допомоги управлінська операція становить закінчену доцільну дію або низку дій, спрямованих на виконання визначеного завдання організаційного, медичного, психологічного, економічного, соціального або іншого характеру. Отже, механізм управління – це послідовні, взаємозалежні дії циклічного, замкнутого характеру, що звуться фазами. Визначення мети приводить до формування управлінської ситуації.

Організаційно-правовий механізм державного управління – засіб послідовної реалізації організаційних і правових дій, що ґрунтуються на об'єктивних законах, базових принципах, цільовій спрямованості, функціональній визначеності з використанням відповідних методів, орієнтованих на досягнення мети [17].

Досягнення цілей державного управління, як правило, потребує забезпечення ресурсами (фінансовими, кадровими, матеріально-технічними, інформаційними) і нормативно-правовим регулюванням (законні й підзаконні акти). Можна говорити про фінансову, кадрову, матеріально-технічну, інформаційну та нормативно-правову складові державних механізмів [18].

Розглядаючи відношення між процесом і механізмом, слід зазначити, що це відношення між двома взаємопов'язаними процесами, коли перший із них є загальним, а другий – специфічним, тобто призначеним для реалізації першого.

Слід підкреслити, що провідним процесом, який становить основу будь-якої управлінської діяльності, є вироблення і реалізація регулятивних, організаційних і координуючих впливів на всі сфери громадського життя. При цьому механізм об'єднає функції, інструменти, принципи, засоби, які потрібні для реалізації цього процесу. Тому, говорячи про механізм, треба обов'язково вказувати на його елементи – як вони взаємодіють, як працює цей механізм [34].

Отже, управління – це процес, який передбачає реалізацію цілеспрямованих, регламентованих і адекватних управлінській ситуації впливів, що забезпечують максимально раціональне, оперативне та ефективне функціонування керованої системи з метою досягнення поставлених цілей і завдань [16]. Що являє собою процес управління? Узагалі, під ним можна розуміти певні дії, спрямовані, в остаточному підсумку, на узгодження інтересів виробників і споживачів, незалежно від сфери суспільного виробництва [14].

Якщо говорити про охорону здоров'я, то це узгодження інтересів тих, хто організовує та надає медичну допомогу, і тих, хто її одержує, або ж виробників медичних послуг та їхніх одержувачів. Які ж інтереси або потреби в одержувачів і які – у виробників? У одержувачів (пацієнтів) – це доступність, якість, інформація (власне інформація про виробників), у виробників (лікарів) – це повага, визнання, матеріальні стимули, нова інформація й можливість удосконалювати знання. Ну і, звичайно, обом сторонам потрібні чітко визначені та, що найголовніше, нові "правила гри", тому що існуючі вже морально застаріли і не спрацьовують, з огляду на певні розбіжності в задекларованих положеннях і певних діях стосовно системи охорони здоров'я. Це, безумовно, належить до компетенції держави й суспільства, зважаючи на соціальну спрямованість сфери охорони здоров'я. Тобто держава в цьому може виступати в ролі арбітра. А якщо так, то доцільно було б говорити саме про організаційно-правові механізми державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я взагалі і зокрема системи стоматологічної допомоги [34].

Отже, державне регулювання системи стоматологічної допомоги пов’язане зі встановленням певних правил та норм, що регулюють діяльність органів виконавчої влади та місцевого самоврядування по відношенню до системи стоматологічної допомоги. Саме держава в особі її інституцій несе відповідальність перед громадянами за забезпечення права на охорону здоров’я, виконуючи регулятивні функції та здійснюючи відповідний контроль з подальшим застосуванням адміністративно-господарських функцій.

Дослідження проблеми державного регулювання діяльності стоматологічних установ потребує, перш за все, чіткого розуміння відповідного понятійного апарату. Під державним регулюванням мається на увазі здійснення регулятивного впливу держави на суспільні процеси відповідними засобами з метою орієнтації суб’єктів господарювання і населення на досягнення конкретних цілей у межах відповідної державної політики. Водночас, особливості державного регулювання розкриваються відносно тієї чи іншої сфери суспільного життя, зокрема, системи охорони здоров’я. Поняття «державне регулювання діяльності стоматологічних установ” слід тлумачити як певні дії органів державної влади з вироблення, реалізації та вдосконалення регуляторного впливу на розвиток стоматологічних установ з метою забезпечення доступності та підвищення якості стоматологічних послуг для населення.»

Практична реалізація функцій держави відбувається через побудову механізму державного врегулювання, під яким частіше за все розуміють систему, яка за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на об’єкт керування (у даному випадку діяльність стоматологічних установ).

Серед механізмів розробки та реалізації певних напрямів у процесі реформування будь-якої системи виділимо головні: фінансово-економічний механізм реалізації, суспільно-політичний (концепція, стратегія, планування, програмування спільно з суспільними інститутами) – механізм розробки, але всі вони взаємопов’язані і не можуть існувати окремо один від одного, тобто складають єдиний комплексний механізм державного регулювання певних процесів у системі. З ними перетинаються так звані механізми-засоби, до яких можна віднести правові (законодавство, нормативи) – функціональна складова та

інституційні (інституції, інфраструктура) – структурна складова комплексного механізму. Тобто існує єдиний організаційний механізм розробки та реалізації відповідних заходів держави, який здійснюється за допомогою структурних і функціональних складових [34].

У загальному вигляді механізм державного регулювання можна представити як єдиний ланцюг взаємопов'язаних суспільних явищ, опосередкованих державою як суб'єктом управління: потреби → інтереси → цілі → рішення → дії → результати. Сукупність цілей, завдань і функцій держави, що нею практично реалізуються, засобів і методів, які при цьому використовуються, віддзеркалюються державною політикою. Попри законодавче закріплення функцій держави, науковці пропонують власні їх переліки. Так, зокрема, наголошується, що основні (загальні) функції управління визначають послідовність управлінського циклу, за якою здійснюється будь-яка з конкретних (спеціальних) функцій державного управління, а саме: прогнозування → планування → організація → координація → регулювання → мотивація → облік → аналіз → контроль [17]. Усі ці функції взаємопов'язані, і кожна з них повинна бути реалізована у визначений час.

Деякі автори тлумачать "реалізацію функцій держави на практиці через побудову відповідного механізму державного регулювання", який є "системою політичних, економічних, соціальних, організаційних та правових засобів цілеспрямованого впливу органів державної влади (суб'єктів державного регулювання), які здійснюють керівні впливи з урахуванням (в окремих випадках лише декларативно) потреб, інтересів і цілей суспільства, закріплюють їх у своїх рішеннях і практично провадять у життя, спираючись на державну"[53].

Відзначимо, що в Україні ухвалено основи правового регулювання господарчих відносин між регулюючими та іншими органами державної влади та суб'єктами господарювання. Згідно з законодавством України "принципами державної регуляторної політики є: доцільність; адекватність; ефективність; збалансованість; передбачуваність; прозорість та врахування громадської думки" [25].

Узагальнення напрацювань щодо особливостей регуляторного впливу

держави на функціонування системи охорони здоров'я та життя населення [35, 52] дозволило виділити такі принципи державного регулювання забезпечення населення стоматологічною допомогою: законності та правової захищеності – реалізація конституційних прав та дотримання правових норм; узгодженості – пошук компромісу у ланцюгу "держава – органи місцевого самоврядування – медичні установи – населення"; справедливості – забезпечення рівних можливостей для всіх верств населення; пріоритетності – визначення інноваційного розвитку системи охорони здоров'я запорукою поліпшення якості життя населення та підвищення іміджу України на міжнародному рівні; наукової обґрунтованості – широке використання досягнень науки та передового досвіду в процесі розробки та реалізації державної політики щодо підвищення доступності та поліпшення якості медичних послуг для населення; результативності – порівняння фактичного та очікуваного результатів функціонування (наприклад, стоматологічної служби міста); відповідальності – посилення реальної відповідальності представників органів державної влади за неефективні державно-управлінські рішення, а медичних працівників – за низьку якість та недостатню доступність медичних послуг.

На практиці виконавчі органи державної влади застосовують такі адміністративні форми управлінської діяльності: організаційні (регламентування, нормування, інструктування), розпорядчі (винесення постанови, підготовка наказів, розпоряджень, вказівок, резолюцій), дисциплінарні (контроль, нагляд, покарання).

В умовах розбудови ринкових відносин і розвитку демократії застосовуються різні засоби адміністративного впливу (ліцензії, квоти, санкції, стандарти, норми, державні замовлення, граничні та фіксовані ціни та ін.), однак перевагу слід надавати тим з них, які створюють сприятливі умови для самостійних дій об'єктів управління в межах наданих їм повноважень [52].

Правове регулювання відносин у системі охорони здоров'я в Україні здійснюється шляхом прийняття відповідних законодавчих та нормативно-правових актів, а також розроблення механізму їхньої реалізації й контролю їхнього виконання. Вони визначають об'єкт і зміст регулювання, відповідальність

юридичних і фізичних осіб за їхнє невиконання, здійснюючи функцію довготермінового та оперативного правового регулювання. Визначальними в державному регулюванні процесів у системі охорони здоров'я, є саме правові методи. Інші методи регулювання ґрунтуються на правових методах і не відокремлюються від правових.

Методи нормативно-правового регулювання функціонування системи охорони здоров'я та зокрема стоматологічної допомоги базуються на розробці та виданні юридичних норм, які упорядковують відносини між пацієнтами та лікарями, стоматологічними установами та органами державної влади тощо. Так, на удосконалення стоматологічної допомоги в Україні на державному рівні спрямовано низку нормативно-правових актів, серед яких слід проаналізувати такі, що регулюють діяльність відповідної сфери. Зокрема:

- Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 р. № 2801 – визначено правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [22];

- рішенням колегії Міністерства охорони здоров'я України «Про концепцію вищої стоматологічної освіти та надання стоматологічної допомоги населенню" від 15 грудня 1993 р. № 11. – визначені основні засади та шляхи розвитку системи вищої стоматологічної освіти та надання стоматологічної допомоги населенню»;

- постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я і вищих медичних закладах освіти» від 17 вересня 1996 р. № 1138 – дозволено лікувальним і санаторно-профілактичним закладам приймати від хворих плату за надання їм інших (крім перерахованих в постанові) медичних послуг як внесок добровільної компенсації [69];

- постановою Кабінету Міністрів України «Про встановлення повноважень

органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)» від 25 грудня 1996р. № 1548 – визначено конкретні методи державного регулювання цін на відповідні товари, роботи, послуги, які мають застосовувати обласні державні адміністрації. Але кошти, отримані від надання платних послуг, не використовуються на зарплатню медиків, що виключає дію економічного механізму матеріального заохочення збільшення продуктивності праці [85];

- наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях (амбулаторна допомога)» від 22 листопада 2000 р. № 305. – визначено критерії медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на різних рівнях амбулаторної допомоги;

- указом Президента України «Про концепцію розвитку здоров'я населення України" від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 – визначено шляхи забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянинові України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя»;

- постановою Кабінету Міністрів України «Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» від 28 грудня 2000 р. № 1907 – затверджено основні індикативні показники стану здоров'я населення і рейтингової оцінки діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я;

- постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки" від 10 січня 2002 р. № 14 – закріплено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, а також принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я [54];

- указом Президента України «Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002 – 2007 роки" від 21 травня 2002 р. № 475/2002 – визначено комплекс заходів, спрямований на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я щодо забезпечення доступної кваліфікованої стоматологічної допомоги кожному громадянинові України» [94];

- наказом Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства фінансів України «Про затвердження Механізму міжбюджетних розрахунків за медичну допомогу, надану хворим міжобласними медичними спеціалізованими закладами, центрами" від 4 липня 2002 р. № 246/514 – визначено, що для компенсації зазначених видатків бюджету Автономної Республіки Крим, обласного бюджету можуть передбачатися відповідні субвенції із загального фонду бюджетів районів і міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, на території яких проживають хворі, що направляються на лікування до міжобласних медичних спеціалізованих закладів, центрів» [57];

- наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28 грудня 2002 р. № 507. – затверджено нормативи надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги [58];

- указом Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 – визначені шляхи забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу [92];

- Національний план дій «Про невідкладні заходи реформування системи охорони здоров'я населення» фактично представив «Дорожню карту реформування системи охорони здоров'я» [63].

Правове забезпечення стоматологічної допомоги населенню здійснюється відповідними відомчими нормативними актами (наказами) МОЗ України. Зокрема, МОЗ України видано накази стосовно затвердження державних соціальних стандартів щодо надання медичної допомоги в умовах стаціонару та амбулаторно-поліклінічних закладах за лікарськими спеціальностями, серед яких виділено і стоматологічні спеціальності:

- наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Стоматологія" від 23 листопада 2004 р. № 566. [59] – затверджено протоколи надання медичної допомоги

за спеціальністю “Стоматологія” Також затверджено Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями: “Ортопедична стоматологія”, “Терапевтична стоматологія”, “Хірургічна стоматологія”, “Ортодонтія”, “Дитяча терапевтична стоматологія”, “Дитяча хірургічна стоматологія”. Крім того, наказом МОЗ від 22.11.2000 р. № 305 затверджено критерії медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях» [60].

- наказом Міністерства охорони здоров’я України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 4 серпня 2005 р. № 393” від 1 лютого 2008 р. № 39 – внесено зміни до Переліку медичних виробів, що підлягають державній реєстрації (перереєстрації) в Україні (зокрема, засоби для полірування металевих поверхонь, що застосовуються у стоматології, препарати, які називають “стоматологічними восками”, або суміші для одержання зліпків зубів, інші препарати для стоматології)».

Крім того, окремі органи державної влади приймають нормативно-правові акти, які мають відомчий характер, а саме: наказ Служби безпеки України «Про затвердження Інструкції про організацію надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров’я Служби безпеки України» від 8 жовтня 2007 р. № 717; наказ адміністрації прикордонної служби України «Про затвердження Положення про організацію надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров’я та медичних підрозділах органів Державної прикордонної служби України» від 15 квітня 2008 р. № 325.

Варто відзначити, що при спробі Кабінету Міністрів України своєю постановою [69] затвердити перелік платних послуг, що надаються державними закладами охорони здоров’я, Конституційний Суд України визнав це неконституційним та запропонував (справа про платні медичні послуги) шукати вихід із критичної ситуації, яка склалася з бюджетним фінансуванням охорони здоров’я, не у впроваджуванні практично необмеженого переліку оплачуваних медичних послуг, а в розробці та запровадженні загальнодержавних програм, у яких був би чітко визначений гарантований державою обсяг безоплатної медичної допомоги всім громадянам у закладах охорони здоров’я.

Наведений аналіз свідчить про те, що упродовж останніх років напрацьована значна нормативна база, що регламентує організацію надання стоматологічної допомоги населенню України. Проте, діюча нормативна база містить ряд суттєвих протиріч, неузгодженостей, що не дозволяє приймати однозначні ефективні управлінські рішення, в тому числі організаційні, кадрові, фінансові.

Систематизація законодавства в охороні здоров'я переслідує мету приведення нормативно-правового регулювання в інструмент, що забезпечує нормальне функціонування системи охорони здоров'я, найбільш ефективне управління діяльністю системи| охорони здоров'я на користь громадян (пацієнтів та медичних працівників). Вона стосується питань забезпечення надання стоматологічної допомоги та профілактики стоматологічних захворювань та на даному етапі може розглядатися винятково як тимчасовий етап на шляху до вдосконалення систематизації законодавства за всіма напрямами. Так, у зведення законів про охорону здоров'я підлягають включенню приєднанню всі законодавчі акти про медичне обслуговування як стосовно стоматологічної так і інших видів медичної допомоги, фармацевтичну діяльність, санітарно-епідеміологічний нагляд, медичне страхування, приватну лікарську практику та ін.

Економічні методи державного регулювання передбачають різноманітне заохочення економічних суб'єктів до розвитку стоматологічних установ з метою забезпечення доступності та підвищення якості стоматологічних послуг для населення. Задля цього органи державної влади активно використовують відповідні форми державного регулювання: фіскальні (перелік і ставки загальнодержавним і місцевих податків та зборів), соціально-економічні (надання дотацій та компенсацій, податкових та інших пільг; встановлення розміру і частки бюджетних видатків на соціальний захист населення) та ін.

Загальновідомо, що неможливо забезпечити ефективне виробництво товарів чи надання послуг без належного ресурсного забезпечення. Не є виключенням і вітчизняна система охорони здоров'я, яка наразі зіштовхується з двома дуже складними проблемами – катастрофічною нестачею ресурсів та їх нераціональним використанням.

ВООЗ рекомендує формувати бюджет охорони здоров'я за такою структурою: з Державного бюджету 60 % коштів; з коштів медичного страхування, що виділяються роботодавцем, – 30 %, з особистих коштів громадян – 10 %. Таким чином, система фінансування охорони здоров'я будується в основному згідно з бюджетно-страховою системою.

Скорочення фінансування державних стоматологічних установ впливає на якість стоматологічної допомоги та зменшує кількість первинних відвідувань населення до державних стоматологічних закладів [40]. Збільшення витрат на медикаменти, матеріали, інструменти та обладнання збільшують вартість стоматологічних послуг.

Зважаючи на те, що декретована група населення становить у середньому в регіонах 50 – 60 % від складу населення, виникає необхідність поєднання бюджетної та госпрозрахункової діяльності стоматологічної служби [3]. Формування багатоканальної системи фінансування медичної допомоги передбачає створення механізмів поділу всієї системи медичної допомоги на три сектори – державний, суспільно-солідарний та приватний. Багатоканальність фінансування охорони здоров'я має будуватися за трирівневим принципом надання лікувально-профілактичної допомоги: перший рівень – базовий, життєзберігаючий (за рахунок бюджетних коштів), другий рівень – основний, забезпечуваний (за рахунок обов'язкового медичного страхування) і третій, сервісний (за рахунок добровільних внесків відповідно до програм добровільного медичного страхування та платних послуг) [35].

Наголошуючи на необхідності використання всього спектру механізмів державного управління (структурно-організаційних, функціональних, організаційно-управлінських, економічних, правових, як і контрольних та мотиваційних заходів) треба зауважити, що ускладнення стану забезпечення надання медичної допомоги та медичних послуг буде і надалі збільшуватися через такі чинники: зростаючий вплив несприятливого демографічного фактора; неоднозначну суспільну політику; зростання собівартості лікування; скорочення фінансування галузі; посилення конкуренції та погіршення взаємовідносин між

медичними закладами; зростання незадоволення якістю лікування та все більш наполегливим вимогам з боку населення як платника податків і споживача медичних технологій і послуг на предмет обов'язкового і наочного підтвердження належної віддачі від вкладених ними коштів та ін.

Проведені узагальнення [52] дозволили виявити, що практична реалізація функцій держави здійснюється через запровадження механізмів державного регулювання, під якими частіше за все розуміють систему, яка здійснює регуляторний вплив на суспільство.

Таким чином, узагальнення напрацювань провідних науковців та результати власних досліджень сутнісних характеристик вживаного понятійного апарату дозволило забезпечити подальший розвиток поняття «механізм державного регулювання системи стоматологічної допомоги» яке слід трактувати «як складну систему, яка, відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів, здійснює регуляторний вплив на ринок стоматологічних послуг, завдяки чому забезпечує ефективне функціонування цієї системи та поліпшення здоров'я населення».

