

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
"УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**Савчук Олег Володимирович**

УДК: 614. 2. 001. 73:362. 121:616:31-082

УДК: 614. 2. 001. 73:362. 121:616. 31 – 082 “312”

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**Комплексне медико-соціальне обґрунтування реструктуризації  
муніципальної системи стоматологічної допомоги із залученням  
сучасних клінічних інноваційних технологій та менеджменту**

14. 01. 22 – стоматологія

14. 02. 03. – соціальна медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.

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

\_\_\_\_\_ О.В. Савчук

Науковий консультант: Фера Олександр Васильович,  
доктор медичних наук, професор

Ужгород - 2019

## АНОТАЦІЯ

*Савчук О. В.* Комплексне медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги із залученням сучасних клінічних інноваційних технологій та менеджменту. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальностями 14.01.22 – стоматологія та 14.02.03. - соціальна медицина. – Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», МОН України, Ужгород, 2019.

Дисертація присвячена науковому вирішенню проблеми надання стоматологічної допомоги населенню в умовах реформування комунальних стоматологічних закладів, шляхом розробки моделі комунальної стоматологічної поліклініки, діючої на умовах державно-приватного партнерства, яка базується на застосуванні сучасних технологій індивідуалізованих підходів до діагностики, лікування та нормалізації мікробіому порожнини рота.

З метою підвищення якості надання стоматологічної допомоги була створена модифікована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини, імплементація якої у структуру лікувально-діагностичного комплексу сприяє досягненню довготривалої повної успішності реабілітації з урахуванням індивідуальних умов кожної окремої клінічної ситуації.

Для оцінки прогнозованої ефективності лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників розроблено поліноміальне рівняння:

$$\text{ПЕЛ} = \text{КПКЧ}_1 \times \text{К}_1 \% + \text{КПКЧ}_2 \times \text{К}_2 \% + \text{КПКЧ}_3 \times \text{К}_3 \% + \text{КПКенаЧ}_n \times \text{К}_n \%,$$

де

ПЕЛ – прогнозована ефективність лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників,  $KKЧ_{1,2,3,n}$  - показник коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості кожної окремої складової мікробних асоціації до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників, який обраховується як співвідношення чутливості тест-культури до чутливості відібраного клінічного ізоляту тієї ж культури;  $K_{1,2,3, n}$  – відсотковий показник змін складу мікробних асоціацій на момент дослідження у порівнянні із фізіологічно збалансованим станом мікрофлори ротової порожнини.

Сукупність усіх відсоткових показників змін складу мікробних асоціацій у порівнянні із вихідними параметрами балансу мікробіому порожнини рота сягає 100% та розподіляється між зареєстрованими змінами у відповідності до їх чисельної вираженості, що була зареєстрована в ході проведення квантифікаційного та компаративного аналізів, а також в ході картування ідентифікованих змін на графіку референтного патерну фізіологічно збалансованої мікрофлори ротової порожнини. Використання ж додатково уведеного показника коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості складових мікробних асоціацій дозволяє диференціювати ефективність використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників при їх дії на культури мікроорганізмів із різного середовища походження. Якщо даний показник перевищує 1, то прогнозована чутливість досліджуваної тест-культури є вищою за відповідну чутливість клінічного ізоляту, якщо ж даний показник менше 1, то прогнозована чутливість відібраного клінічного ізоляту до дії використовуваних середників, навпаки, є вищою за чутливість тест-культури. Використання показника прогнозованої ефективності лікування уражень ротової порожнини із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників дозволяє проводити динамічний моніторинг за зміною у структурі мікробних асоціацій у порівнянні із вихідними умовами патології та із попередньо зареєстрованим станом норми, що в свою чергу в подальшому сприяє не емпірично-

обґрунтованій, а індивідуалізовано-направленій корекції медикаментозного лікування з метою досягнення організації мікрофлори ротової порожнини характерного для стану норми.

Обґрунтовано, розроблено і впроваджено модель об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки, яка є самоврядним, господарсько і юридично самостійним суб'єктом медичної діяльності; має новий господарський механізм, створена на засадах державно-приватного партнерства; інтегрує два різнопланових (функціонально і організаційно) лікувально-профілактичних відділення, кожне з яких орієнтоване на конкретного споживача послуг; працює за бригадно- етапним алгоритмом стоматологічного бізнес-процесу в обслуговуванні пацієнтів.