1.2. Особливості організації стоматологічної допомоги в умовах ринкової економіки

Аналіз розвитку ринку стоматологічних послуг дозволяє зробити висновки, що час його бурхливого, екстенсивного зростання завершилося. Сьогодні сукупна потужність недержавних клінік, які працюють в Харкові, досягла 2500 установ. Приблизно така ж кількість стоматологічних установок знаходиться в системі муніципального та відомчого охорони здоров'я. Темпи приросту кількості нових клінік в Харкові за останні два роки значно знизилися. В середньому за рік число стоматологічних установок збільшується на 50-70 штук (3-4% загальної потужності всіх клінік), тоді як в 2003-2007рр. потужність ринку щорічно збільшувалася на 300-400 установок [33].

Також помітно значне скорочення державної лікувальної стоматологічної мережі - понад 7%. З 2010 року закрито або реорганізовано 28 стоматологічних поліклінік. Мережа лікувально-профілактичних установ, що мають стоматологічні відділення та кабінети, за цей період скоротилася на 7,8% [17].

Всього в Україні сьогодні 10.408 стоматологічних лікувальних установ, тоді як в 2010 році їх було 11.239, тобто скорочено 833 установи, що становить 7,4% [9].

Одночасно відбулося зростання приватних і недержавних організацій. Правда, про діяльність приватного та недержавного сектору в стоматології офіційних федеральних статистичних даних немає, проте відомо, що число недержавних стоматологічних установ в Україні зараз наближається до числа державних. Кількість працюючих в цьому секторі стоматологів в 3-4 рази нижче, ніж в державному через низьку потужність приватних клінік.

Фактично держава зняла з себе відповідальність за подальший розвиток високоякісної і капіталомісткої медицини і переклала її на забезпечених громадян і роботодавців. В результаті розвиток сучасної медицини обмежений зростанням платоспроможності населення і економічною зацікавленістю роботодавців у збільшенні витрат на страхування співробітників [8, 44].

Особливості менеджменту стоматологічних клінік обумовлено, в першу чергу, особливістю самих послуг, їх характеристиками. Так, в ряді вітчизняних і зарубіжних робіт виділяються наступні властивості послуг, які необхідно враховувати при управлінні розвитком медичних послуг як в цілому, так і в стоматології зокрема: невідчутність; невіддільність від джерела; мінливість якості [11, 23].

Медичні послуги неможливо побачити, спробувати на відчуття, дізнатися до моменту їх надання. Невідчутність медичної послуги частково долається за рахунок того, що результат професійної діяльності втілений в самій людині, в його здоров'я, а послуга персоналізується в особі лікаря або медсестри які її надає.

Медична послуга невіддільна від джерела, будь то лікар, медсестра або медичне обладнання.

Якість медичної послуги не постійно. Один і той же лікар може надавати послуги по-різному в залежності від настрою і свого фізичного стану. Стандартизація медичної діяльності сприяє подоланню мінливості якості.

«Медичні послуги виробляються, реалізуються і споживаються одночасно. Система попереднього запису на прийом, чітке дотримання розкладу роботи медичного персоналу - всі ці заходи дозволяють розрахувати максимальне завантаження медичного закладу і відповідно скоординувати управлінські зусилля» [43].

Всі медичні послуги надаються безпосередньо: пацієнт обов'язково повинен відвідати лікувально-профілактичний заклад. Тому обстановка, в якій надаються медичні послуги, грає вкрай важливу роль.

Транспортування медичних послуг обмежена, тобто надання послуг на дому і пацієнта практично неможливо.

Для надання медичних послуг потрібна відповідна кваліфікація персоналу.

Аналізуючи ринок стоматологічних фірм, можна виділити наступні їх характерні типи, які необхідно враховувати при управлінні розвитком [32]:

1 тип. Стоматологічні відділення відомчих поліклінічних установ;

2 тип. Великі мережеві клініки з потужністю понад 25 стоматологічних установок;

3 тип. Великі НЕ мережеві клініки потужністю від 7 до 15 стоматологічних установок або мають кілька філій з сукупною потужністю не більше 20 установок;

4 тип. Клініки потужністю від 3 до 7 стоматологічних установок;

5 тип. Приватні кабінети і клініки потужністю до 3 стоматологічних установок.

До переваг відомчих клінік слід віднести їх популярність, великий досвід роботи на ринку, пристойний рівень і високу комплексність оснащення, серйозну

діагностичну та консультативну базу. Важливим є і можливість комплексного підходу до лікування, включаючи супутню патологію. До основних недоліків слід віднести, перш за все, високу вартість прикріплення, обумовлену високими витратами на оплату утримання значної інфраструктури на тлі недостатнього фінансування з боку відомства. Даний тип клінік досить стійкий до зниження кількості первинних пацієнтів, оскільки має альтернативні доходи з бюджету відомства і від інших видів медичної допомоги [14].

В останні роки отримав розвиток мережевої принцип побудови клінік. Найбільш значущою конкурентною перевагою даного типу клінік є велика пропускна здатність і наявність філій в різних частинах міста, що робить мережі більш привабливими переважно для корпоративних клієнтів. Однак у переваг мережевих клінік є зворотний бік. Мережеві клініки вимагають більш значних фінансових коштів, як для їх створення, так і для проведення масштабної рекламної кампанії. Вимушена орієнтація на масове обслуговування перетворює індивідуальний підхід до лікування в конвеєрний. Це призводить до відтоку висококваліфікованих кадрів. Труднощі з утриманням кваліфікованих лікарів виникають через те, що масове обслуговування можливо при невисоких цінах на послуги, але, при цьому, необхідно платити лікарю ринкову заробітну плату і нести величезні витрати на рекламну кампанію [42].

Клініки третього типу, що мають, в порівнянні з мережевими клініками, меншу пропускну здатність, відповідно вже більшою мірою орієнтовані на індивідуальних пацієнтів. Цей тип клінік більш стійкий в ситуації, пов'язаної зі зменшенням кількості пацієнтів. Однак через меншу потужність і, відповідно, менший потенційний дохід залучення такої ж кількості (в розрахунку на одну установку) потенційних клієнтів за рахунок реклами обходиться цим клінікам дорожче.

Клініки четвертого типу, не маючи ні великої пропускної здатності, ні значних коштів на рекламу, змушені орієнтуватися майже виключно на приватну клієнтуру. Залучити й утримати її ці клініки можуть тільки за рахунок наявності в

штаті висококваліфікованих лікарів. Лікар в такій клініці практично стає партнером засновників. Така серйозна залежність призводить до ще більшого збільшення витрат на утримання лікарів, що лише частково може бути компенсовано збільшенням вартості послуг. Оскільки апетити лікарів ростуть швидше, ніж ціни на їхні послуги, цей процес неминуче призведе або до банкрутства клініки, або до відходу з неї занадто дорогих лікарів.

Клініки 5 типу характеризуються дуже маленькою потужністю і, як наслідок, дуже обмеженим спектром стоматологічних послуг. Це має на увазі їх виняткову орієнтацію на приватного клієнта і спеціалізацію по одному-двом напрямкам стоматологічної допомоги. Клініки цього типу в більшості своїй були створені лікарями-стоматологами як приватні кабінети і в міру накопичення лікарем клієнтури трохи розширювалися. Основою їх доходів є не просто приватні пацієнти, а, перш за все, пацієнти кожного конкретного лікаря. Ці клініки найбільш стійкі на ринку, так як рівень їх постійних витрат невисокий, необхідність в рекламі мінімальна, і рівень зарплати лікаря і витрати на розвиток клініки фактично визначаються і контролюються ним самим [42].

Щорічно на стоматологічний ринок приходять нові і нові підприємці. Заробивши гроші в інших сферах бізнесу, вони вкладають в організацію своєї клініки сотні тисяч доларів, закуповують дороге обладнання, роблять євроремонт і через якийсь час нерідко терплять фіаско. Рівень ротації (відкриття / закриття) в приватній стоматології, в принципі, не дуже високий, і становить менше 10%, але мало хто бажав би опинитися в числі клінік, які не витримали «перший бій».

Причина руйнування проста: дилетантство, наївні уявлення про приватну стоматології, неправильний вибір приміщення для розміщення клініки, невдале зонування, невміння прораховувати стратегію бізнесу, знайти родзинки, налагодити управління некерованими здавалося б фахівцями, вибудувати клієнтський сервіс [37].

Професіонали стоматологічного ринку вважають, що неуспіх деяких стоматологічних проектів зовсім не в помилках управлінського або

економічного характеру. У цього бізнесу є два серйозних відмінності, не врахувавши яких не можна домогтися успіху.

Перша особливість лежить на поверхні. Справа в тому, що стоматологічна клініка – то небагато в сфері послуг, куди клієнти ходять аж ніяк не по любові, а без бажання і через силу. Якщо хтось із клієнтів направляється в ресторан, салон краси, боулінг чи кінотеатр, то він йде за радістю, за задоволенням. І тільки в стоматологічну клініку, як і в похоронне бюро, клієнт направляється пригнічено, без надії на диво [31]. Але це диво йому можна дати, знявши психологічну напругу, чимось здивувавши, змінивши настрій з негативного до позитивного. Ці маркетингові ходи спочатку закладаються успішними клініками в свою концепцію.

Друга особливість стоматологічного бізнесу полягає в органічній неможливості пацієнтами об'єктивно оцінити якість послуг. Практично ніхто не в змозі відрізнити істинно ювелірну техніку метра від роботи звичайного коновала, оцінюючи результати лікування тільки на рівні "болить - не болить, заважає - не заважає жувати" і т.п. В цьому випадку, для успіху бізнесу поняття "бути" і "здаватися" стає майже тотожними з точки зору економічних результатів [22]. При цьому ретельно продумане позиціонування клініки здатне принести на чашу ваг більше грошових знаків, ніж "золоті ручки" маестро від стоматології.

При побудові дослідження в даній роботі ми повинні були врахувати специфіку стоматологічних клінік: відтворення специфіки приватних стоматологічних клінік як організацій особливого типу. Зіштовхнувшись зі слабкою вивченістю специфіки стоматологічних клінік, ми ще до проведення емпіричного дослідження спробували побічно відтворити деякі риси аналізуємих організацій, співвідносячи їх з рисами раніше обстежуваних організацій, докладно описаними в літературі. Вирішуючи цю задачу, ми виходили з уявлення, що багато рис цих організацій на основі відповідної літератури можуть бути реконструйовані через причетність клінік до організацій: - комерційним; - сервісним; - приватним; - малим; -

спеціалізованим; - медичним; - організаціям підприємницького типу [33]. В ході реконструкції специфіка приватних стоматологічних клінік була охарактеризована наступним чином.

По-перше, зазначені клініки причетність до групи медичних організацій. З цього випливало, що:

– тут, як і в будь-якому іншому типі медичних організацій, використовувався специфічний спосіб індивідуальної роботи з клієнтом, названий «інтенсивною технологією». Вона характеризувалась підвищеної гнучкістю, постійною зміною і корегуванням лікарем методів роботи з хворим в залежності від реакції останнього на попереднє лікування;

– для зазначених клінік була характерна висока автономія лікарів і відносно слабке кооперування їх діяльності. Йшлося про тип низько-кооперованих і непрямих взаємодіях між лікарями, іменованому «колективним типом залежності»;

– керівництво організацією не могло здійснюватися через координацію діяльності лікарів за змістом. Оптимальним способом координації було введення обмеженого набору обов'язкових для всіх лікарів і робітників однакових правил і контролю за їх дотриманням;

– для керівництва клінік гостро стояла проблема контролю за діяльністю персоналу. Керівнику було важко проконтролювати, які послуги лікар реально надав клієнтові; був утруднений і контроль за якістю послуг, що надаються. У лікарів були можливості паралельно працювати в інших фірмах, «красти» у своїй фірми клієнтів, отримати з клієнта оплату в обхід каси клініки. Процес ОР в клініках такого типу як правило зв'язувався з розширенням обсягу клієнту послуг що надаються (диверсифікацією) і збільшенням числа клієнтів.

По-друге, зазначені клініки розглядалися як комерційні сервісні бізнес-організації. Специфіка бізнесу полягала в тому, що клініки займалися наданням популярних платних послуг. Справа в тому, що в Україні існує висока «ураженість» населення захворюваннями стоматологічного профілю; для країни характерний низький рівень стоматологічних послуг в медичних

організаціях державного сектору; ринок стоматологічних послуг характеризується високою диференційністю споживчого попиту; багато пацієнтів готові оплачувати якісні стоматологічні послуги; побудова цього бізнесу і роботи в ньому не потребують від підприємців великих фінансових вкладень; стоматологічна галузь медицини досить розвинена. Вона володіє мережею лікувально-профілактичних установ і особистою системою підготовки кадрів. Приватні клініки можуть використовувати різноманітні форми оплати послуг. Вони можуть працювати як в рамках системи добровільного медичного страхування, так і за готівковий розрахунок. Ринок стоматологічних послуг на комерційній основі співіснує з клініками державного сектора, займаючи в ньому «середній» і «верхній» сегмент платних стоматологічних послуг. Приватний сектор розглядається не як замінюючий, але як який доповнює державний. Розвиток клінік цього типу пов'язано з розширенням числа клієнтів і асортименту послуг. При цьому воно зазвичай визначаються збільшенням розміру організації (числа співробітників); створенням нових відділень або філій; освоєнням нових видів лікарських послуг [20].

По-третє, дані клініки, як правило, належать до групи малих організацій. Хоча на зазначеному секторі ринку працюють і досить крупні організації, переважна більшість клінік зрідка має більше 50-ти лікарів. Для системи керування такими організаціями характерні:

– слабка розвиненість і низька спеціалізація управлінської діяльності;

– відсутність або обмежене число професійних менеджерів;

– незначне число функціональних фахівців;

– нерозвинені в порівнянні з великими комерційними організаціями управлінські структури [5]. Тут переважають малоповерхові слабо ієрархізовані керівницькі піраміди.

По-четверте, більшість вказаних клінік належить до групи організацій сімейного або підприємницького типу. Їх типові риси:

– поєднання функцій володіння і управління організації в одній особі;

– часте поєднання управлінських функцій (на рівні першого керівника) організації з базовими (лікарськими) функціями;

– слабке розділення праці в системі управління;

– мінімальне число функціональних фахівців; д) досить слабка формалізація ділових відносин [40].

Таким чином, провівши попередню характеристику ринку і розвитку стоматологічних клінік на ньому, а також визначивши їх основні риси та типи, перейдемо до розгляду питання вивчення існуючих дослідження щодо розвитку стоматологічного бізнесу в цілому.

1.3. Огляд існуючих досліджень особливостей розвитку стоматологічного бізнесу

Протягом багатьох років різних цікавить питання методології, особливостей і правил, яким підпорядковується розвитку різних фірм.

Вже згадана в даній роботі тема присвячена організаційним аспектам розвитку фірми, тобто вирішення проблем менеджменту, характерних для певних етапів розвитку фірми [13]. Існують дослідження, які показують, що розвиток більшості харківських приватних стоматологічних клінік добре описується в термінах теорії життєвих циклів (а не, наприклад, стратегічного управління).

Розглянемо матеріали багатолітніх спостережень і емпіричного дослідження приватних стоматологічних закладів, проведеного В.Н. Ермолаєвим в 1999-2003 рр. за участю і під методологічним керівництвом професора В.В. Щербиною [5, 40, 15, 41, 33].

В якості ознак ОР використовувались: – показники збільшення (розмір організації); – рівень структурної диференціації; – рівень диверсифікації діяльності.

З урахуванням специфіки досліджуваних організацій відібрані показники ОР фіксувалися у вигляді наступних індикаторів:

– виживання організації – показники «народжуваності» і «смертності» організацій; співвідношення рівня їх «народжуваності» і «смертності»; зміни темпів їх чисельності на рівні «організаційної популяції» до попереднього року;

– розмір організації – число стоматологічних установок; чисельність персоналу в даній організації (загальне число персоналу, число лікарів);

– диверсифікація – число реально клінікою послуг, що надаються;

– структурна диференціація, число відділень і філій.

В роботі було висунуто безліч гіпотез, розглянемо лише деякі. Так, була проведена перевірка гіпотези про ОР як природного, закономірний процес структурних змін організації, що протікає на рівні одиничної організації. Дана гіпотеза базується на трактуванні змісту ОР як природного, закономірного і по-етапного процесу спрямованих структурних змін, що протікає на рівні одиничної організації і обумовленою самою природою організацій. Зазначене твердження сходило до розробок Т. Парсонса, Ф. Селзника, Г. Саймона в сучасній теорії організацій, отримала продовження в роботах П. Лоуренса і Дж. Лорше і найбільш повне втілення в теорії життєвих циклів (І. Адізес, К. Боулдинг, Р. Грінвуд, Л. Грейнер, Б. Хайн і та ін.)

Для емпіричної перевірки цієї гіпотези її положення були представленні у вигляді двох тверджень: – що рівень ОР і фактор її віку дійсно тісно взаємопов'язані; – що процеси ОР дійсно протікають на рівні одиничної організації [12].

В даному дослідженні підтвердився тезу про те, що на рівні всієї обстежуваної організаційної популяції в часі дійсно протікав процес укрупнення, диверсифікації та структурної диференціації входять в неї організацій на тлі неухильного, хоча і нерівномірного збільшення чисельності клінік в рамках всієї популяції .

Цей процес дійсно можна було описати як процес, що протікає по природній логіці: ОР міг розглядатися як функція від віку всієї організаційної популяції. На рівні всієї популяції число приватних стоматологічних закладів в Харкові з 2004 по 2018 р. поетапно збільшувалася. Воно становило на кінець

2004 р. 7 одиниць; 2008 р. – 40; 2014 р. – 468; 2018 р. – 672. За цей же період частка організацій, збільшившихся з моменту виникнення серед всіх діючих на кінець 2018 року, склала близько 80%. Середній обсяг послуг на одну клініку зріс з 2,2 до 3,28. Частка організацій, що збільшили число філій і відділень, склала 30% від всієї популяції.

Закономірність же процесів ОР на рівні всієї популяції проглядалась відповідно до процесів в логіці теорії життєвих циклів, які спостерігалися. Хоча містяться в цих моделях і закладені в цих теоріях етапи розвитку організацій, створених на основі вивчення бізнес-організацій Заходу, не відповідали в точності етапах розвитку реальних стоматологічних клінік, загальна логіка цих процесів збігалася [16, 19, 21].

У більш розвинених організаціях (високий рівень ОР) спостерігалася велика раціоналізація систем управління (модель І. Адізеса). Так, якщо частка організацій, що впровадили посадові інструкції серед клінік з високим рівнем ОР, становила 66,7%, то серед клінік із середнім і низьким рівнем ОР вона була 38,4%. і 25%. Частка клінік, що впровадили системи контролю за діяльністю лікарів серед організацій з високим і середнім рівнем ОР, склала 56,2%, а клінік з низьким рівнем – 0%. Функція управління персоналом як важливої і окремої управлінської функції в розвинених організаціях розглядались 50% керівників, в середньорозвинених – 36,97%, а в слаборозвинених лише 20%. Серед розвинених організацій частка клінік, де апарат керівництва крім першого керівника включає і інших представників керівничого персоналу, становить 80,7%, а серед середньорозвинених і слаборозвинених організацій – 45,4% і 0%.

У той же час ми емпірично спростували гіпотезу про те, що процес ЗР може бути описаний в прив'язці до одиничної організації. Вік одиничної організації не корельований позитивно з рівнем ОР, і навіть навпаки. Серед найбільш старих організацій організації з високим рівнем ОР були відсутні зовсім, а частка клінік з найнижчим показником ОР була найвищою (28,6%). Для порівняння, серед клінік середнього і молодого віку частка клінік з високим показником ОР становила відповідно 36,7% і 33,3%. а з низ-ким – 18,4% і 0%.

Зазначена тенденція простежувалась не тільки за інтегральним, але і по приватних показниками ОР. Серед старих організацій найбільші клініки (20 і більше лікарів) були відсутні зовсім, в організаціях же середнього і молодого віку їх частка склала відповідно 27,6%, і 66,7%. Саме серед старих організацій була виявлена максимальна частка клінік, що надають мінімальний набір послуг (дві). Їх частка в цій групі склала 28,67, в той час як в групі середніх і молодих клінік вона склала відповідно 11,1% і 0%.

Чи не проглядалося прямий позитивний вплив віку клініки і на показник структурної диференціації організації. Серед старих клінік з найбільшим числом відділень (три і більше) вони зовсім були відсутні; частка ж клінік, що мають лише одне відділення, склала 85,7%. У групі середніх за віком і молодих клінік частка організацій, що мають три відділення і більше, склала 20% і 33%. Організації ж, мають лише одне відділення, в цих групах зовсім відсутні.

Серед організацій, в мінімальному ступені схильних до «смертності», були зафіксовані найбільші (показники: чисельність персоналу, число лікарів, число установок) з найбільшим числом відділень або філій і великим числом послуг. Найбільш схильні до «смертності» організації невеликого розміру, як правило, не мають філій і відділень показують мінімальне число послуг. При цьому «смертність» дрібних, слабо структурованих організацій і слабо диверсифікованих клінік за вказаними ознаками в 1,5-2 рази перевищувала «смертність» великих, більш структурованих організацій.

З наведених даних можна було зробити наступні висновки.

1. Модель ОР, відома з часів Т. Парсонса і Ф. Селзника як «природна модель розвитку організації» і описує ЗР як направлений і закономірний процес структурних змін організацій, що виявляється в збільшенні розміру, структурної диференціації організацій і диверсифікації, дійсно застосовна до опису процесів організаційних змін приватних стоматологічних клінік Харкова. Але вона придатна тільки для опису процесів, що протікають на рівні організаційної популяції.

2. Частково може бути застосована для опису процесу ОР на рівні організаційної популяції і та версія природної моделі організацій, яка іменується «теорією життєвих циклів організації» (І. Адізес, К. Боулдинг, Л. Грейнер, Б. Хайнінгс, Р. Грінвуд). Хоча процеси ДР не є функцією віку одиничної організації, це не виключає використання моделі теорії життєвих циклів для оцінки стадії і опису логіки розвитку організаційної популяції. По-перше, приміряючи критерії ОР, запропоновані, наприклад, І. Адізесом, для одиничної організації, ми цілком можемо ідентифікувати і стадію ЗР на рівні всієї організаційної популяції. Як відомо, останній поклав в основу визначення стадій ЗР зміну співвідношення темпів розвитку бізнесу до рівня розвитку системи управління організацією. Якщо оцінювати стадію розвитку організаційної популяції в логіці моделі І. Адізеса за цим критерієм, то ідентифікація рівня розвитку популяції з цієї моделі виявляється цілком виправданою. Розвиток відбувається за логікою наростання тенденції до впорядкування бізнесу і раціоналізації управління. Крім того, модель досить адекватно описує перші фази процесса ЗР і на рівні виділених Адізесом стадій ОР. Як видається, вся організаційна популяція вже пройшла стадію раннього формування («виходжування» і «дитинство»), велика частина організацій завершує стадію «давай-давай», яка характеризується бурхливим і неврегульованим розширенням бізнесу при досить слабкому інтересу до проблем управління. Найбільш же розвинені організації, схоже, боязко переходять на стадію «юності», що характеризується тенденцією до більшої впідпорядкованості бізнесу в поєднанні із зусиллями керівників по раціоналізації керівництва організацією.

3. Однак обидві ці моделі застосовані для опису процесів ЗР вказаних клінік лише з серйозним застереженням. Вони досить адекватні лише коли описують процеси ДР не на рівні одиничної організації, а на рівні організаційної популяції (екологічна модель ОР - М. Хеннон і Дж. Фрімен).

4. Єдина організація не може розглядатися як одиниця аналізу для опису процесу ЗР стоматологічних клінік. Як видається, це відбувається, як мінімум, з

двох причин: по-перше, як відомо з досліджень організаційних екологів (А.Хоулі), старі організації завжди проявляють меншу пластичність, ніж молоді; по-друге, вони демонструють добре відомий ефект, позначений А. Стінчком як феномен «структурної інерції»: а) такі організації зберігають всі ті риси, які були оптимальні з точки зору розвитку бізнесу в період їх виникнення; б) їх реакції істотно запізнюються по відношенню до зміни реальних умов їх діяльності.

5. Процес ОР, описуваний на рівні організаційної популяції, точно відповідно до моделі організаційної екології проявляє себе як тенденція до поетапного збільшення частки розвинених організацій. Оскільки пояснити цей процес розвитком окремих органів не можна, цілком логічно говорити про поступове витіснення старих організацій з низьким рівнем ЗР з ринку стоматологічних послуг і, відповідно, з складу організаційної популяції.

6. Ця тенденція теоретично можна зрозуміти в рамках екологічної моделі ОР. Справа в тому, що все більше молоді організації виникли в менш сприятливих умовах для розвитку, ніж старі. Вони формувалися в умовах наростання конкуренції і звуження екологічних (ресурсних) ніш. Щоб вижити в цих умовах, ці організації спочатку змушені були створювати більші, більш диверсифіковані і диверенційовані структури. Такі організації, краще пристосовані до виживання в жорсткому конкурентному середовищі, більше відповідають вимогам роботи в умовах звужуються ресурсних або екологічних ніш.

Стан зовнішнього середовища як об'єктивно важливий фактор життєдіяльності організацій.

Аналіз в цілому підтвердив правомочність гіпотези про звуження екологічних ніш і об'єктивному вплив зовнішнього середовища на поведінку організацій.

На рис.1.1. простежує динаміку «народжуваності», «смертності» і відносного приросту зазначених організацій. В динаміці абсолютного зростання числа клінік, що діють в Харкові, тенденція до насичення ринку не проглядається.

Число клінік неухильно росло на всіх етапах розвитку популяції і досягло максимуму в 2018 р. (останній рік, за яким ми мали відповідні дані) - 672 клініки.

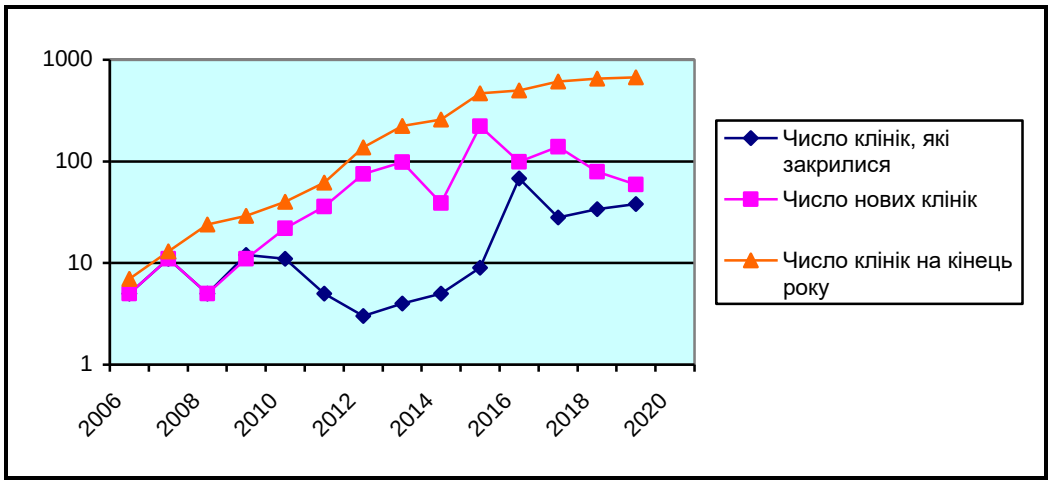

Рисунок 1.1. Число стоматологічних фірм які відкрилися і закрилися за підсумками року, а також загальна кількість фірм на кінець року в період 2006-2020рр. [33]

Однак коли досліджувалися дані про відносний приріст числа клінік за цей період, з'ясувалося, що ринок стоматологічних послуг в Харкові близький до насичення. Якщо з 2006 по 2020 р. число організацій діючих на ринку Харкова клінік збільшилася в 5,7 рази, з 2011 по 2012 р. - в 11,7, то в 2013-2020 рр. лише 1,4 рази. Починаючи приблизно з 2013 р, в період, який співпав з відомою фінансовою кризою в країні, в цілому на ринку стоматологічних послуг спостерігався процес явного звуження ніші, що стимулювало зниження темпів приросту клінік по популяції. Такі умови діяльності організацій в спеціальній літературі зазвичай називають переходом до ситуації насиченого ринку і високої конкуренції. Саме з цього моменту зовнішнє середовище зазвичай розглядається як вельми значущий фактор життєдіяльності організації і як рубіж для переходу до режиму функціонування організації, іменованого моделлю організації як відкритої системи. Однак, як ми з'ясували раніше, керівники клінік не розглядають зовнішнє середовище як фактор, який слід відстежувати і враховувати при визначенні своєї політики на ринку, і як і раніше працювали в режимі моделі закритих систем.

Вік клініки як фактор, що підвищує її здатність до виживання. Ще під час перевірки гіпотези про природну логіку розвитку організації ми висловили припущення, що старі організації поводяться як консервативні системи, демонструючи феномен структурної інерції. Однак перед нами постало питання: як можуть виживати старі (як правило, невеликі і слабо структуровані організації, що демонструють низькі показники ОР) в ситуації зростання конкуренції на ринку і звуженні екологічних ніш? Ситуація виглядала тим більш дивно, що з сорока аналізованих нами організацій, старі (створені в 2004-2011рр.) становили найбільшу групу – 42,2%.

У підсумку ми звернулися до перевірки широко відомого і описаного в літературі положення в теорії організацій (І. Адізес, Т. Берні, А. Хоулі і ін.), Що хоча молоді організації найбільш гнучкі, пластичні, швидше реагують на зміни зовнішнього середовища, вони, на відміну від більш зрілих, менш адаптовані до реальних умов і менш здатні до виживання. Для підтвердження або спростування цієї гіпотези на прикладі стоматологічних клінік Харкова ми зробили спробу співвіднести показники віку сорока клінік з показниками їх «смертності».

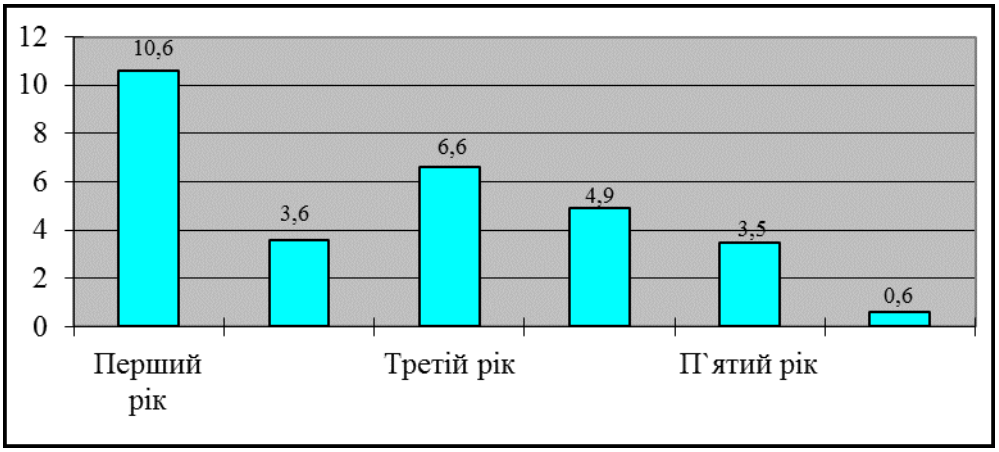

Рисунок 1.2. «Смертність» 594 стоматологічних фірм Харкова, створених в 2005-2020 рр. (В залежності від року існування) [41].

Як показано на рис.1.2., вік організації дійсно виявився важливим фактором, безпосередньо пов'язаним з показником виживання організацій. Максимальна «смертність» клінік доводиться на молоді організації, що

проіснували на ринку менше року (10,6%). Починаючи з третього року існування клінік, їх «смертність» неухильно знижується. Що стосується організацій, що проіснували на ринку 6 років (ми не мали даних про виживання клінік більш зрілого віку), їх «смертність» була в 16 разів нижче, ніж у організацій на першому році існування.

Висока «смертність» молодих організацій цілком з'ясовна теоретично. Народження організації – це одна з найсерйозніших і небезпечних фаз в її становленні. У логіці І. Адізеса періоду життя молодих організацій відповідають дві фази розвитку організації: «виходжування» і «дитинство», з типовими для цих фаз кризами. Знову виникла організація вимагає залучення значних інвестицій, вона ще не визначила свого місця на ринку послуг, не визначилася з переліком послуг, що надаються, ще не знайшла постійних клієнтів, не виробила і не інституціоналізованої форми своєї діяльності. Саме тут закладені потенційні у грози її виживання.

Що стосується виживання старих організацій, структурний розвиток яких, як зазначалося вище, часто не відповідає рівню розвитку ринку, то тут висока здатність до виживання (вступає в протиріччя з їх нерозвиненістю) обумовлена тим, що ці клініки створювалися в період, коли ринок стоматологічних послуг був ще слабо насиченим, а конкуренція була слабкою. Їх структура і розмір були цілком адекватні стадії розвитку самого ринку. Це забезпечило їм виживання на першому етапі їх життєдіяльності. Вони були цілком ефективними, навіть будучи невеликими за розміром, слабо диверсифікованими і структурованими. Але саме в цей період вони набули клієнтів, визначили цінову нішу, виробили форми діяльності та управління. На нинішньому етапі розвитку ринку старі організації продовжують працювати в тому ж режимі, демонструючи феномен «структурної інерції». Незважаючи на структурну нерозвиненість і всупереч умов, що змінилися функціонування НАТО і ЄС виживають в нових умовах. Справа в тому, що вони: – вже мають сформованим колом клієнтів; – вже займають певні ринкові ніші, на які новим клінікам претендувати складно; – уже знайшли досить стабільний персонал; –

вже створили і інституціоналізованої форми базовій діяльності та методи у правління.

Підсумовуємо висновки, зроблені на основі результатів дослідження.

1. Організаційні зміни в стоматологічних фірмах не здійснюються в рамках стратегій, вироблених керівниками.

2. Зміни розміру і структури стоматологічних фірм диктуються внутрішньою логікою їх розвитку, яка може бути описана в рамках теорії життєвих циклів Адізеса.

3. Частина організаційних змін може бути описана в термінах инвайронментальной концепцій і теорії інституціонального ізоморфізму.

4. Збільшення розміру стоматологічних фірм супроводжується зміною організаційної структури: формалізацією контролю, делегуванням повноважень.

5. Фірми, які збільшили розмір, але не змінили свою структуру, через деякий час скорочуються до розміру, що дозволяє їх засновникам контролювати їх в рамках простих структур.

6. Здатність до адаптації стоматологічних фірм обмежена.

7. Розвиток галузі супроводжується збільшенням числа видів фірм за розміром, рівнем цін на послуги, асортименту послуг, типу організаційної структури і т.д.

8. Інновації виникають в умовах, коли існуючі зразки діяльності перестають приносити результат.

9. Інноваційні зразки можуть бути як результатом запозичення у конкурентів і фірм інших галузей, так і результатом діяльності менеджерів.

10. Інновації, які довели свою життєздатність запозичуються іншими фірмами на ринку.

11. Результат впровадження інновації непередбачуваний.

12. Невдалі інновації завдають шкоди, фірмам їх запровадив.

13. З віком залежність стоматологічних фірм від зовнішнього середовища, від ринку знижується.

14. Факторами, що впливають на поточну економічну ефективність стоматологічних фірм є: великий розмір (ефективність середніх і великих фірм вище, ніж дрібних); складна організаційна структура, що має на увазі; наявність управлінського персоналу; наявність формальних процедур контролю; наявність посадових інструкцій; наявність системи премій і штрафів; відносно висока плинність кадрів (в низькоефективних фірмах плинність кадрів практично відсутня); перехід власників фірм - лікарів освітні послуги від лікарської практики до управлінської роботи.

15. Факторами, позитивно впливають на виживаність стоматологічних фірм є: розмір (великі фірми – більш життєздатні, ніж дрібні); вік (з віком смертність знижується).

Таким чином, ми розглянули практичні моделі розвитку стоматологічних фірм, проте потрібно розглянути в подальшому питання теоретичних концепцій управління.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ НА ПРИКЛАДІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

2.1 Загальна характеристика Університетського стоматологічного центру

Стоматологія – це окрема галузь медицини, яка вивчає етіологію та патогенез хвороб зубів, органів порожнини рота та щелепно-лицевої області, розробляє методи їх діагностики, лікування та профілактики.

Стоматологічною діяльністю визнається професійна діяльність осіб, що мають Сертифікат про право на здійснення стоматологічної діяльності, яка здійснюється шляхом надання стоматологічної допомоги (профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної) при отриманні інформованої згоди пацієнта чи законного представника (за виключенням невідкладних станів пацієнта), а також система заходів щодо організаційного, матеріально-технічного, санітарно-протиепідемічного забезпечення надання стоматологічної допомоги [26, 27].

Стоматологічна діяльність може здійснюватися у організаційних формах, які визначені Законом:

- стоматологічна практика;
- стоматологічний центр (клініка);
- університетська стоматологічна клініка.

Стоматологічна практика – це вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями з дотриманням встановлених законодавством вимог з метою надання стоматологічної допомоги.

Стоматологічний центр (клініка) – це заклад охорони здоров'я з організації та надання стоматологічної допомоги зі статусом юридичної особи, який може мати структурні підрозділи іншого медичного профілю.

Університетська стоматологічна клініка – це заклад охорони здоров'я, який є лікувально-навчальним та науковим структурним підрозділом вищого навчального закладу або закладу післядипломної освіти. Головною метою діяльності університетської клініки є надання стоматологічної допомоги, забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації студентів, інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, медичних працівників стоматологічного профілю за стандартами вищої освіти, проведення науково-дослідної роботи, розробки, апробації та впровадження нових медичних технологій в галузі стоматології [7, 18, 4].

В реаліях справжньої дійсності можна говорити про те, що український ринок поступово стає ринком, з усіма властивими нормальному ринку рисами і явищами, і, хоча, пройде ще чимало часу, перш ніж ми зможемо сказати, що в Україні дійсно склався цивілізований ринок, по всьому видно що рух в цьому напрямку є. Все більшого значення почали набувати якість продукції і послуг, технології, зниження витрат, підвищення ефективності функцій управління, компетенція персоналу [10].

Ринок надає рівні можливості, але успіху досягають одиниці. За статистикою до 80% новостворених компаній не доживають до 2-х річного рубежу. Не кращим чином складається становище і у підприємств, які працювали ще за часів СРСР [38]. Не багатьом з них вдалося піднятися в нових економічних умовах. Причини їхнього успіху цілком зрозумілі - ефективне управління.