За результатами експертної оцінки запропонована модель об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки більш ефективна з медичних, соціальних та економічних аспектів за існуючу.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні наукової парадигми реструктуризації комунальних стоматологічних закладів на принципах ДПП, як методичних підходів до моделювання сучасної моделі стоматологічної поліклініки, які стали основою для проведення змін виробничої, економічної та організаційної структури комунальних стоматологічних закладів, з метою підвищення ефективності виробництва, якості стоматологічної допомоги та отримання більшої фінансової стійкості стоматологічними закладами у нових економічних умовах.

Вперше клінічно доведено, що реструктуризація медичних закладів за рахунок впровадження ефективного менеджменту та інноваційних методів персоналізованої медицини шляхом нормалізації мікробіому ротової порожнини при використанні про- та пребіотиків сприяє підвищенню показників клінічної та фінансової ефективності комплексного лікування патологій тканин пародонту на 60,1-62,3%.

Вперше була створена модифікована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини, імплементація якої у структуру лікувально-

діагностичного комплексу сприяє досягненню довготривалої повної успішності реабілітації з урахуванням індивідуальних умов кожної окремої клінічної ситуації. Для оцінки прогнозованої ефективності лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників розроблено поліноміальне рівняння, використання якого сприяє індивідуалізовано-направленої корекції медикаментозного лікування з метою досягнення організації мікрофлори ротової порожнини характерного для стану норми. До основних наукових результатів, які характеризують новизну і розкривають результати дисертаційного дослідження, належать такі положення:

*Вперше в Україні:*

- розроблено функціонально-організаційну структуру, управлінський апарат моделі об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах державно-приватного партнерства, яка є самоврядним, господарсько і юридично самостійним суб'єктом медичної діяльності; інтегрує два різнопланових (функціонально і організаційно) лікувально-профілактичних відділення, кожне з яких орієнтоване на конкретного споживача послуг; працює за бригадно-етапним алгоритмом стоматологічного бізнес-процесу в обслуговуванні пацієнтів; забезпечує підтримку стоматологічного здоров'я всім верствам населення;

- обґрунтовано методику оптимізації управління моделлю МПСР, яка дозволяє менеджерам раціонально організувати технологію бізнес - процесу за організаційно-правовим, економічним, структурно - технологічним та ресурсним напрямком;

- обґрунтовано алгоритм створення та впровадження у практику роботи лікарів;

- стоматологів бригадно-поетапного процесу обслуговування пацієнтів;

- проведено аналіз ефективності лікування патології пародонту із урахуванням принципів персоналізованої медицини.

*Вдосконалено:*

- систему оплати конкретних обсягів стоматологічної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних заявок в моделі об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки;

- ефективність лікування патології пародонту шляхом корекції мікробіотичного статусу ротової порожнини на основі протоколів персоналізованої медицини.

*Набула подальшого розвитку:*

- методика проведення багатофакторного ситуаційного аналізу діяльності муніципальних стоматологічних поліклінік і оцінки їх медичної та соціальної ефективності;

- методика комплексного лікування патологій пародонту із використанням антибактеріальних середників та суміжним пробіотичним та пребіотичним супроводом.

Теоретичне значення одержаних результатів роботи полягає в істотному доповненні теорії соціальної медицини в частині вивчення наукової проблеми аналізу і оцінки стану управління та організації діяльності комунальних стоматологічних поліклінік великого міста і розробці методології вдосконалення їх функціонування на принципах державно-приватного партнерства, обґрунтування персоналізованого підходу до лікування патологій тканин пародонту.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що для охорони здоров'я розроблені методичні рекомендації "Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки" в яких запропонована вітчизняна організаційно-функціональна модель об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки, яка функціонує як господарсько та фінансово самостійний заклад на принципах ДПП з організацією двох відділень - муніципального і приватного, що забезпечує економічну ефективність виробництва, підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню, розробка моделі надання стоматологічної

допомоги сфокусованої на оцінці клінічних проявів, генетичних варіацій, геномних змін та факторів оточення індивіду з урахуванням принципів сучасного менеджменту.