Розвиток ринку компаніям, які займають свою нішу, так і тільки тим що виходять на ринок, доводиться все складніше. І це пов'язано не тільки з високим рівнем жорсткої конкуренції, великою кількістю товарів і послуг аналогічного типу, перенасиченням рекламних та інформаційних потоків, зростаючими вимогами споживачів до всіх якісними параметрами, включаючи

ергономічність, естетичність та інших аспектів, кількісно заміряти які досить складно. Проблеми також пов'язані і з постійними змінами кон'юнктури і ємності ринку, а також інноваціями, які прагнуть завоювати всі великі частки [6, 35].

В умовах жорсткої конкуренції, що склалася на ринку стоматологічних послуг підвищення якості управління клінікою є найдієвішим способом досягнення більш високого рівня прибутковості і, як наслідок, конкурентоспроможності клініки. На жаль, дуже часто основними критеріями для оцінки стану клініки служать кількість первинних пацієнтів і валова виручка. Як відпрацьовуються ці пацієнти, на чому заробляють гроші і, найголовніше, які втрати клініки і з чим вони пов'язані, залишається поза увагою керівництва. Досвід показує, що при неефективній політиці управління, збитки, що виникають через передчасного відтоку пацієнтів з клініки, досягають дуже великих розмірів.

Проблема організаційного розвитку (ОР) як і раніше залишається актуальною в сучасній організаційній науці. У науці сьогодні існує кілька десятків різнорідних, іноді взаємовиключних представлень про зміст, логіку і механізм ОР.

Для української науки та управлінської практики гостро стоїть питання про можливість застосування моделей, створених в рамках західної теорії організацій, для опису процесів у вітчизняній організаційної реальності. За рідкісним виключенням, практично всі застосовувані у нас моделі ОР створені на Заході. В основі їх лежить вивчення поведінки організацій, що діють в зовсім іншій культурній, соціальній і економічній реальності. Характерно, що типові для першої половини 1990-х рр. спроби прямого копіювання модних на Заході схем управління і логік ОР в ряді великих ділових українських організацій часто створювали серйозні проблеми для їх функціонування. Емпіричні ж дослідження, спрямовані на виявлення виправданості застосування тих чи інших західних моделей організаційного розвитку до української специфіки, в країні практично не проводились [28].

Основні положення теорії організацій сформувалися переважно на матеріалах досліджень великих виробничих і комерційних організацій. Незважаючи на достаток публікацій з проблеми розвитку малого бізнесу в країні існує проблема дефіциту досліджень функціонування та специфіки розвитку малих організацій. Навіть на Заході, де роль малих комерційних організацій в економіці традиційно велика (їхня частка у валовому внутрішньому продукті цих країн сягає 55-60%), виникає проблема застосування цих моделей до опису процесів в малих організаціях. У нашій країні такі дослідження поодинокі [25].

Найважливіша проблема застосування моделей організаційного розвитку, створених за результатами дослідження виробничих і комерційних організацій, для опису процесів, що відбуваються в медичних організаціях. Серйозні роботи, спрямовані на вивчення проблем ЗР у медичних організаціях, малочисельні, і вони описують головним чином поведінку великих медичних організацій.

Університетський стоматологічний центр (УСЦ) позиціонується на ринку стоматологічних послуг міста Харкова з 2006 року і пропонує широкий комплекс послуг з протезування, імплантації, а також послуги зуботехнічної лабораторії.

Стоматологія в Харкові як і стоматологічна галузь в усьому світі, стрімко розвивається, пропонуючи все нові і нові методики і матеріали для протезування зубів і їх лікування. В УСЦ здійснюються всі види стоматологічної допомоги на високому професійному рівні з застосуванням дорогого обладнання, а також останні досягнення і технології в стоматології.

В УСЦ дуже дорожать своїми пацієнтами. На підтвердження того, існування накопичувальної програми знижок, яка діє на всіх членів сім'ї, а також щорічне проведення акцій з безкоштовного лікування. У клініці надається ряд корпоративних програм табл. 2.1.

У ціновій політиці можна сміливо сказати, що ціни на всі види послуг низькі (з урахуванням співвідношення якість = ціна). З кожним пацієнтом

укладається договір надання стоматологічних послуг, в якому організація бере на себе зобов'язання на надання якісних і безболісних послуг, з поданням гарантій.

Таблиця 2.1 Корпоративні програми

Корпоративна знижка на лікування	Необхідна кількість придбаних програм	Ціна однієї програми (грн)
20 %	від 2 до 5	60.000
25 %	від 5 до 10	50.000
30 %	від 10 до 15	40.000
35 %	від 15 та більше	35.000

У кадровій політиці керівництво клініки зробило ставку на лікарів майстер-класу, що проходили післядипломну освіту на провідних кафедрах Харківського Національного Медичного Університету і які постійно себе вдосконалюють як фахівці. Практично всі лікарі працюють з дня утворення УСЦ. Підбір кадрів здійснювався не тільки з професійної придатності, а ще й по людським критеріям, які просто необхідні для даної професії лікаря. Організаційна структура клініки представлена на рис. 2.1.

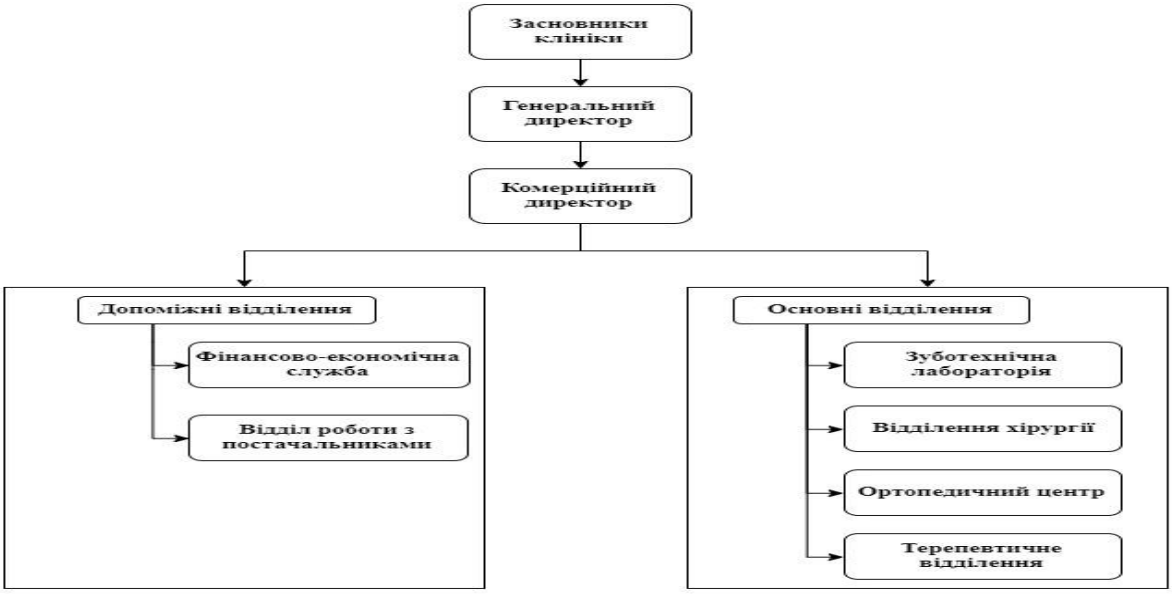

Рисунок 2.1. Організаційна структура клініки

Чисельність персоналу клініки становить 28 осіб. Штатний розклад представлено на таблиці 2.2.

Діяльність УСЦ регламентується і регулюється більш ніж 100 нормативно-правовими документами, що описують як загальні питання регулювання (кодекси), спеціалізовані (закони, постанови, накази, які регламентують медичні послуги, нормативні акти), документи, що регулюють загальні нормативно-правові основи безпеки життєдіяльності на підприємстві, при роботі з окремою технікою (рентгени і інша медична техніка) і т.п.

Таблиця 2.2 Штатний розклад УСЦ

Посада	Кількість людей	Середня заробітна плата за 2019г. (в місяць, грн.)
Генеральний директор	1	58700
Комерційний директор	1	41300
Бухгалтер	3	34000
Економіст-юрист	1	28000
Економіст-аналітик	1	27000
Маркетолог	2	24000
Спеціаліст з підбору персоналу	1	24000
Менеджер по роботі з постачальниками	2	27000
Зубний технік	2	31000
Технолог	2	27000
Терапевт-ортопед	2	29500
Хірург-імплантолог	2	30200
Терапевт-хірург-ортодонт	2	29800
Хірург-терапевт	2	27300
Ортопед	1	24000
Терапевт	1	23000
Ортодонт	2	23400
Обслуговуючий персонал	4	40000
Разом	28	826400

2.2. Аналіз основних фінансово-економічних показників діяльності стоматологічної клініки

У ситуації, що склалася на світовому ринку і на нестабільному етапі розвитку економіки в цілому, керівники і власники компаній приділяють все більше і більше часу аналізу діяльності своїх компаній. Так як

основоположною метою підприємства є його ефективність, тобто відношення між одержуваним результатом і витратами, або перевищення доходів над витратами, перш за все потрібно забезпечити ефективну роботу вкладених коштів. А для того, щоб оцінити, чи рухається бізнес в потрібному напрямку або потребує корегування, виконується аналіз ряду оціночних показників [48].

За допомогою фінансового аналізу можна об'єктивно оцінити внутрішні і зовнішні відносини аналізованого об'єкта: охарактеризувати його платоспроможність, ефективність і прибутковість діяльності, перспективи розвитку, а потім по його результатам прийняти обґрунтовані рішення [47].

Узагальнюючим показником економічної ефективності виробництва є показник рентабельності. Рентабельність означає прибутковість, прибутковість підприємства. Вона розраховується шляхом зіставлення валового доходу або прибутку з витратами або використовуваними ресурсами.

Аналіз рентабельності підприємства дозволяє виявити велику кількість тенденцій розвитку, він покликаний вказати керівництву підприємства шлях подальшого успішного розвитку, вказує на помилки в господарській діяльності, а також виявляє резерви зростання прибутку, що, в кінцевому рахунку, дозволяє підприємству більш успішно здійснювати свою діяльність.

На основі аналізу середніх рівнів рентабельності можна визначити, які види продукції і які господарські підрозділи забезпечують велику прибутковість. Це стає особливо важливим в сучасних, ринкових умовах, де фінансова стійкість підприємства залежить від спеціалізації і концентрації виробництва [46].

Виділяють три основні етапи фінансового аналізу:

– визначення конкретної мети аналізу і підходу до її реалізації;

– оцінка якості інформації, представленої для аналізу;

– визначення методів аналізу, проведення самого аналізу і узагальнення отриманих результатів.

На першому етапі визначається підхід до аналізу, пов'язаний з його метою. Можливі такі основні підходи:

– порівняння показників підприємства з середніми показниками світової ринкової економіки, країни або галузі (такі показники називають «Ідеальними», або «нормативними»);

– порівняння даних звітного періоду з показниками попередніх періодів, а також з плановими показниками звітного періоду;

– порівняння показників підприємства з показниками аналогічних фірмконкурентов (міжгосподарський порівняльний аналіз).

Кожен з перерахованих підходів має свої особливості і підпорядковується певним вимогам.

На другому етапі аналізу проводиться оцінка саме якості інформації, яка полягає не тільки в лічильної перевірці даних обліку, а й у визначенні впливу способів обліку (облікової політики) на формування показників звітності.

Третій етап – власне аналіз як сукупність методів і робочих прийомів.

Головна мета будь-якого підприємства рекреаційної сфери в сучасних умовах – отримання максимального прибутку, що неможливо без ефективного управління капіталом. Пошуки резервів для збільшення прибутковості підприємства становлять основну задачу управлінця [45].

При аналізі динаміки прибутку оцінюється її зростання за аналізований період, потім відзначаються позитивні і негативні зміни в динаміці фінансових результатів.

Для того, щоб розглянути питання розвитку клініки, необхідно проаналізувати динаміку її фінансово-економічних показників діяльності.

Таблиця 3.1 Середні загальні показники діяльності УСЦ

Показники	Долларів в сер. за місяць	Процентів від виручки в сер. за місяць
Виручка	120000	100
Витрати	97000	84
В тому числі: - на оренду приміщення (150 кв. М)	22250	23
- на закупівлю витрачаємих матеріалів	17200	18
- на зарплату персоналу	31500	32
- на рекламу	8 800	9
- на госп. потреби	6500	7
- на податки (спрощена система оподаткування)	10750	11
Прибуток	23000	16

Дані показники, представлені в табл. 3.1, не дозволяють судити про стан і функціонуванні клініці на ринку стоматологічних послуг, тому необхідно розглянути фінансово-економічні показники за кілька років і проаналізувати їх динаміку (таб.3.2, рис.3.1., рис. 3.2.)

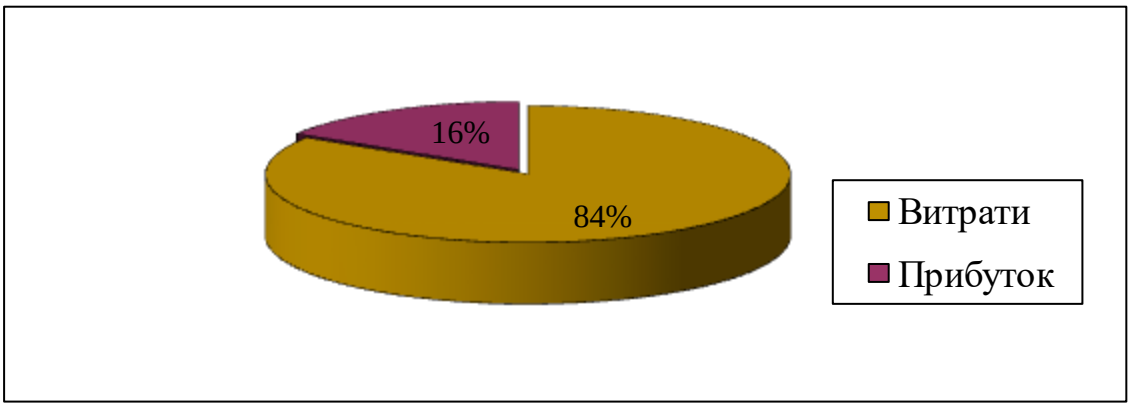

Рисунок 3.1. Діаграма витрат і структури прибутку УСЦ

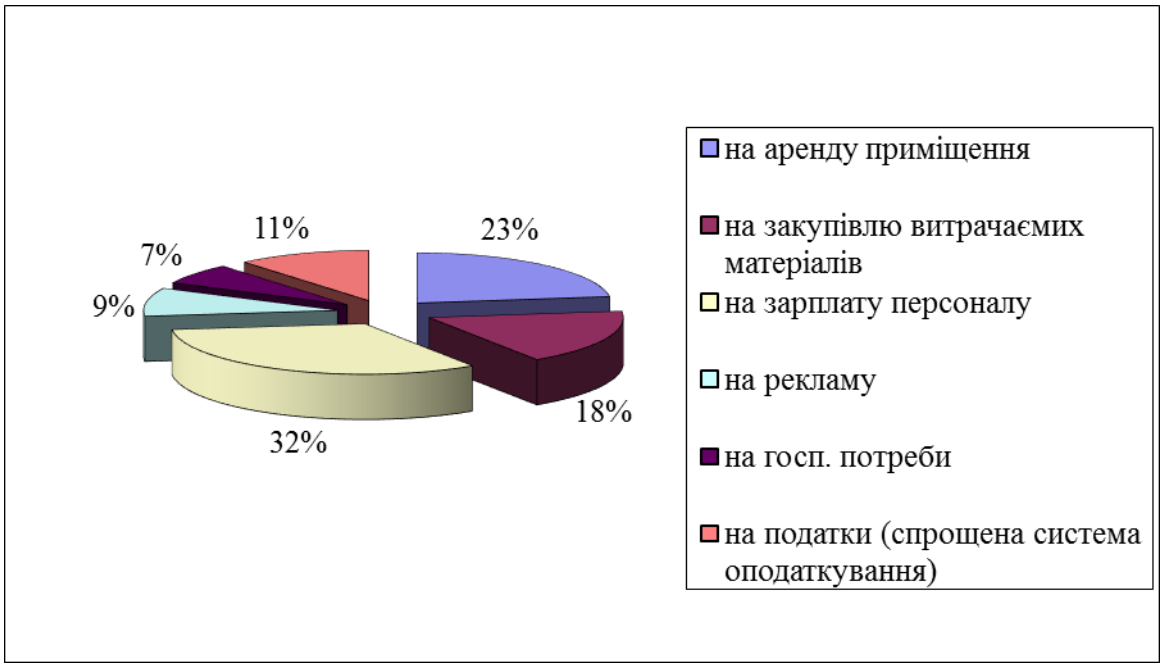

Рисунок 3.2. Діаграма показників діяльності УСЦ

Проаналізувавши дані таблиці можна зробити наступні висновки: прибутку по відношенню до попереднього періоду зросла на 30,5%, що вплинуло на збільшення прибутку, що залишається в розпорядженні підприємства; прибуток від реалізації зростає швидше, ніж виручка від реалізації, що свідчить про відносне зниження витрат на виробництво; чистий прибуток зростає швидше, ніж прибуток про реалізацію, прибуток від фінансово-господарської діяльності та прибуток звітного року, так як підприємство використовує механізм пільгового оподаткування.

Таблиця 3.2 Основні фінансово-економічні показники діяльності УСЦ

Показники	2018р	2020р	Темп приросту показника
Середня за період величина активів підприємства	20920	16031	30,5
Виручка від реалізації	32326	26040	24,1
Прибуток від реалізації	7086	5140	37,9

Динаміка показників прибутку показана в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 Динаміка показників прибутку УСЦ

Показники	Звітний період	Аналогічний період минулого року	Звітний у % до попереднього періоду
Виручка від реалізації товарів, продукції, послуг	32326	26040	124,1
Собівартість	18400	16300	112,9
Валовий дохід	13926	9740	143
Витрати періоду	6840	4600	148,7
Прибуток (збиток від реалізації)	7086	5140	137,8
Прибуток (збиток) від фінансово-господарської діяльності	7086	5160	137,3
Прибуток (збиток) звітного періоду	7066	5240	134,8
Прибуток який залишається в розпорядженні	4806	3440	139,7
Нерозподілений прибуток (збиток) звітного періоду	70	500	14

З таблиць видно, що в звітному періоді відбулися позитивні зміни в структурі прибутку: зросла частка прибутку від реалізації товарів, робіт, послуг, від фінансово-господарської діяльності та фінансових операцій. Також зросла по відношенню до попереднього періоду частка прибутку, що залишається в розпорядженні підприємства. Разом із тим в звітному періоді в обороті залишено менше, ніж в минулому році.

В рамках аналізу об'ємних показників вельми цікавим є заробітна плата та її динаміка за останні кілька років

Витрати на оплату праці в УСЦ ростуть з кожним роком, що перш за все пов'язано з щорічним збільшенням виручки підприємства і рентабельності його діяльності.