**Ключові слова:** комунальна система стоматологічної допомоги, реструктуризація, модель комунально-приватної стоматологічної поліклініки, державно-приватне партнерство, ефективність.

## ANNOTATION

*Savchuk O. B.* Complex medico-social substantiation of restructuring of the municipal dental care system with additional using of the modern clinical innovative technologies and management. – The qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialties 14.01.22 - Dentistry and 14.02.03 – Social Medicine. –State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University", Uzhhorod, 2019.

The dissertation is devoted to the scientific solution of the problem of providing dental care to the population in reforming conditions of communal dental institutions, by developing a model of the communal dental clinic to operate it as a public-private partnership, based on the application of modern technologies of individualized approaches to the diagnosis, treatment and normalization of microbiological situation in oral cavity.

In order to improve the quality providing of dental care, a modified model for analyzing the changes in microbial associations of the oral cavity was created, its implementation in the structure of the medical-diagnostic complex contributes to the achievement of a long-term complete rehabilitation success, taking into account the individual conditions of each individual clinical situation.

To estimate the predicted effectiveness of treatment, taking into account the sensitivity of the components of microbial associations to the action of the antibacterial and antiseptic agents used, a polynomial equation has been developed,

the use of which contributes to the individualized-directed correction of drug treatment in order to achieve the organization of the microflora of the oral cavity characteristic for the norm state.

To estimate the predicted effectiveness of treatment, taking into account the sensitivity of the components of microbial associations, the polynomial equation is developed for the action of the antibacterial and antiseptic agents used:  $PET = CPCS\ 1 \times P1\% + CPCS\ 2 \times P2\% + CPCS\ 3 \times P3\% + \dots CPCSn \times Pn\%$ , where PET - predicted effectiveness of treatment taking into account the sensitivity of the components of microbial associations to the action of antibacterial and antiseptic agents used,

CPCS1,2,3; n - coefficient of predicted clinical sensitivity of each individual component of the microbial association to the action of the antibacterial and antiseptic agents used, calculated as the ratio of the sensitivity of the test culture to the sensitivity of the selected clinical isolate of the same culture;

P1,2,3, n - percentage index of changes in the composition of microbial associations at the time of the study compared with the physiologically balanced state of the microflora of the oral cavity.

The aggregate of all percentages of changes in the composition of microbial associations in comparison with the initial parameters of the microbial balance of the oral cavity reaches 100% and is distributed between the registered changes in accordance with their numerical severity, which was registered during the conduct of quantitative and cumulative analyzes, as well as during the mapping of identified changes. on the graph of the reference patter physiologically balanced microflora of the oral cavity. Using of the additionally introduced indicator of the predicted clinical sensitivity of the components of microbial associations allows differentiating the effectiveness of the antibacterial and antiseptic agents used in their action on microorganism culture from a different source of origin. If this figure exceeds 1, then the predicted sensitivity of the test cultures is higher than the corresponding sensitivity of the clinical isolate, if this figure is less than 1, then the predicted sensitivity of the selected clinical isolate to the action of the used

mediums, on the contrary, is higher than the sensitivity of the test culture. The use of the indicator of the predicted effectiveness of treatment of lesions of the oral cavity, taking into account the sensitivity of the components of microbial associations to the action of the antibacterial and antiseptic agents used, allows for dynamic monitoring of changes in the structure of microbial associations in comparison with the baseline conditions of the pathology and with the pre-registered condition of the norm, which in turn contributes further not empirically substantiated, but individualized-directed correction of medical treatment in order to achieve The organization of the microflora of the oral cavity is characteristic for the state of the norm.

Unified model of municipal-private dental clinic was substantiated, developed and implemented. This model is self-governing, economically and legally independent entity of medical activity; has a new economic mechanism, established on the basis of public-private partnerships; uses teamwork and step by step algorithms for the organization of dental business process. Two different (functional and organizational) department, each of which focuses on its clients and has its own source of funding are integrated in the model.

The proposed model of unified municipal-private dental clinic is more medical, social and economic efficient on comparison with current model, on the results of the expert review.

The scientific novelty of the obtained results is to substantiate the scientific paradigm of the restructuring of communal dental institutions on the principles of PPP as methodological approaches to modeling the modern model of dental clinics, which became the basis for changes in the industrial, economic and organizational structure of communal dental institutions in order to increase the efficiency of production, quality dental care and getting more financial sustainability by dental clinics in newer economies languages.

For the first time, it has been clinically proven that the restructuring of medical institutions through the introduction of effective management and innovative methods of personalized medicine by normalizing the microbial oral

cavity through the use of pro-and prebiotics contributes to increasing the clinical and financial efficiency of complex treatment of pathologies of periodontal tissue by 60.1-62.3% .

For the first time, a modified model for analyzing changes in microbial associations of the oral cavity was created, the implementation of which in the structure of the medical-diagnostic complex contributes to the achievement of long-term full rehabilitation success taking into account the individual conditions of each individual clinical situation. To estimate the predicted effectiveness of treatment, taking into account the sensitivity of the components of microbial associations to the action of the antibacterial and antiseptic agents used, a polynomial equation has been developed, the use of which contributes to the individualized-directed correction of drug treatment in order to achieve the organization of the microflora of the oral cavity characteristic for the norm state.

The main findings of the research, which characterize the novelty and reveal the results of the dissertation study, include the following provisions:

For the first time in Ukraine:

- the functional-organizational structure, management apparatus of the model of the combined communal-private dental clinic on the principles of public-private partnership, which is self-governing, economically and legally independent subject of medical activity, is developed; integrates two versatile (functional and organizational) treatment and prevention departments, each of which is focused on a specific consumer of services; Works on the team-stage algorithm of the dental business process in the service of patients; provides support for dental health for all segments of the population;
- the method of optimization of management of the model of MPSP is substantiated, which allows managers to efficiently organize the technology of the business process in terms of organizational - legal, economic, structural - technological and resource direction;

- the algorithm of creation and introduction into practice of work of doctors-dentists of the brigade-step-by-step process of patient service is substantiated;
- the analysis of the effectiveness of the treatment of periodontal pathology was conducted taking into account the principles of personalized medicine.

Improved:

- payment system for specific volumes of dental care under subcontract agreements on the basis of territorial applications in the model of the combined municipal-private dental clinic;
- efficiency of treatment of periodontal pathology by correction of microbiotic status of the oral cavity on the basis of protocols of personalized medicine.

Has further developed:

- a method of conducting multifactorial situational analysis of the activities of municipal dental clinics and assessing their medical and social efficiency;
- a method of complex treatment of periodontal pathologies using antibacterial agents and adjacent probiotic and prebiotic support.

The theoretical significance of the results obtained is a significant complement to the theory of social medicine in the study of the scientific problem of the analysis and evaluation of the state of management and organization of the activities of communal dental clinics in a large city and the development of a methodology for improving their functioning on the principles of public-private partnership, the justification of a personalized approach to the treatment of pathologies of periodontal tissues.

The practical significance of the results obtained is that for the health protection methodical recommendations have been developed "Organization of dental care in urban dental clinics of communal (municipal) property in conditions of a market economy" in which the domestic organizational and functional model of the combined municipal-private dental clinic, which functions as an

economically and financially independent institution on the principles of PPP with the organization of two divisions - municipal and private, which ensures the economic efficiency of production, improving the quality and accessibility of dental care to the population, developing a model for providing dental care focused on the evaluation of clinical manifestations, genetic variations, genomic changes and factors of the environment of the individual, taking into account the principles of modern management.

**Keywords:** municipal system of dental care, the restructuring, the model of municipal and private dental clinic, public-private partnerships, efficiency.

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Костенко Є.Я. Можливості модифікації підходу до лікування пародонтиту виходячи із принципів Р-4 медицини / Є.Я. Костенко, **О.В.Савчук**, Ю.М. Бунь // Intermedical Journal. – 2018. – №1(11). – С. 67-70. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

2. Hasyuk N. V. Additional methods of examination in dentistry manual for self-training for practical classes. /N.V.Hasyk, V. V. Chernyak, O. V. Klitynska, Ye. Ya. Kostenko, **O.V. Savchuk** and others [ total 7 authors] // Tutorial. - Ternopil. - 2018. – 114 p. *(Дисертант брав участь у написанні розділу навчального посібника).*

3. Kostenko O.Ye. Analysis of the dominant microbial associations of the mouth cavity and their sensitivity to antibacterial substances / O.Ye. Kostenko, M.V. Krivtsova, Ye.Ya. Kostenko, **O.V.Savchuk** // Intermedical Journal. – 2018. – №2(12). – С. 11-14. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