Витрати на оплату праці в УСЦ ростуть з кожним роком, що перш за все пов'язано з щорічним збільшенням виручки підприємства і рентабельності його діяльності

Оцінка розвитку УСЦ проводилася на основі вивчення динаміки таких показників як:

– обсяг виручки;

– загальне число співробітників;

– кількість основних виробничих працівників;

– кількість співробітників управлінського апарату;

– кількість напрямків діяльності;

– кількість послуг, що надаються;

– відсоток нових співробітників;

– кількість філій;

– площа виробничих ділянок;

– загальна площа приміщень;

– коефіцієнт оновлення обладнання.

Оцінюючи динаміку виручки підприємства видно, що в цілому помітно поступове, а десь навіть різке її збільшення. Періоди спаду помітні на початку перших чотирьох років діяльності клініки, так як цей період обумовлений кризою 2008 року і зростанням долара, який сильно впливав на витрати клініки, так як більша частина її витратних матеріалів та обладнання – іноземні виробництва.

Також, можна відзначити таку особливість змін – повільний темп приросту виручки в початковому періоді існування клініки і в останні аналізовані роки, починаючи з 2015 р. Напередодні кризи споживачі різко скоротили свої витрати на стоматологічні потреби, при цьому помітний різкий стрибок збільшення виручки за результатами 2018р., що не можна відзначити як позитивний, так як він викликаний політикою клініки в області різкого зниження витрат клініки і пошуку резервів зниження собівартості послуг за рахунок зниження їх якості. Також, керівництво в 2018 році відмовилося від

дорогих статей витрат, таких як реклама, просування та паблік релейшинс, що теж не можна відзначити позитивно. Всі дії керівництва через кризи – імпульсивні, є некоректними і необдумані, викликані настроєм загальних мас і бізнесу через світову кризу. Вони не приведуть ні до чого хорошого і в подальшому році ці дії зроблять негативний вплив на динаміку показника виручки, що, за результатами перших місяців цього року, вже помітно.

Кількість виробничих працівників за аналізований період існування клініки також змінювалося нерівномірно, на що мало вплив кризи 2008 і 2018 року, а також розвиток і насичення ринку, поява конкурентів і, мабуть, неправильна дія управлінського персоналу. Починаючи з 2015 року, помітно поступове скорочення виробничого персоналу, а саме медичного персоналу, який надає послуги споживачам, при цьому управлінський апарат залишається незмінним з 2011 року.

Стабільність в управлінні викликана незмінністю управлінського апарату клініки, є негативний момент в її діяльності, так як у міру її розвитку, після кризи 2008 року, важливо було направити всі зусилля саме на управління, на нові можливості, впровадження маркетингової підтримки і т. п. Особливо управління важливо в кризовому стані, коли його роль особливо важлива для стабілізації становища і прийняття важливих рішень.

Кількість напрямків діяльності клініки, так само як і кількість послуг, що надаються, дуже важливо для споживачів, так як, на відміну від магазинів, споживачі які можуть собі дозволити відвідати необмежену кількість, споживачі стоматологічних послуг обиратимуть клініку з повним комплексом тих послуг, які їм потрібно, так як це зручно, в тому числі і психологічно, і вигідно з економічної точки зору.

На відміну від кількості напрямків діяльності, де спостерігається стабільність з 2012 року, асортимент надаваних населенню послуг змінюється, що вельми позитивно, враховуючи зміни на ринку, поява нових технологій, матеріалів і можливостей медицини з її науковими відкриттями і досягненнями.

Важливо відзначити те, що, незважаючи на кризу, в клініці спостерігається збільшення числа послуг, що надаються.

Зміни в штаті на тлі появи нових співробітників клініки важливо розглядати в поєднанні зі змінами загального числа співробітників, так як різке збільшення або, навпаки, нульову зміну новоприбулих співробітників може розцінюватися по різному. З одного боку, позитивний той факт, що на підприємстві досить високий відсоток постійного штату з моменту перших років її відкриття, тобто спостерігається невисока плинність кадрів, що важливо, так як постійні споживачі, як правило, вважають за краще ходити до одного і того ж лікаря. З іншого боку, поява нових технологій, обладнання, послуг, що надаються і відкриття в галузі стоматології все це викликає необхідність розширювати штат новими співробітниками, новими посадами, або ж витрачати серйозні кошти на навчання і підвищення кваліфікації персоналу.

В УСЦ за останні три роки спостерігається нульова зміна штату за рахунок нових співробітників, що не можна відзначити позитивно на тлі загального зниження співробітників клініки за аналізований період.

І так, підбиваючи підсумки, хочеться зазначити, що щорічний приріст і його збільшення за різними показниками в клініці з одного боку, відображає позитивну динаміку, однак, його не можна вважати суттєвим, так як з огляду на темпи інфляції, які в середньому за даними Держкомстату складають 9-12% у розглянутий період, темпи зростання за досліджуваними показниками, які характеризують розвиток клініки, повинні бути як мінімум ідентичні. При цьому за останні 3 роки за багатьма з показників спостерігається негативна динаміка. Також, в даному випадку, темпи зростання за останні роки помітно знизилися, що не можна звалювати тільки на світову кризу. Як вже було зазначено, логіка розвитку стоматологічних клінік схильна до життєвого циклу, етапу, на якому вони знаходяться. З огляду на це, а також попередні результати дослідження в даній роботі, видно, що клініка переживає не найпростіший свій період розвитку, до того ж його наслідки, що відбуваються і знаходять своє відображення в

показниках розвитку, поглиблюються кризою, що подвійно ускладнює управління діяльністю клінікою і її розвитком, тому, з одного боку, при вирішенні всіх проблем, важливо враховувати життєвий цикл і етап розвитку, на якому знаходиться клініка і спиратися на тих зміни, а також критерії, які характерні для розвитку і пере ода на наступну стадію, але також і необхідно брати до уваги ринкову ситуацію, вплив зовнішнього середовища і диктуються їй умови розвитку.

В результаті всього вищесказаного, далі в роботі представлені рекомендації з управління розвитком УСЦ які як раз враховують життєвий цикл існування, розвитку і конкретної стадії, на якій знаходиться заклад, але також і зовнішні чинники.

Аналіз УСЦ яка працює на харківському ринку з 2006 року, дозволив зробити висновки про те, що щорічний приріст і його збільшення за різними показниками в клініці з одного боку, відображає позитивну динаміку, однак, його не можна вважати суттєвим, так як з огляду на темпи інфляції, які в середньому за даними Держкомстату складають 9-12% в розглянутий період, темпи зростання за досліджуваними показниками, які характеризують розвиток клініки, повинні бути як мінімум ідентичні. При цьому за останні 3 роки за багатьма з показників спостерігається негативна динаміка. Також, в даному випадку, темпи зростання за останні роки помітно знизилися, що не можна звалювати тільки на світову кризу. Як вже було зазначено, логіка розвитку стоматологічних клінік схильна до життєвого циклу, етапу, на якому вони знаходяться. З огляду на це, а також попередні результати дослідження в даній роботі, видно, що клініка переживає не найпростіший свій період розвитку, до того ж його наслідки, що відбуваються і знаходять своє відображення в показниках розвитку, поглиблюються кризою

РОЗДІЛ 3
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

3.1 Державне регулювання структурно-організаційного та ресурсного забезпечення стоматологічної галузі

Перехід до нової моделі функціонування, тобто від принципу утримування стоматологічних закладів до принципу забезпечення якісною стоматологічною допомогою передбачає пошук організаційних методів та фінансово-економічних засобів формування консолідованого механізму ресурсного забезпечення з наступним визначенням найбільш раціональних шляхів їх використання. Сьогодні, консолідований медичний бюджет гарантує надання екстреної стоматологічної допомоги та невелику частку планової допомоги тільки окремим пільговим категоріям громадян.

Заходи щодо раціоналізації діяльності галузі полягають у координаційних діях з певними елементами централізації управління наданням стоматологічної допомоги відповідними закладами з метою ефективного й цільового використання бюджетних коштів, а також у реалізації дій щодо покращення стану фінансового забезпечення державних і комунальних стоматологічних закладів за рахунок залучення додаткового фінансування шляхом введення планомірної й ефективної системи надходження позабюджетних коштів.

Як зазначають провідні фахівці з організації вітчизняної охорони здоров'я, роз-ширення повноважень мережі медичних закладів є передумовою мобілізації ресурсів для задоволення попиту населення, розподілу фінансових ризиків між покупцями та вироб-никами медичних послуг. Завдяки такому підходу заклади охорони здоров'я, які нада-ють медичні послуги, стають відповідальнішими за ефективне використання ресурсів. Акцент робиться на те, що існуюча нормативно-правова база для створення контрактної моделі медичного обслуговування

населення, яка базується на засадах регульованого ринку, соціального підприємництва, договірних відносинах та високому ступені автономії постачальників медичних послуг, потребує подальшого удоско-налення блоку законодавства, що регулює питання організації, фінансування та управління.

Основною організаційною одиницею у забезпеченні функціонування державної стоматологічної служби на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги, на нашу думку, мають бути комунальні заклади охорони здоров'я. У 2003 р. Верховна Рада України прийняла новий Цивільний кодекс України та Господарський кодекс України, які набули чинності з січня 2004 р. Положення цих законів дають новий імпульс для реалізації заходів щодо реформування системи охорони здоров'я України. Господарський кодекс передбачає таку форму діяльності закладів охорони здоров'я, як комунальне некомерційне підприємство, а також встановлення державних фіксованих або регульованих цін на послуги соціального характеру, до яких належать медичні послуги [13, 95].

У зв'язку з цим вартий уваги досвід країн пострадянського простору (Вірменії, Естонії, Латвії, Литви), уряди яких надали право закладам охорони здоров'я бути самостійними суб'єктами господарювання. Такі рішення можуть бути виправданими як з економічної, так і з соціальної точки зору, оскільки сприяють зростанню фінансової стійкості стоматологічних закладів і підвищенню якості та доступності стоматологічної допомоги для населення. Однак, незважаючи на усю його потенційну корисність, іноземний досвід має пройти процедуру кваліфікованого вивчення та адаптації до реального стану вітчизняної системи охорони здоров'я та чинної нормативно-правової бази.

Накопичений досвід показує, що приватизацію стоматологічних установ не можна вважати загальним благом ні для населення, ні для стоматологів. Тому необхідно поступово розвивати муніципальний сектор. Реформування статусу державних медичних установ у відповідності з чинним законодавством може здійснюватися у двох напрямах: комунальне медичне підприємство; недержавне підприємство (господарське товариство, приватне підприємство).

На особливу увагу заслуговують не лише концептуальні засади

трансформування стоматологічного сектора системи охорони здоров'я України, а й особливості їх реалізацій у межах реальних стоматологічних закладів. У зв'язку з цим цілком доречно розглянути один із вірогідних шляхів формування нової структурно-організаційної моделі функціонування стоматологічної галузі, в основі якої лежить реорганізація стоматологічної комунальної установи у комунальне підприємство.

Запропоновані зміни [96] передбачають не лише реорганізацію системи стоматологічної допомоги населенню, а й вдосконалення механізму державного регулювання діяльності стоматологічного сектора охорони здоров'я. Поза жорсткими обмеженнями стоматологічний заклад буде вільний у виборі напрямків діяльності, форм і методів організації та оплати праці, що дає можливість досягти високої мотивації в діяльності медичних працівників.

Ці заходи спрямовані на підвищення ефективності діяльності стоматологічного сектора, раціональне використання бюджетних коштів, підвищення рівня, якості та доступності стоматологічних послуг.

Крім того, потрібно вирішити низку проблем: забезпечити більш раціональне використовування бюджетних коштів – перейти від розрахунку на ресурсні показники (штати, приміщення) до врахування реальної роботи установи; розробити механізм залучення коштів із альтернативних джерел фінансування (у т.ч. від благодійництва) – внести відповідні зміни до статуту комунальних установ та чинного законодавства; сприяти розвитку договірної діяльності, у тому числі на засадах добровільного медичного страхування; забезпечити подальший розвиток муніципальної стоматології – вдосконалити співпрацю з регіональними органами влади; знизити ступінь ризикованості господарської діяльності – оптимізувати поточні видатки (закупівлю медикаментів, ремонт устаткування та приміщень).

Головними джерелами отримання позабюджетних коштів комунальними стоматологічними установами нині виступають: проведення лікувальних заходів (санація зубів, накладення пломб, видалення зубів, оперативні втручання) на платній основі та зубопротезування (що складає більше ніж 90% загального обсягу надходжень), а також здавання вільних площ та приміщень в оренду; добровільні

внески фізичних та юридичних осіб; кошти, перераховані державними та недержавними фондами. Набір платних послуг в комунальних стоматологічних закладах є обмеженим і вимагає розширення. Перспективним у цьому відношенні може стати налагодження виробництва нових видів послуг, які здатні підвищити конкурентоздатність комунальних установ на стоматологічному просторі і котрі не застосовуються у приватному секторі.

Вищезазначені напрямки на практиці мають підкріплюватись комплексними (організаційно-правовими, фінансово-економічними, кадровими та ін.) заходами. Для запровадження їх у життя необхідним є визначення шляхів їх реалізації у коротко та середньостроковій перспективі.

Комунальний некомерційний амбулаторно-поліклінічний стоматологічний лікувально-профілактичний заклад забезпечує надання стоматологічної медичної допомоги певному населенню при укладанні угоди на обслуговування. Цивільним кодексом визначено, що договір на надання медичних послуг віднесено до категорії публічних договорів. Основою договорів на надання стоматологічних послуг населенню (укладається між органами управління охорони здоров'я і комунальними стоматологічними закладами) має бути комунальне замовлення, ефективність якого слід оцінювати за ступенем відповідності результатів функціонування його цілям. Мета діяльності таких стоматологічних закладів полягає у забезпеченні прикріпленого контингенту якісною безкоштовною стоматологічною допомогою, поліпшенні здоров'я населення. Досягнення цієї мети здійснюється за рахунок підвищення ресурсоємності стоматологічної допомоги і забезпечення її доступності з урахуванням наявних ресурсів.

Формування комунального замовлення на надання населенню безкоштовної стоматологічної допомоги повинно повністю забезпечуватися плановими фінансовими ресурсами територіального бюджету та здійснюватися на основі обсягів стоматологічної допомоги, визначених з огляду на фактичні витрати без урахування таких, які покриваються з бюджету, на придбання устаткування, капітальний ремонт, господарські потреби. Комунальне замовлення має бути комплексним планом, який визначає обсяг, умови надання послуг і фінансування,

вимоги до безкоштовної стоматологічної допомоги, що надається населенню в комунальних лікувально-профілактичних стоматологічних закладах за рахунок коштів бюджету території.

У сучасних умовах господарювання амбулаторно-поліклінічні стоматологічні комунальні заклади повинні не тільки забезпечувати надання стоматологічної допомоги прикріпленому контингенту, але й надавати платні стоматологічні послуги населенню.

Упродовж останніх років відчувається розрив між потребою і ступенем її задоволеності, за оцінкою якості надання стоматологічної допомоги і пошуком дієвих механізмів інтенсифікації використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. Перспективними в цьому контексті вважаються заходи, спрямовані на розробку стандартів і нормативів фінансування стоматологічної допомоги в розрахунку на душу населення; нормативів витрат на амбулаторне лікування та профілактичні заходи.

Недостатній обсяг фінансування державних та комунальних стоматологічних закладів охорони здоров’я обумовлений значним виснаженням матеріально-технічної бази. У результаті, відбувається вимушене спрощення (примітивізація) технології надання стоматологічної допомоги з метою її здешевлення. Реально державна система стоматологічної допомоги, що існує, може безкоштовно надавати пацієнтам тільки життєво необхідні її види. Отже, основною причиною незадовільного стану медико-технічного забезпечення стоматологічної галузі є недостатнє фінансування стоматологічних закладів, та, як наслідок, відсутність оновлення основних фондів і модернізації обладнання.

Констатуючи, що стоматологічна допомога в сучасних умовах – це дуже велике навантаження на державний бюджет, усе остріше постає необхідність розмежування видів стоматологічної допомоги, які можуть надаватися виключно в державних закладах контингенту, якому допомога в обов’язковому порядку повинна надаватися безумовно, тобто пільгових категорій. Обсяг допомоги, що надаватиметься державними стоматологічними закладами відповідно до рівня акредитації лікувально-профілактичного закладу включає такі її види, як:

невідкладна та первинна хірургічна стоматологічна допомога у повному обсязі; загальний прийом; допомога дитячому населенню (всі види безкоштовно); невідкладна та первинна допомога терапевтичного профілю в межах асигнувань; ортопедична стоматологічна допомога (безоплатно в межах бюджетного фінансування пільговим групам населення – 30 % в повному обсязі за спец. кошти).

Існуючі проблеми стану забезпечення державного сектору охорони здоров'я України, потребують формування на загальнодержавному рівні ефективних заходів щодо подальшого розвитку сектору приватної медицини, як додаткового джерела надання медичної допомоги населенню та економічного зміцнення діючої системи охорони здоров'я.

Закордонний досвід свідчить, що стоматологічна допомога все частіше переорієнтовується на приватній сектор її забезпечення. У приватному секторі зайнято понад дві третини європейських стоматологів. Для успішної організації практики в стоматології потрібне сполучення професійного вміння й підприємницьких здатностей, які здобуваються із практичним досвідом.

В Україні частина державних стоматологічних установ поступово зменшується, а недержавних, відповідно, збільшується. При цьому, приватні стоматологічні практики мають більшу перспективу. Переважна більшість приватних клінік й стоматологічних кабінетів побудовані на рівні найсучасніших стандартів з використанням нових будівельних матеріалів і з урахуванням усіх санітарних норм. Як правило, вони оснащені сучасним стоматологічним устаткуванням, комп'ютерною технікою, лікувальні процеси виконуються по новітніх технологіях із застосуванням кращих стоматологічних матеріалів провідних світових виробників.

За останні роки приватний сектор надання стоматологічної допомоги розвивався без наявності загальнодержавної програми його відбудування та удосконалення; йому, на наш погляд ще відводиться другорядна роль в формуванні системи охорони здоров'я в нових ринкових відносинах, про що свідчить відсутність чіткої програми його подальшого розвитку.

Вищезазначені проблеми розвитку приватного сектору стоматологічної

допомоги потребують комплексного їх вирішення, при безпосередній участі з боку держави.

На основі вищезазначеного можна зробити такі узагальнення:

1. До основних напрямків структурно-організаційних перетворень комунальної стоматологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги слід віднести такі: визначення організаційних механізмів оптимізації стоматологічних лікувально-профілактичних закладів; правове забезпечення амбулаторно-поліклінічних стоматологічних структур з питань договірних відносин із місцевими органами влади і цільового замовлення на надання лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги; запровадження економічно ефективних методів визначення пріоритетів у системі стоматологічної допомоги, економічних методів управління, планування, прогнозування, обліку витрат виробництва, прибутку; планування обсягу і якісного складу стоматологічних послуг на поточний рік роботи і необхідних ресурсів для їх надання; визначення і затвердження тарифів на одиницю обсягу медичної допомоги; оптимізація системи управління стоматологічними комунальними амбулаторно-поліклінічними закладами; удосконалення фінансування закладів стоматологічної допомоги за допомогою як бюджетних коштів так і альтернативних джерел надходжень; забезпечення населенню доступності до гарантованого державою обсягу стоматологічної допомоги і забезпечення його якості в комунальних установах; забезпечення медичними кадрами і реалізація сучасної концепції їх підготовки; реалізація прав медичного персоналу на диференційовану оплату праці з визначенням мінімального обсягу погодинної оплати праці.