4. Костенко О.Є. Аналіз домінуючих мікробних асоціацій у порожнині рота й особливості їх чутливості до антибактеріальних та антисептичних препаратів /О.Є.Костенко, М.В.Кривцова, Є.Я.Костенко, **О.В.Савчук**//

Современная стоматология. – 2018. – №5 (94) – С. 40-43. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

5. **Савчук О. В.** Менеджмент в стоматологии в новых экономических условиях /О. Савчук// Modern Science - Moderni veda. - Praha. Ceska republika, Nemoros. – 2016. – № 2. – С. 160-164.

6. **Савчук О. В.** Государственно-частное партнёрство в стоматологии. /Савчук О.// Modern Science - Moderni veda. - Praha. Ceska republika, Nemoros. – 2016. – №3. – С.159-164.

7. **Савчук О. В.** Государственно-частное партнёрство – эффективный путь развития муниципальной стоматологии в Украине /О. Савчук// Massachusetts Review of Science and Technologies. – №1(13) – January-June, 2016. – С.898-906. Австралія.

8. **Савчук О.В.** Состояние здоровья управленческих кадров как критерий качества человеческих ресурсов в здравоохранении / О.В. Савчук, В.В. Горачук, Н.М. Орлова // Стоматологический журнал (республика Беларусь). – 2013. – Т. XIV, №2. – С.187-189. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів соціологічного опитування управлінських кадрів).*

9. **Савчук О.В.** Научное обоснование концепции экономически-ориентированной реорганизации здравоохранения/ О.В. Савчук., И.В. Корецкий, В.В. Горачук // Стоматологический журнал (республика Беларусь).– 2013.–Т. XIV, №1.– С.78-80. *(Дисертант брав участь у науковому обґрунтуванні концепції економічно-орієнтованої модернізації галузі охорони здоров'я).*

10. **Савчук О.В.** Концептуальні напрями формування економічно орієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні/ О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2013. – №2 (83). – С.100-103.

11. **Савчук О.В.** Стан мережі та кадрового забезпечення стоматологічної служби м. Києва / О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2016. – №1 (94). – С.52-59.

**12. Савчук О.В.** Розширення профілактичної спрямованості стоматологічної допомоги / О.В. Савчук// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – №3(65). – С.14-16.

**13. Савчук О.В.** Соціологічне дослідження як елемент інформаційної бази для оптимізації діяльності стоматологічних закладів/ О.В. Савчук// Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип.3, Т. 1 (110). – С.308-312.

**14. Савчук О.В.** Концептуальні напрямки формування економічно орієнтованих форм стоматологічної організації в Україні / О.В.Савчук // Інновації в стоматології. – 2014. – №3. – С.142-145.

**15. Савчук О.В.** Аналіз стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Києві/ О.В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №4 (32). – С.49-52.

**16. Савчук О.В.** Актуальність переходу дитячих бюджетних стоматологічних закладів на договірні відносини/ О.В. Савчук // Галицький лікарський вісник. – 2011. – №2. – С.166-168.

**17. Маляр Р.В** Концептуальні напрями розвитку стоматологічної допомоги дитячому населенню/ Р.В. Маляр, **О.В. Савчук** // Науковий вісник Ужгородського університету (серія Медицина). – 2013. – №1 (46). – С.167-169. *(Дисертант брав участь у науковому обґрунтуванні концептуальних напрямків розвитку дитячої стоматології шляхом оптимізації її організації та управління).*

**18. Савчук О.В.** Розвиток комунальних стоматологічних закладів на базі державно-приватного партнерства/ О.В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. – 2015. – №3 (Спецвипуск).– С. 94-96.

**19. Савчук О.В.** Сучасні проблеми та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів на думку їх керівників та лікарів-стоматологів /О.В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №2 (30).– С.46- 49.

**20. Савчук О.В.** Оцінка кадрового потенціалу дитячої стоматологічної служби м. Києва/ О.В. Савчук, М.В Голубчиков //Україна. Здоров'я нації. –

2011. – №2(18). – С.113-115. *(Дисертантом здійснено оцінку кадрового потенціалу дитячої стоматологічної служби м. Києва).*

21. **Савчук О.В.** Деякі актуальні проблеми та напрямки розвитку дитячої стоматологічної служби/ О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2011. – №2 (75). – С.89-92.