2. Сьогодні особливо гостро стоїть питання ресурсозабезпечення стоматологічної галузі. Вирішення цього питання потребує координації зусиль різних міністерств та відомств на всіх етапах відповідного процесу, починаючи з ідей та концептуальних підходів до покращання ситуації, визначення потреби в ресурсах, формування бюджетних пропозицій та визначення найбільш прийнятних позабюджетних джерел насичення галузі з визначенням конкретних механізмів регулювання процесу та закінчуючи забезпеченням кінцевого етапу – постачання,

сертифікації, налагодження оснащення, використовуючи при цьому максимально прозорі шляхи задоволення кінцевого споживача на конкурсній основі.

3. Формування комунального замовлення на надання населенню безкоштовної медичної допомоги повинно повністю забезпечуватися плановими фінансовими ресурсами територіального бюджету та здійснюватися на основі обсягів стоматологічної допомоги, визначених з огляду на фактичні витрати без урахування таких, які покриваються з бюджету, на придбання устаткування, капітальний ремонт, господарські потреби. Комунальне замовлення має бути комплексним планом, який визначає обсяг, умови надання послуг і фінансування, вимоги до безкоштовної стоматологічної допомоги, що надається населенню в комунальних лікувально-профілактичних стоматологічних закладах за рахунок коштів бюджету території.

4. В умовах обмеженого бюджетного фінансування, ефективним фінансово-економічним засобом державного регулювання може бути фінансовий лізинг, який здатен бути тим механізмом, за допомогою якого можна вирішувати питання забезпечення галузі необхідним сучасним медичним устаткуванням, а також каліфікованим технічним супроводом, що значно поліпшить якість лікувально-діагностичного процесу.

3.2. Шляхи забезпечення загальної ефективності та якості надання стоматологічної допомоги

Варто відзначити, що доступність та якість надання стоматологічної допомоги істотною мірою залежить від ефективності функціонування стоматологічних установ. Остання має такі види: медичну, котра оцінюється якістю й ступенем досягнення позитивного результату тієї або іншої методики, технології лікування, профілактики, діагностики або реабілітації; соціальну, котра оцінює не тільки зниження захворюваності, але й доступність для всіх верств населення стоматологічних послуг; економічну, яка полягає в обмеженні максимуму можливих благ від наявних обмежених ресурсів, тобто оптимізація витрат на

стоматологічне обслуговування, економічне обґрунтування заходів щодо охорони здоров'я, економічний аналіз використання матеріально-технічних засобів у стоматологічних установах;

Цільова внутрішня ефективність системи надання стоматологічної допомоги – це комплексна характеристика міри відповідності ресурсно-технічної бази цілям забезпечення якісною стоматологічною допомогою. Враховуючи, що головне цільове призначення системи пов'язано з наданням медичної стоматологічної допомоги, її цільову ефективність логічно називати медичною або медико-профілактичною ефективністю. Виходячи з цього, економічна ефективність функціонування системи стоматологічної допомоги – це комплексна характеристика потенційних або реальних результатів її функціонування. Під медико-економічною ефективністю діяльності стоматологічної галузі розуміється комплексна характеристика медико-соціальних результатів її функціонування, співвіднесених обсягом ресурсів, що витрачаються з метою їхнього досягнення [90].

Відображенням економічної ефективності заходів у системі надання стоматологічної допомоги, може служити співвідношення витрачених коштів і одержаного ефекту від застосування лікувально-профілактичних технологій, спрямованих на зниження стоматологічної захворюваності. Останнє показує взаємозалежність ефективності функціонування стоматологічних установ і доступності та якості надання стоматологічних послуг. Більше того, оцінка різних аспектів ефективності повинна стати підґрунтям для рішень, що реалізуються у визначенні стратегій розподілу матеріальних і фінансових ресурсів стоматологічними установами.

Однією з головних задач державного управління стосовно чинної системи стоматологічної допомоги є організація такої її моделі, яка найбільш була б притаманна ринковій трансформації суспільства, адміністративній реформі України, посиленню державності та державної політики щодо проблем стоматологічного здоров'я і яка б забезпечувала конституційні права громадян на отримання кваліфікованої, якісної та прозорої лікувально-діагностичної стоматологічної допомоги, що неможливо без обґрунтування системи управління

нею в цілому і системи управління якістю за певними стандартами.

Управління якістю є універсальною самокорегувальною системою, змодельованою на основі процесного та системного підходів. Процесний підхід, згідно з вимогами стандартів ISO 9000, має спиратися на розроблену систему процедур їх виконання. На практиці процедура оформляється як письмова інструкція, що описує встановлений спосіб і алгоритм діяльності та контролю за виконанням умов технологічного стандарту. Розробка процедур – наріжний камінь процесу управління якістю послуг, в результаті яких досягається або безперервно підвищується рівень стандартів.

Грунтуючись на понятті якості стоматологічної допомоги (якість – це сукупність характеристик об'єкта, що належать до його здатності задовольняти встановлені вимоги та очікувані потреби, потрібно стоматологічні установи на цьому етапі розділити не за кількістю посадових місць, а за рівнем якості стоматологічної допомоги або стоматологічних послуг.

Формування якісного рівня надання стоматологічної допомоги визначається: по-перше, заявленими технологіями на процес надання стоматологічної допомоги; по-друге, фінансовими та матеріально-технічними ресурсами. по-третє, відповідністю заявлених технологій матеріальним ресурсам; по-четверте, професійною підготовкою та кваліфікацією персоналу; по-п'яте, інформаційними ресурсами, які об'єктивно відображають стан справ для споживача.

У системі управління якістю стоматологічної допомоги за стандартом ISO 9001 для оцінки діяльності стоматологічної служби можуть використовуватися різні критерії і подаватися у вигляді кількісних (числових) або якісних показників. Тому, як зазначалося, загальний аналіз здійснюється на основі показників діяльності лікаря-стоматолога, стоматологічної служби, а також групи показників якості надання стоматологічної допомоги та задоволеності населення рівнем надання стоматологічних послуг. Управління процесами, що сприяють підвищенню якості стоматологічної допомоги як багатокомпонентного поняття, слід проводити за оцінкою трьох складових:

- якість структури – оцінка матеріально-технічної та кадрової бази, на якій

будується процес надання стоматологічної допомоги;

- якість процесу надання стоматологічної допомоги – ступінь дотримання медичних технологій, закріплених законодавчо у вигляді стандартів якості;

- якість результату – оцінка фактичного результату, його наближеність до реально досяжного рівня.

Індикатори діяльності стоматологічних установ можна розподілити за кількома групами. По перше, це показники, що характеризують обсяг діяльності і використання ресурсів (наприклад: кількість пацієнтів, що обслуговуються одним лікарем; середня кількість відвідувань на одного пацієнта за рік; кількість консультацій, що надаються одним лікарем за певний період часу; частота направлень (звертань) до фахівців; частота направлень (звертань) до стоматологічних закладів; частота звертань по невідкладну допомогу; обсяг діагностичних обстежень на одного прикріпленого жителя та ін. По друге, показники кінцевих результатів діяльності первинної ланки (показники здоров'я). При цьому, оцінюються як загальні, так і спеціальні показники (захворюваність за даними звертання; показники, які офіційно використовуються у системи стоматологічної допомоги населенню та ін.). По трете, показники результативності та якості лікування на первинному рівні (наприклад: рівень якості лікування і диспансеризації порівняно зі стандартом; питома вага випадків розбіжності діагнозів; експертна оцінка дефектів стоматологічної допомоги; частота скарг і пропозицій щодо роботи лікарів стоматологів, а також показники, які офіційно використовуються сьогодні у стоматологічній практиці тощо) [21].

Сьогодні в Україні робляться перші конкретні кроки, які стосуються, у тому числі організаційно-економічних засад функціонування стоматологічної галузі для забезпечення базового стандарту якості загальнодоступної стоматологічної допомоги [63, 64]. Застосування методик клініко-економічного аналізу для оцінки діяльності існуючої мережі стоматологічної допомоги дорослому населенню та розробки оптимізації системи організації її діяльності слугуватиме покращенню ситуацію саме в стоматології, яка є однією з найвитратніших медичних галузей [1].

Отже, здійснення державними інституціями регулюючого впливу на

діяльність системи надання стоматологічної допомоги неможливо без оцінки ефективності функціонування різних складових (наприклад ресурсно-інвестиційної складової) відповідної системи в динаміці з урахуванням впливу на неї зовнішніх та внутрішніх факторів. Тому в основу об'єктивізації державного регулювання відповідних процесів треба закласти саме оцінку ефективності, яка повинна враховувати як макро- та мікроекономічні, так і якісні показники функціонування системи надання стоматологічної допомоги.

Україна прагне мати дієву систему надання стоматологічної допомоги, тобто оптимальний баланс економічної ефективності і справедливості, таку організацію економічної системи, яка би давала можливості раціонально використовувати обмежені ресурси галузі охорони здоров'я. Проводячи реформування системи надання стоматологічної допомоги, необхідно, з одного боку, "задовольнити права громадян на медичну допомогу, а з другого – інтереси постачальників з надання якісних медичних (стоматологічних) послуг за найменш низьких витрат. Основною умовою на виконання цих вимог повинно бути достатнє фінансування та ефективне використання всіх ресурсів галузі"; організація багатоканального фінансування стоматологічних установ; забезпечення належного нормативно-правового супроводження їх функціонування та розвитку; гарантування населенню надання якісної стоматологічної допомоги [89].

Отже, підвищення ефективності управління системою надання стоматологічної допомоги передбачає: забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики її розвитку; удосконалення форм організації всіх ланок відповідної системи; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у зазначену сферу та мотивацію праці медичних кадрів; контроль за забезпеченням ефективної її роботи.

Серед складових загальної ефективності функціонування системи стоматологічної допомоги можна виділити доступність стоматологічної допомоги, якість стоматологічного обслуговування, а також раціональне використання ресурсів. В умовах інтенсифікації економічного розвитку необхідно максимально залучати всі фактори, які спрямовано на підвищення ефективності стоматологічної допомоги. По-перше, треба стрімко підвищити фінансові асигнування в охорону

здоров’я з метою опрацювання й упровадження інноваційних медичних технологій та сучасного стоматологічного устаткування. По-друге, у будь-якій системі охорони здоров’я – державній, страховій, приватній чи бюджетно-страховій – завжди існують резерви. Важливо виявляти ці резерви та з максимальною ефективністю впроваджувати їх для підвищення якості стоматологічної допомоги.

Узагальнення напрацювань провідних науковців дозволили виокремити найперспективніші технології підвищення ефективності функціонування стоматологічних установ: використання “ефекту масштабу” – чим більше кількість наданих послуг, тим нижча частка неподільних витрат у вартості одиниці послуг; моніторинг витрат – технологія спостереження й аналізу змін витрат з метою їхньої оперативної оптимізації; бенчмаркінг – процедура впровадження технологій, стандартів і методів роботи кращих організацій-аналогів.

Підвищення якості стоматологічної допомоги – це одна з найважливіших цілей державної політики в області забезпечення стоматологічного здоров’я громадян України. Проблема якості стоматологічної допомоги та стоматологічних послуг в даний час набула характер одного з найскладніших і найважливіших завдань, безпосередньо зв’язаних з державною політикою і стратегією охорони здоров’я. Надалі вага цього завдання буде усе більше зростати в міру інтенсифікації розвитку системи охорони здоров’я і переходу до ринкових відносин, з одного боку, а з другого – це відповідає одному із завдань, що сформульоване Європейським бюро ВООЗ у рамках регіональної стратегії по досягненню здоров’я для всіх, котра говорить, що всі держави-члени організації повинні створити ефективні механізми, що забезпечують якість обслуговування пацієнтів у рамках системи охорони здоров’я цих країн. Коли мова йде про головну мету охорони здоров’я, то називається як основне завдання – підвищення рівня здоров’я населення і задоволення його потреби у кваліфікованій якісній медичній допомозі.

Реалізація державної політики у сфері забезпечення стоматологічної допомоги населення передбачає низку перетворень, які б стосувалися не тільки модернізації матеріально-технічної бази галузі, впровадження нових прогресивних засобів та методів лікування, а й були спрямовані на удосконалення нормативно-правової бази, встановлення гарантованого державою обсягу безоплатної

стоматологічної допомоги, запровадження багатоканального фінансування, децентралізацію управління, впровадження стандартів медичних технологій, досягнення справедливості й рівності у питаннях охорони здоров'я [35].

Вивчення європейського досвіду функціонування систем стоматологічної допомоги, а також власні розвідки дають можливість запропонувати шляхи реформування вітчизняної стоматологічної галузі.

Міжнародний та вітчизняний досвід програмно-цільового фінансування охорони здоров'я свідчить про його високу ефективність в умовах дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я, коли найбільш актуальною є розробка і реалізація моделі ресурсозберігаючих технологій. Вона здійснюється шляхом створення і впровадження цільових комплексних програм [55].

Важливим етапом у загальному контексті визначення результативності функціонування системи стоматологічної допомоги є оцінка ефективності виконання державних та регіональних галузевих програм. Для здійснення такої оцінки необхідними є відповідні індикаторні показники. Для кожної програми є свої, найбільш значущі результати, які випливають з її мети та завдань. У цілому вони мають загальні критерії, що об'єктивно відображають ефективність програми.

Ефективність від реалізації програми може характеризуватися наступними організаційно-економічними та медико-соціальними критеріями (показниками) (у % в порівнянні з вихідними даними): ліквідування черг на плановий прийом до лікарів у стоматологічних поліклініках; зменшення черги на безоплатне зубопротезування серед пільгових категорій населення; економія витратних матеріалів та енергоресурсів збільшення обсягів позабюджетних надходжень; здешевлення вартості та розширення спектру стоматологічних послуг; підвищення заробітної плати лікарям-стоматологам та її диференціація у відповідності з обсягом надання стоматологічної допомоги (послуг); модернізація стоматологічного обладнання; збільшення кількості стоматологічних кабінетів комунальної форми власності; зменшення рівня стоматологічних захворювань серед населення; збільшення охоплення профілактичними оглядами; збільшення числа санацій та профілактичних звернень; поліпшення результатів лікування та видужування; зменшення кількості видалення та ускладнень карієсу зубів.

Отже, реалізація державних цільових програм і комплексних заходів, що стосуються стоматологічної допомоги та профілактики стоматологічних захворювань повинна мати певну медичну, соціальну та економічну ефективність. Оцінка ефективності програм передбачає аналіз заходів з попередження і раннього виявлення захворювань, забезпечення лікувальними засобами хворих, витратними матеріалами лікувально-діагностичні заклади, впровадження нових технологій лікування. Кожна програма, досягаючи своєї цілі і поставлених завдань дозволяє попередити цілу низку медико-соціальних проблем.

При оцінці будь-якого аспекту соціальної, медичної економічної ефективності діяльності стоматологічної служби, принципово важливим є підбір відповідного критерію або групи критеріїв, які характеризують цю ефективність. Наприклад, медичний ефект від реалізації державної програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань може передбачати певний відсоток зменшення кількості звернень за наданням стоматологічної допомоги, а також ускладнень, що виникають внаслідок стома тологічних захворювань. Соціальна ефективність програми може полягати у створенні системи навчання хворих заходам самопрофілактики та попередження найбільш розповсюджених стоматологічних захворювань. Економічна ефективність визначається зменшенням витрат на амбулаторне та стаціонарне лікування передусім незахищених верств населення (пенсіонерів, інвалідів), зменшенням втрат витратних матеріалів.

За ходом виконання кожної з цільових програм профілактики та лікування стоматологічних захворювань повинен проводиться постійний моніторинг, що дозволяє щорічно визначати фактично отриманий та прогнозувати майбутній медичний, соціальний і економічний ефект. Реалізація цільових програм лікування та профілактики стоматологічних захворювань, а також реструктуризації стоматологічної служби передбачає підвищення участі органів виконавчої влади у вирішенні пріоритетних галузевих проблем. Враховуючи високу результативність програмно-цільового планування та ефективність виконання державних цільових програм і комплексних заходів, їх використання визнається найбільш оптимальним засобом досягнення намічених цілей державної політики у відповідній сфері в умовах обмежених ресурсів.

На основі вищезазначеного можна зробити такі узагальнення:

1. В умовах інтенсифікації економічного розвитку необхідно максимально залучати всі фактори, які спрямовано на підвищення ефективності стоматологічної допомоги. По-перше, треба стрімко підвищити фінансові асигнування в охорону здоров'я з метою опрацювання й упровадження інноваційних медичних технологій та сучасного стоматологічного устаткування. По-друге, у будь-якій системі охорони здоров'я – державній, страховій, приватній чи бюджетно-страховій – завжди існують резерви. Важливо виявляти ці резерви та з максимальною ефективністю впроваджувати їх для підвищення якості стоматологічної допомоги.

2. Здійснення державними інституціями регулюючого впливу на діяльність системи надання стоматологічної допомоги неможливо без оцінки ефективності функціонування різних складових (наприклад ресурсно-інвестиційної складової) відповідної системи в динаміці з урахуванням впливу на неї зовнішніх та внутрішніх факторів. Тому в основу об'єктивізації державного регулювання відповідних процесів треба закласти саме оцінку ефективності, яка повинна враховувати як макро- та мікроекономічні, так і якісні показники функціонування системи надання стоматологічної допомоги.

3. Підвищення ефективності управління системою надання стоматологічної допомоги передбачає: забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики її розвитку; удосконалення форм організації всіх ланок відповідної системи; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у зазначену сферу та мотивацію праці медичних кадрів; контроль за забезпеченням ефективної її роботи.

4. Серед складових загальної ефективності функціонування системи стоматологічної допомоги можна виділити доступність стоматологічної допомоги, якість стоматологічного обслуговування, а також раціональне використання ресурсів. В умовах інтенсифікації економічного розвитку необхідно максимально залучати всі фактори, які спрямовано на підвищення ефективності стоматологічної допомоги. По-перше, треба стрімко підвищити фінансові асигнування в охорону здоров'я з метою опрацювання й упровадження інноваційних медичних технологій

та сучасного стоматологічного устаткування. По-друге, у будь-якій системі охорони здоров'я – державній, страховій, приватній чи бюджетно-страховій – завжди існують резерви. Важливо виявляти ці резерви та з максимальною ефективністю впроваджувати їх для підвищення якості стоматологічної допомоги.

5. Міжнародний та вітчизняний досвід програмно-цільового фінансування охорони здоров'я свідчить про його високу ефективність в умовах дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я, коли найбільш актуальною є розробка і реалізація моделі ресурсозберігаючих технологій. Вона здійснюється шляхом створення і впровадження цільових комплексних програм.

За ходом виконання кожної з цільових програм профілактики та лікування стоматологічних захворювань повинен проводиться постійний моніторинг, що дозволяє щорічно визначати фактично отриманий та прогнозувати майбутній медичний, соціальний і економічний ефект.

6. Важливим етапом у загальному контексті визначення результативності функціонування системи стоматологічної допомоги є оцінка ефективності виконання державних та регіональних галузевих програм. Для здійснення такої оцінки необхідними є відповідні індикаторні показники.

При оцінці будь-якого аспекту соціальної, медичної економічної ефективності діяльності стоматологічної служби, принципово важливим є підбір відповідного критерію або групи критеріїв, які характеризують цю ефективність.

7. Реалізація цільових програм лікування та профілактики стоматологічних захворювань, а також реструктуризації стоматологічної служби передбачає підвищення участі органів виконавчої влади у вирішенні пріоритетних галузевих проблем. Враховуючи високу результативність програмно-цільового планування та ефективність виконання державних цільових програм і комплексних заходів, їх використання визнається найбільш оптимальним засобом досягнення намічених цілей державної політики у відповідній сфері в умовах обмежених ресурсів.

8. Формування якісного рівня надання стоматологічної допомоги визначається: заявленими технологіями на процес надання стоматологічної допомоги; фінансовими та матеріально-технічними ресурсами; відповідністю заявлених технологій матеріальним ресурсам; професійною підготовкою та

кваліфікацією персоналу; інформаційними ресурсами, які відображають стан справ для споживача. Управління процесами, що сприяють підвищенню якості стоматологічної допомоги як багато компонентного поняття, слід проводити за оцінкою трьох складових: якість структури – оцінка матеріально-технічної та кадрової бази, на якій будується процес надання стоматологічної допомоги; якість процесу надання стоматологічної допомоги – ступінь дотримання медичних технологій, закріплених законодавчо у вигляді стандартів якості; якість результату – оцінка фактичного результату, його наближеність до реально досяжного рівня.

3.3. Концептуальні підходи до реформування системи стоматологічної допомоги населенню

Удосконалений організаційно-економічний механізм управління системою стоматологічної допомоги є головним засобом створення єдиного простору стоматологічного обслуговування населення в регіоні як нової системи управління. За його допомогою органи виконавчої влади і органи місцевого самоврядування як суб'єкти управління мають створити цю нову систему управління охороною здоров'я на регіональному рівні, яка охоплює всю сукупність взаємовідносин, зв'язків, чинників, інших регіональних особливостей тощо, що надають вплив на керуючу та керовану підсистеми єдиного простору стоматологічного обслуговування в регіоні і використовуються під час його функціонування [8].

Реалізація державної політики стоматологічної допомоги населенню забезпечується галузевими органами управління через систему методів та інструментів державного регулювання. Методи державного регулювання в системі стоматологічної допомоги – прямі та опосередковані способи впливу відповідних органів на поведінку суб'єктів діяльності системи з метою підвищення ефективності її функціонування.

Прямі методи державного регулювання процесів у системі стоматологічної допомоги здійснюються переважно у двох формах: адміністративно-відомчій і програмно-цільовій.

Метою впровадження програмно-цільового підходу є встановлення прямого

зв’язку між виділенням бюджетних коштів та їхнім використанням на основі встановлених завдань і розроблених показників. Результатом застосування програмно-цільового підходу стає поліпшення прозорості й обґрунтованості бюджету щодо конкретних видатків державних органів, підвищення ефективності діяльності розпорядників коштів у досягненні цілей, а також посилення зв’язку між завданнями розпорядників коштів та бюджетним фінансуванням.

Адміністративно-відомча форма передбачає включення поряд з відомими організаційно-розпорядчими засобами (накази, інструкції, розпорядження) й економічних методів державного регулювання та заохочення економічних суб’єктів до розвитку стоматологічних установ з ціллю забезпечення доступності і якості стоматологічних послуг. Задля цього органи державної влади повинні активно використовувати відповідні форми державного регулювання: фіскальні (перелік і ставки загальнодержавних і місцевих податків та зборів), соціально-економічні (надання дотацій та компенсацій, податкових та інших пільг; встановлення розміру і частки бюджетних видатків на соціальний захист та забезпечення пільгових категорій громадян) та ін.

Серед фінансово-економічних засобів можна виділити такі, як: дотації і субвенції із бюджетів різних рівнів; державне замовлення на стоматологічне устаткування; податкові пільги та преференції для виробників продукції та послуг медичного призначення у вигляді довгострокових державних кредитів; лізинг з прискореною амортизацією; регулювання бюджетних статей для стоматологічних підприємств комунальної власності; прозору систему державних закупівель на тендерній основі; залучення інвестицій у галузь за рахунок венчурного фінансування; знижуючи коефіцієнти, квоти, ліміти; диференціацію розміру оплати праці медичних працівників залежно від обсягу та якості стоматологічних послуг; фінансування стоматологічних закладів на основі глобального бюджету та подушного фінансування; затвердження оновлених табелів оснащення; системне оновлення основних фондів.

Серед організаційних та контрольно-аналітичних засобів слід визначити ліцензування, патентування та акредитацію стоматологічних закладів незалежно від форм Власності та підпорядкування; стандартизацію і сертифікацію; незалежний

аудит реалізації державних цільових програм та проектів; інформаційно-аналітичне забезпечення організацій; дотримання соціальних нормативів; гарантовані (базові) пакети медичної та стоматологічної допомоги; сприяння впровадженню уніфікованих класифікаторів стоматологічних захворювань та єдиних підходів до їх лікування; формування єдиної системи перепідготовки кадрів; укладання угод, концесій; експертиза проектів в охороні здоров'я; створення інфраструктури стоматологічної допомоги; запровадження механізму аутсорсингу в діяльність стоматологічних підприємств.

Отже, складовою частиною виконання програм розвитку стоматологічної галузі є організаційно-економічний механізм управління процесом їх реалізації. Організаційно-економічний механізм передбачає створення спрямованої на реалізацію передбачених програмами заходів системи правових, адміністративних та економічних регуляторів. Слід зауважити, що рамки чинних законів можуть стати своєрідними обмеженнями щодо застосування різних методів регулювання.

Таким чином, проведений узагальнений аналіз наукових досліджень та власних розвідок відносно механізмів державного регулювання стоматологічної допомоги надав можливість запропонувати низку конкретних заходів, спрямованих на підвищення ефективності функціонування стоматологічної служби як складової національної системи охорони здоров'я і на цій основі, поліпшення рівня та якості надання стоматологічних послуг населенню. Отже, механізм реалізації зазначених напрямів повинен будуватися на цілісній системі їх координації та передбачає впровадження системних організаційних дій, які стосуються виконання багаторівневого моніторингу стану стоматологічного здоров'я.

Створення ефективних державних та регіональних програм профілактики неможливе без урахування показників стоматологічного здоров'я та профілів ризику. Однак, досі в Україні вказані питання систематично не вивчаються, не ведеться моніторинг стану стоматологічного здоров'я та факторів ризику. Відсутність системи моніторингу стану стоматологічного здоров'я та профілів ризику з урахуванням впливу ендемічних та екологічних чинників обумовила емпіричний підхід до створення регіональних програм профілактики,

фінансування яких здійснюється з місцевих бюджетів. Відсутність єдиних підходів та індикаторів щодо визначення програмних заходів у значній мірі визначають їх низьку ефективність.

Задля своєчасного реагування на існуючі потреби у системи стоматологічної допомоги необхідно вжити заходи щодо налагодження інформаційно-статистичного моніторингу для оперативного вивчення стану стоматологічного здоров'я серед населення. У системі взаємодії "держава – стоматологічні установи – населення" важлива роль належить своєчасному реагуванню суб'єктів регуляторного впливу на зміни наявної ситуації. Під час прийняття державно-управлінських рішень щодо перспектив розвитку системи стоматологічної допомоги слід активно застосовувати результати моніторингу стану стоматологічного здоров'я населення, ефективності діяльності та ресурсного забезпечення стоматологічних закладів [89].

Сьогодні, особливої важливості набуває: забезпечення і сприяння рівноправному функціонуванню стоматологічних закладів усіх форм власності; забезпечення раціонального використання наявних матеріально-технічних, фінансових і кадрових ресурсів; сприяння діяльності професійних медичних стоматологічних асоціацій.

Як вже зазначалося у першому розділі, система надання стоматологічної допомоги є відкритою ієрархічною системою, про ефективність якої слід судити за ступенем відповідності результатів функціонування цілям системи, якими є забезпечення та збереження стоматологічного здоров'я за рахунок підвищення якості стоматологічної допомоги і забезпечення її доступності з урахуванням наявних ресурсів. Управління цією складною системою потребує постійного оперативного забезпечення інформацією суб'єктів управління за рахунок зворотного зв'язку з керованими об'єктами. Тільки володіючи сучасними достовірними даними, можна оцінити ефективність діяльності системи, визначити управлінські заходи щодо її вдосконалення. Можливість отримання таких даних дає моніторинг за функціонуванням системи надання стоматологічної допомоги, який належить до числа найбільш поширених

методів інформаційно-аналітичного забезпечення її діяльності та управління [100].

Отже, з одного боку, асиметрія інформації в системі надання стоматологічної допомоги, а з іншого – стрімкий розвиток сучасних інформаційних технологій та необхідність упровадження їх у діяльність стоматологічних закладів потребує вдосконалення та посилення інформаційної ланки у відповідній системі. Цією ланкою можуть бути координаційні інформаційно-аналітичні центри.

Стоматологія окрім того, що вона є сферою надання медичної стоматологічної допомоги, ще є і сферою виробництва спеціальних стоматологічних засобів, пристроїв та має відношення до використання різноманітних технічних засобів, матеріалів, у тому числі високовартісних, які є особливими і застосовуються виключно в цій галузі. Зважаючи на це, цілком обґрунтованим на наш погляд є використання поняття “стоматологічна галузь” відносно системи ресурсного забезпечення стоматологічної допомоги населення з використанням усього спектру певних засобів і способів її надання.

Тому, якщо вести мову про вдосконалення діяльності стоматологічної галузі, то доцільно ставити питання про подальше вдосконалення організаційних питань, пов’язаних із забезпеченням надання кваліфікованої стоматологічної допомоги на основі програмно-цільового планування та налагодження ефективної системи координації функціонування стоматологічної служби на рівні держави, регіонів та окремих місцевостей. Це потребує в тому числі інституційних змін з визначенням усієї вертикалі яка би забезпечувала реалізацію відповідного процесу та зокрема єдиного координаційного органу, який би взяв на себе адміністрування відповідних питань.

Пропонуємо механізм координації стоматологічної служби регіону, сутність якого передбачає здійснення обґрунтуваного комплексу заходів, спрямованих на реалізацію стоматологічних програм з урахуванням об’єктивних потреб галузі задля ефективного розподілу ресурсів і цільового та ефективного використання коштів державного та місцевих бюджетів, а також

поширення інформаційно-аналітичного забезпечення відповідної системи в умовах формування єдиного простору стоматологічного обслуговування населення.

Пропонується створення постійно діючої координаційної ради з питань профілактики та лікування стоматологічних захворювань, як дорадчого органу при Головному управлінні обласної державної адміністрації. Основні завдання координаційної ради: - контроль повноти профілактики стоматологічних захворювань, якості терапевтичного та хірургічного лікування стоматологічних захворювань; проведення аналізу виконання заходів Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань у Харківській області і подання інформації про виконання до облдержадміністрації.

Координаційна рада матиме право: - одержувати інформацію та аналітичні матеріали від обласної стоматологічної поліклініки, лікувально-профілактичних закладів області щодо організації та якості профілактики і лікування стоматологічних захворювань; - контролювати консультативно-діагностичну та лікувальну діяльність лікувально-профілактичних закладів, які надають стоматологічну допомогу; - взаємодіяти з науково-дослідними установами Академії медичних наук України та вищими медичними закладами освіти з питань стоматології; - розглядати та подавати на затвердження соціальні бізнес проекти і на основі цього погоджувати питання щодо видачі дозволів на здійснення приватної стоматологічної практики [80]. Рішення Координаційної ради проводитимуться в життя наказами начальника Головного управління охорони здоров’я обласної державної адміністрації.

Координаційно-аналітичний центр (виконавчий орган створений при Координаційній раді). Основними завданнями координаційно-аналітичного центру слід вважати: дотримання єдиної системи збору, обробки, зберігання та передачі медико-статистичної інформації; централізований збір звітної та адміністративної інформації від стоматологічних закладів незалежно від форм власності і підпорядкування; обробку та аналіз реального стану здоров’я населення, ресурсів охорони здоров’я та діяльності стоматологічної галузі;

формування єдиного простору надання стоматологічної допомоги та стоматологічних послуг на адміністративних територіях; інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності системи надання стоматологічної допомоги; інформаційний супровід національних і регіональних програм лікування та профілактики стоматологічних захворювань; організаційно-методичне забезпечення підготовки і проведення акредитації та ліцензування стоматологічних закладів; організаційно-методичне забезпечення підготовки та забезпечення проведення атестації фахівців у сфері охорони здоров'я; проведення медико-економічного аналізу та маркетингових досліджень ресурсного забезпечення стоматологічної галузі; сприяння розповсюдженню сучасних технологій діагностики та лікування стоматологічних захворювань; визначення пріоритетних проектів та виконавців цих проектів на конкурсних засадах; моніторинг виконання проектів, оцінку діяльності виконавців та перегляд у разі необхідності їх структури і складу; опрацювання заходів із фінансового, матеріально-технічного, ресурсного і кадрового забезпечення виконання проектів; з'ясування можливостей забезпечення діяльності галузі, зокрема, розгляд питань щодо надання пільг і преференцій інвесторам пріоритетних проектів.

Отже, створення мережі координаційно-аналітичних центрів буде сприяти не тільки покращенню системи якості стоматологічної допомоги та медичного забезпечення, а й стане значним кроком до створення більш демократичної матричної системи управління відповідною галуззю, яка хоча ще й побудована на узгоджені відповідальності керівників по вертикалі, але вже передбачає прийняття рішень і функціонування системи в цілому по горизонталі, що в кінцевому підсумку є більш гнучкою системою, схильною до якісних перетворень.

Таким чином, реалізація державної політики в системі надання стоматологгічної допомоги має забезпечуватися шляхом взаємоузгоджених дій застосування органами державного управління прямих та непрямих методів впливу як адміністративно-відомчої та програмно-цільової форми державного

регулювання розвитку галузі, так і системних дій, які передбачають проведення моніторингу стану функціонування стоматологічної служби на усіх рівнях надання стоматологічної допомоги. Це дозволить: підвищити ефективність координації діяльності стоматологічних закладів незалежно від форми власності; забезпечити аналітичний супровід розробки і провадження регіональних стоматологічних програм; удосконалити систему контролю якості діяльності стоматологічної служби, в тому числі стосовно процедури ліцензування, акредитації та атестації.

Створення координаційних органів окрім вищезазначених функцій має на меті обґрунтування здійснення заходів реалізації стоматологічних програм з урахуванням об'єктивних потреб (науково обґрунтованих) задля ефективного розподілу ресурсів, а також цільового та ефективного використання коштів державного та місцевих бюджетів.

На основі вищезазначеного, можна зробити такі узагальнення:

1. Складовою частиною виконання програм розвитку стоматологічної галузі є організаційно-економічний механізм управління процесом їх реалізації. Організаційно-економічний механізм передбачає створення спрямованої на реалізацію передбачених програмами заходів системи правових, адміністративних та економічних регуляторів. Слід зауважити, що рамки чинних законів можуть стати своєрідними обмеженнями щодо застосування різних методів регулювання.

2. Концептуальні засади реформування стоматологічної служби полягають у підвищенні рівня стоматологічного здоров'я населення України та ефективності діяльності стоматологічної галузі шляхом створення та запровадження науково обґрунтованої і економічно ефективної системи організації стоматологічної служби на засадах зміни діючої організаційної моделі господарювання, з урахуванням співпраці в умовах єдиного медичного простору стоматологічних закладів різних форм власності; запровадження на засадах міжсекторальної взаємодії системи гігієнічного навчання та виховання, ефективних методів первинної та вторинної профілактики стоматологічних

захворювань.

3. З метою забезпечення впровадження Концепції реформування стоматологічної служби, пропонуємо реалізовувати її спільними зусиллями державних органів охорони здоров'я та відповідними професійними медичними асоціаціями у три етапи. На першому етапі передбачається розробка та обґрунтування оптимальної моделі організації та управління стоматологічними закладами різних форм власності. Другий етап передбачає створення нових на узгодження діючих нормативно-правових документів для опрацювання запропонованої моделі. На третьому етапі планується забезпечити впровадження моделі організації та управління стоматологічними закладами різних форм власності в умовах єдиного простору стоматологічного обслуговування, а також здійснити моніторинг ефективності впровадження та корекцію нормативно-правових актів для підвищення її ефективності.

4. Успішність реалізації Концепції базується на цільовій конкретності й реальності досягнення поставленої мети, стабільності принципів управління, адекватності фінансування та контролю за її реалізацією. Для досягнення спроектованих результатів наприкінці кожної стадії проекту необхідно провести порівняльний аналіз того, що зроблено згідно передбаченого плану, виявити вплив кожного етапу на кінцевий результат і розробити заходи щодо забезпечення цього проекту адекватним фінансуванням. Здійснення такого аналізу сприятиме виявленню пріоритетних напрямів, які з найменшими витратами дають найбільший ефект. Усе це повинно бути скоординовано в часі з урахуванням підготовчих заходів і з залученням висококваліфікованих спеціалістів.

5. Запропоновано механізм координації стоматологічної служби регіону, сутність якого полягає у здійсненні обґрунтуваного комплексу заходів, спрямованих на реалізацію стоматологічних програм з урахуванням об'єктивних потреб галузі задля ефективного розподілу ресурсів і цільового та ефективного використання коштів державного та місцевих бюджетів, а також поширенні інформаційно-аналітичного забезпечення відповідної системи в

умовах формування єдиного простору стоматологічного обслуговування населення. Пропонується створення постійно діючої координаційної ради з питань профілактики та лікування стоматологічних захворювань, як дорадчого органу при Головному управлінні обласної державної адміністрації та координаційно-аналітичного центру - виконавчого органу створеному при відповідній раді.

1. Визначаючи механізми регулювання системи стоматологічної допомоги доведено взаємозалежність організаційно-правового та організаційно-економічного механізмів управління. Складовою частиною виконання програм розвитку стоматологічної галузі є організаційно-економічний механізм управління процесом їх реалізації. Організаційно-економічний механізм передбачає створення спрямованої на реалізацію передбачених програмами заходів системи правових, адміністративних та економічних регуляторів. Слід зауважити, що рамки чинних законів можуть стати своєрідними обмеженнями щодо застосування різних методів регулювання.

2. В умовах обмеженого фінансування охорони здоров’я особливого значення набуває проблема ефективного використання ресурсів і спрямування їх на вирішення пріоритетних завдань за допомогою програмно-цільового управління. Такий підхід дозволяє встановлювати прямий зв’язок між виділенням бюджетних коштів і їх використанням для досягнення конкретних цілей та запланованих показників. Завдяки цьому методу забезпечується прозорість і обґрунтованість бюджетних видатків, підвищується ефективність використання фінансових ресурсів, посилюється відповідальність за правильність та об’єктивність планування.

Визначено поняття “цільова внутрішня ефективність системи надання стоматологічної допомоги”, під якою слід розуміти комплексну характеристику міри відповідності ресурсно-технічної бази цілям забезпечення якісною стоматологічною допомогою. Враховуючи, що головне цільове призначення системи пов’язано з наданням стоматологічної допомоги та профілактичними

заходами, її цільову ефективність логічно називати медико-профілактичною ефективністю надання стоматологічної допомоги.

3. Передумовою обґрунтування управлінських рішень у системі забезпечення розвитку стоматологічної галузі є достовірна, об'єктивна, диференційована інформація про стан її функціонування щодо забезпечення доступної та якісної стоматологічної допомоги населенню. Причинами недостатньої ефективності діяльності стоматологічної галузі є невірне визначення пріоритетів її розвитку, відсутність системних заходів, спрямованих на реструктуризацію галузі у відповідності з суспільними потребами та нераціональне використання наявних ресурсів.

Одним з важливих заходів покращення ефективності функціонування стоматологічної служби є проведення моніторингу стану стоматологічного здоров'я і діяльності стоматологічних закладів. Проведення постійного моніторингу за ходом виконання цільових комплексних програм та заходів охорони здоров'я дозволить щорічно визначати фактично отриманий та прогнозувати майбутній медичний, соціальний і економічний ефект. Комунальні стоматологічні заклади у свою чергу повинні мати господарську самостійність і планувати роботу відповідно до реальних рівнів поширеності стоматологічних захворювань і потреби в стоматологічних кадрах.

4. Підвищення ефективності управління системою надання стоматологічної допомоги передбачає: застосування програмно-цільового планування діяльності стоматологічної служби; удосконалення форм організації всіх ланок відповідної системи; модернізацію матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у розвиток системи стоматологічної допомоги; здійснення обґрунтованої кадрової політики та зрозумілої системи мотивації праці; контроль за забезпеченням ефективної роботи стоматологічної служби на всіх рівнях надання стоматологічної допомоги у відповідності з потребами споживачів.

За допомогою методів порівняльного аналізу діяльності стоматологічної служби в сучасних умовах господарювання доведено, що програмно-цільовий

метод управління видатками на стоматологічну допомогу надає можливість визначення резервів підвищення ефективності її фінансування, що дозволить суттєво зменшити загальні відносні витрати на функціонування стоматологічної служби за рахунок економії бюджетних коштів.

5. Ключовою ідеєю створення ефективної системи стоматологічної допомоги є формування взаємовідповідального міжсистемного об'єднання, метою якого є збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я громадян України шляхом об'єднання зусиль держави та професійної громадськості на основі спільного партнерства та спільної соціального відповідальності. У цьому контексті важливим представляється формування механізму чіткої взаємодії професійних фахових асоціацій з державними органами, які формують та реалізують державну політику у відповідній сфері.

Реалізація державної політики в системі надання стоматологічної допомоги повинна забезпечуватися шляхом взаємоузгоджених дій у напрямку застосування органами державного управління прямих та опосередкованих методів впливу як адміністративно-відомчої та програмно-цільової форми державного регулювання розвитку галузі, так і системних дій, які передбачають проведення моніторингу стану функціонування стоматологічної служби на усіх рівнях надання стоматологічної допомоги. Створення координаційних органів дозволить: підвищити ефективність координації діяльності стоматологічних закладів; забезпечити аналітичний супровід розробки і провадження регіональних програм; удосконалити систему контролю якості діяльності стоматологічної служби; здійснювати заходи реалізації стоматологічних програм з урахуванням об'єктивних потреб (науково обґрунтованих) задля ефективного розподілу ресурсів та цільового використання коштів державного та місцевих бюджетів.

6. Концептуальні засади реформування стоматологічної служби полягають у підвищенні рівня стоматологічного здоров'я населення України та ефективності діяльності стоматологічної галузі шляхом створення та запровадження науково обґрунтованої і економічно ефективної системи

організації стоматологічної служби на засадах зміни діючої організаційної моделі господарювання, з урахуванням співпраці в умовах єдиного медичного простору стоматологічних закладів різних форм власності; запровадження на засадах міжсекторальної взаємодії системи гігієнічного навчання та виховання, ефективних методів первинної та вторинної профілактики стоматологічних захворювань.

Механізм запровадження єдиного простору стоматологічного обслуговування населення в регіоні передбачає створення такої системи управління стоматологічною допомогою на регіональному рівні, яка охоплює всю сукупність взаємовідносин, зв’язків, чинників, інших регіональних особливостей тощо, що надають вплив на керуючу та керовану підсистеми єдиного простору стоматологічного обслуговування в регіоні і використовуються під час його функціонування.

ВИСНОВКИ

Стоматологічна галузь є найбільш ринково-орієнтованим сектором надання медичних послуг населенню, що зумовило проведення дослідження, спрямованого на вирішення важливого наукового завдання обґрунтування науково-методичних засад та концептуальних підходів до вдосконалення організаційного, правового та економічного механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню і розкриття можливостей підвищення ефективності функціонування стоматологічної служби в Україні.

1. Аналіз сучасного стану та перспектив розвитку стоматологічної галузі в Україні свідчить про необхідність її реорганізації. Основні чинники, що обумовлюють низький рівень стоматологічного здоров'я населення та призводять до погіршення ефективності діяльності вітчизняної стоматологічної служби, це: неефективна організаційна модель господарювання, недостатнє фінансування галузі, неможливість дотримання обсягу стоматологічної допомоги, передбаченого у фахових стандартах; невідповідність наявного стоматологічного устаткування та технологій у державних і комунальних закладах сучасним вимогам щодо ефективної організації діяльності стоматологічної служби стосовно лікування стоматологічних захворювань; руйнування системи профілактики та гігієнічного навчання населення; відсутність сформованої системи моніторингу суттєвих факторів ризику та показників стоматологічного здоров’я.

2. Визначені підходи до регуляторного впливу держави на забезпечення населення стоматологічною допомогою на регіональному рівні, а також в умовах мегаполісу, які полягають у здійсненні конкретних заходів з: упорядкування організаційної структури стоматологічної служби, враховуючи наявність державних, комунальних та приватних стоматологічних закладів, які недостатньо інтегровані в реалізацію комплексних програм лікування та профілактики стоматологічних захворювань; активізації роботи у напрямі інтеграції суб’єктів господарювання різних форм власності та підпорядкування (роботодавці, фінансово-кредитні установи, асоціації) на договірних відносинах щодо їх участі в

інвестуванні стоматологічної галузі; створення єдиного територіального координаційного центру стоматологічної допомоги з наданням йому функцій проведення моніторингу стану стоматологічної допомоги з наданням пропозицій розпорядникам державних коштів щодо покращення забезпечення галузі на відповідному територіальному рівні; розробки консолідованого механізму ресурсного забезпечення стоматологічних установ, маючи на увазі ресурсно-технічне оздоровлення стоматологічних закладів шляхом застосування механізмів фінансового лізингу стоматологічного устаткування;

3. Обґрунтовано застосування програмно-цільового методу управління системою стоматологічної допомоги та профілактики стоматологічних захворювань. Державні, регіональні та муніципальні програми мають вирішувати гострі проблеми стоматологічної галузі та забезпечити її вихід з кризового стану. Це передбачає: запровадження заходів щодо ресурсозбереження та перехід до раціонального використання наявних ресурсів з опрацюванням нормовитрат матеріалів, медикаментів, електроенергії та інших засобів стоматологічного виробництва; запровадження державного замовлення на виробництво та реалізацію стоматологічних послуг у залежності від обґрунтованих потреб на основі даних координаційного центру; активізацію залучення позабюджетних асигнувань з цільовим використанням для модернізації стоматологічного устаткування і запровадження нових технологій лікування та профілактики стоматологічних захворювань; вирішення питань упорядкування статистичної звітності закладів стоматологічної допомоги у рамках єдиного інформаційного простору захворюваності та потреб у наданні стоматологічної допомоги.

4. Пропонується започаткувати стратегічне планування та управління розвитком системи стоматологічної допомоги на основі використання механізмів моніторингу показників стоматологічного здоров’я та діяльності стоматологічної служби, а також координації реалізації державного та регіонального профілів. профілю та лікування стоматологічних захворювань за допомогою спеціально уповноваженого координаційного органу при міністерстві охорони здоров’я України та управліннях охорони здоров’я облдержадміністрацій. Мета –

підвищити ефективність реалізації національних та регіональних програм стоматологічної допомоги, а також забезпечити стоматологічну допомогу діагностично-профілактичними технологіями та стоматологічною продукцією.

5. Виявлено особливості державного регулювання ресурсного забезпечення стоматологічної галузі. Для покращення матеріально-технічного забезпечення стоматологічної служби запропоновано: поетапне переоснащення стоматологічних закладів новим устаткуванням в межах регіональних програм за рахунок коштів місцевих бюджетів; організація кабінетів для проведення первинної профілактики стоматологічних захворювань; виділення для областей пересувних стоматологічних комплексів (з сучасними пересувними установками) для підвищення доступності стоматологічної допомоги особливо для сільського населення. Розподіл стоматологічних закладів за ієрархічним рівнем проводити не за обсягом роботи та послугами, які в подальшому і визначають тип стоматологічної структури, а за видом стоматологічної допомоги: первинна, вторинна або кваліфікована, третинна або спеціалізована і високо-спеціалізована, які також передбачають загальний обсяг виконання робіт та послуг у відповідності до стоматологічних технологій та рекомендованих тимчасових стандартів.

6. Доведено, що державна політика забезпечення населення стоматологічною допомогою має бути спрямована на гарантоване надання стоматологічної допомоги пільговим категоріям населення, протезування пільгових категорій громадян та працюючого населення із залученням до реалізації програми служб соціального забезпечення та фінансово-кредитних установ для запровадження механізму кредитування на зубопротезування для працюючих; активізувати профілактичну роботу за рахунок залучення різних міністерств та відомств до комплексної програми профілактики; запропонувати для покращення роботи з протезування таку форму роботи як колективний підряд; залучати приватних лікарів до обслуговування пільгового контингенту та профілактичних заходів, шляхом запровадження програми соціальної відповідальності приватних стоматологів; сприяти розробці соціальних бізнес

проектів на користь суспільству і громадянам.

7. Вдосконалено механізм державного регулювання стоматологічної служби міста шляхом визначення концептуальних підходів, спрямованих на забезпечення ефективної реалізації державної, регіональних та муніципальних програм профілактики стоматологічних захворювань, а також напрямів підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню, серед яких потрібно виділити такі: визначити чіткі критерії розподілу коштів загального фонду між окремими комунальними стоматологічними поліклініками; 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; сформувати дорадчу організацію (у складі головних лікарів комунальних стоматологічних поліклінік, представників управління охорони здоров'я міста, науковців та ін.); 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.

8. Підготовлено низку науково-практичних пропозицій щодо системного розв'язання фінансово-економічних проблем стоматологічної галузі, а саме: підвищити доступність стоматологічної допомоги для широких верств населення за рахунок забезпечення збалансованості державних гарантій у сфері безоплатної стоматологічної допомоги, включаючи зубопротезування з урахуванням можливостей державних та місцевих бюджетів; здійснювати фінансування стоматологічної допомоги під конкретне державне замовлення на гарантований обсяг з одночасним проведенням реорганізації мережі стоматологічних закладів та наданням їм правового статусу державних та комунальних медичних підприємств; запровадити новий механізм координації роботи стоматологічних закладів на основі централізованого моніторингу їх діяльності.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Адизес І. Управління життєвим циклом корпорації / Пер. з англ. під наук. ред. Н. О. Палій. – Издательство «Книжный Клуб «Клуб Семейного Досуга» .: Україна, 2018. – С. 496.

2. Адміністративно-правова охорона особистих немайнових прав: монографія / О.О. Пунда – Ірпінь – Хмельницький, ФОП Мельник А.А., 2017. – 542 с.

3. Алієва В. Ф. Аналіз організації медичних послуг в сучасних умовах розвитку економіки в Росії / В. Ф. Алієва // Вісник СамГУ. – 2013. – № 1 (102). – С. 9-14.

4. Анализ перспектив развития рынка медицинских услуг Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http: //www.ilfua.com/ru/publications /articles/analizperspektivrazvitiyarynka medicinskihuslugukrainy. – Название с экрана.

5. Андрусик К. Ю., Вахович И. М.Финансовое обеспечение развития медицинской сферы: проблемы и пути решения. Економічні науки. Серія: Облік і фінанси. – 2014. – Вип. 11 (41). Ч. 1. – С. 7–18.

6. Артюхіна М.В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі / М.В. Артюхіна // Економічний вісник Донбасу. – 2011. – № 2 (24). С. 135-137.

7. Белокрылова О.С. Конституционная политическая экономия в контексте теории и практики. Journal of economic regulation (Вопросы регулирования экономики). Том 5. – №1. – 2014. – С.6–12.

8. Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте, 2017 — 127 с.

9. Биртанов Е. А. Пути развития частного здравоохранения (мировой опыт) [Электронный ресурс] / Е. А. Биртанов. – Режим доступа :

http://www.rusnauka.com/5_PNW_2010/Economics/58673.doc.htm. – Название с экрана.

10. Біла І., Драгованова М. Особливості державно-приватного партнерства в сучасних умовах України. Економіка України. – 2013. – № 6. – С. 26–31.

11. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання, механізми державного управління : дис. … на здоб. наук. ступ. канд. наук з держ. упр. / НАДУПУ ОРІДУ. Одеса. – 2014. – 22 с.

12. Василенко І. О., Лакуста Н. В. Особливості маркетингу на ринку медичних послуг та освіти // Науковий вісник БДФА. Серія: Економічні науки: зб. наук. праць. Вип. 1; Міністерство фінансів України, БДФА. – Чернівці: Технодрук, 2010. – 228 с.

13. Вовк С.М. Умови для розвитку контрактних конструкцій в охороні здоров'я України. Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», – 2017. – Вип. 2 (57).– 216с. – С. 60–65.

14. Вовк С.М. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период. Економіка і право охорони здоров'я. 2015. № 1 (1). С.11– 14.

15. Вовк С.М. Моделювання універсальних принципів державноприватного управління медичними організаціями / С.М. Вовк // Науковий економічний «ІНТЕЛЕКТ ХХІ» – 2014. – №5 – С.14 – 20.

16. Вовк С. М. Механизмы реконструкции собственности лечебных учреждений Украины. Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін. Серія "Державне управління" : зб. наук. праць. Маріуполь : ДонДУУ, 2015. т. XVI, вип. 297. С. 194–200.

17. Вороненко Ю., Литвинова О. Менеджмент та лідерство в медсестринстві. Тернопіль: Укрмедкнига. – 2001. – 368с.

18. Гнатюк Л.М. Маркетингове дослідження очікувань населення та лікарів від реформи медичної галузі // Маркетинг в Україні. Програма та тези

доповідей XII Міжнародної науково-практичної конференції. – Київ.: ВГО «Українська асоціація маркетингу», 2012. – 196 с. – С. 33-36.

19. Гриценко Л. Л. Концептуальні засади державно–приватного партнерства. Вістник СумДУ: Серія «Економіка». – 2012. – № 3. – С. 52–59.

20. Ден Кеннеді Безжальний менеджмент та ефективність людських ресурсів. - К .: Лорі, 2019. -с.304.

21. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здоровоохоронної сфери) / В. В. Дудка // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2012. – № 1. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4. – Назва з екрана.

22. Європейська асоціація фасиліті менеджменту Україна : веб-сайт. URL: https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/company_details/40918287/ (дата звернення: 18.04.017).

23. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / за заг. ред. З. М. Митника. Киев : 2010. – 107 с.

24. Зінчук Н А. Формування аналітичної компетентності майбутніх менеджерів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук.ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Н. А. Зінчук. – Київ, 2010. – 23 с.

25. Куренкова Д. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины / Д. Куренкова [Электронный ресурс]. – Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. – Режим доступа : http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-buduschee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy296354/?supdated_new= 1445966974.23. – Название с экрана.

26. Мармаза О. І. Інноваційний менеджмент / О. І. Мармаза. – Х.: ТОВ «Планета-принт», 2016. – 197 с.

27. Мармаза О. І. Основи теорії менеджменту / О. І. Мармаза. – Х.: ТОВ «Планета-принт», 2015. – 139 с

28. Мармаза О. І. Стратегічний менеджмент / О. І. Мармаза. – Х.: Х.: ТОВ «Планета-принт», 2015. – 103 с.

29. Марова С.Ф., Вовк С.М. Участь приватного сектору в капіталі державних установ охорони здоров'я. Молодий вчений. 2017. №7. С. 352-356.

30. Меловатская Н. Ю. Статистический анализ и прогнозирование развития рынка платных медицинских услуг: автореф. дис. на получение науч. степени канд. эконом. наук: спец. 08.00.12 «Бухгалтерский учет, статистика» / Н. Ю. Меловатская. – Москва, 2011. – 20 с.

31. Мнение населения и врачей о ситуации в медицине. Результаты исследований Украинского Рейтингового Агентства. – К.: УРА: електронный ресурс http://ratingua.com.ua/?p=348.

32. Наказ № 158 Міністерства охорони здоров'я України від 11.04.2005 «Про затвердження табеля оснащення обладнанням одного робочого місця лікаря-стоматолога та зубного техніка»: Електронний ресурс - http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=3843.

33. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., м. Київ, листопад 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11. – Назва з екрана.

34. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

35. Панчук О. Ю. Концептуальні підходи до формування системи управління ризиками у стоматологічній службі / О. Ю. Панчук // Вісник стоматології. – 2008. – №1. – С. 4–5.

36. Системи охорони здоров'я: час змін — [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://bit.ly/2qJdw1n.

37. Уляшенко В. Механізм стратегічного управління інноваційним розвитком : монографія. Суми : Університетська книга. – 2012. – 432 с.

38. Урсол Г. М. Приватний сектор системи охорони здоров’я – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області / Г. М. Урсол, О. А. Скрипник, О. М. Василенко // Буковинський медичний вісник. – 2014. – Т. 18, № 4 (72). – С. 177–181.

39. Феськов В.В. Основи менеджменту і маркетингу в стоматології: підручник (ВНЗ I—II р. а.) / Всеукраинское специализированное издательство «Медицина» // 2015. – С. 192.

40. Ханнан М. Т., Фрімен Дж. Екологія організаційних популяцій // Вісник Санкт-Петербурзького університет, 2004, Сер. Менеджмент (4) .- С. 143-185.

41. Чехун І.А. Надання платних медичних послуг: цивільно правові аспекти / І.А. Чехун // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. С. 213-216.

42. Щербина В.В., Єрмолаєв В.Н .: Розвиток приватних стоматологічних клінік Москви: методологія і деякі підсумки дослідження // Особистість, Культура, Суспільство. - му, 2005, №1.

43. Шомникова А. В.. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингового дослідження // Наукові праці НДФІ. К.: НДФІ, 2009. – №2. – С. 131-136.

44. Шутов М. М., Вовк С. М. Место маркетинговых исследований в управлении системой здравоохранения Україна. Здоров’я нації. – 2012. – №3(23). – С. 229–232.

45. Янг Л. Створення кластерів – один із напрямів зростання. Менеджмент та стратегічне управління. – 2012. – С. 144–148.

46. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров’я України. Україна. Здоров’я нації. – 2012. – №1(21). – С.95–100.

47. Governance for health in the 21st century / by Ilona Kickbusch, David Gleicher; The Regional Office for Europe of the World Health Organization. – Geneva, Switzerland, 2012. – 128 p.

48. Hoo E. Medical Network and Payment Reform Strategies to Increase Health Care Value / E. Hoo, D. Lansky // American Health Policy Snstitute. 2016. – 17 p.

49. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows / Bernd Rechel, Stephen Wright, James Barlow, Martin McKee // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – № 88. – P. 632–636. doi: 10.2471/BLT.09.073361.

50. Question 64, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates [Electronic resource]. – URL : http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm.

51. Ryan A. Making the Best of Hospital Pay for Performance / Andrew Ryan, Jan Blustein // New England journal of medicine. – 2012. – № 366. – P. 1557–1559. doi: 10.1056/NEJMp1202563.