22. **Савчук О.В.** Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва / О.В. Савчук // Современная стоматология. – 2011.– № 2(56). – С.156-158.

23. **Савчук О.В.** Сучасна стратегія управління медичним персоналом стоматологічної організації /О.В. Савчук// Інновації в стоматології. – 2016. – №1. – С.38-43.

24. Голубчиков М.В. Аналіз обсягів стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва у 2006-2010 рр./ М.В. Голубчиков, **О.В. Савчук** //Україна. Здоров'я нації. – 2011. – №3 (19). – С.43-45. *(Дисертант брав участь у аналізі обсягів стоматологічної допомоги, наданої дитячому населенню м. Києва).*

25. Маляр Р. В. Стоматологічний заклад як підприємство у нових економічних умовах /Р. В. Маляр, О. А. Канюра, **О. В. Савчук** // Науковий вісник Ужгородського університету: Серія Медицина. – 2015. – № 1(51). – С.296–298. *(Дисертант брав участь в проведенні дослідження та аналізі результатів соціологічного опитування).*

26. **Савчук О.В.** Аналіз рівня організації стоматологічної допомоги дитячому населенню міста Києва /О.В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2011. – Вип. 20, кн. 1. – С.595-602.

27. **Савчук О.В.** Стан та проблеми організації стоматологічної допомоги дитячому населенню у м. Києві, на думку лікарів - стоматологів/ О.В. Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2011. – Вип. 20, кн. 3. – С.712-718.

28. **Савчук О.В.** Концептуально-методичні основи вдосконалення стоматологічної допомоги населенню у нових соціально-економічних умовах

/О.В. Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 1. – С.502-509.

29. **Савчук О.В.** Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню за матеріалами соціологічного дослідження /О.В. Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 3. – С.143-150.

30. **Савчук О.В.** Пріоритетні напрями організації державних стоматологічних амбулаторно - поліклінічних закладів у нових економічних умовах /О.В. Савчук //Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 4. – С.181-186.

31. **Савчук О.В.** Аналіз рівня стоматологічної допомоги населенню міста Києва /О.В. Савчук// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2011. – №3(15). – С.78-82.

32. **Савчук О.В.** Концептуальна модель збереження і зміщення стоматологічного здоров'я школярів /О.В. Савчук// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – №1(17). – С.64-66.

33. **Савчук О.В.** Аналіз стану стоматологічної допомоги в Україні /О.В. Савчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – №1(21). – С.58-62.

34. **Савчук О.В.** Соціологічне дослідження проблем муніципальних стоматологічних закладів /О. В. Савчук. О. А. Канюра. // Інновації в стоматології. – 2014. – № 2. – С.78-80. *(Дисертант брав участь в проведенні дослідження, аналізі результатів та написання статті).*

35. **Савчук О.В.** Стан та перспективи розвитку стоматологічної допомоги дорослому населенню у столиці України / О.В. Савчук, Н.М.Орлова // Матеріали XV конгресу Світової Федерації Українських лікарських товариств (СФУЛТ), (Чернівці, 16-18 жовтня 2014) – 2014. – С. 33-34. *(Дисертантом обґрунтовані та сформульовані перспективи розвитку стоматологічної допомоги дорослому населенню у столиці України).*

36. **Савчук О. В.** Державно-приватне партнерство в системі муніципальної стоматології / Савчук О. В. // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященный 75-ти летию профессора Рузина Геннадия Петровича (Харьков, 11 мая 2016). – 2016. – С.67-69.

37. **Савчук О.В.** Парадигма оптимізації діяльності комунальних стоматологічних закладів на засадах державно-приватного партнерства /О.В. Савчук // Актуальні питання науково-практичної стоматології: мат. міжнарод. стоматологічної конференції студентів та молодих вчених (Ужгород, 26-27 лютого 2016.) – 2016. – С. 309-311.

38. Орлова Н.М. Деякі аспекти управління медичної допомогою / Н.М.Орлова, **О.В.Савчук** //Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (Житомир, 11-12 жовтня 2012) – 2012 – С.91-92. *(Дисертантом обґрунтовані та сформульовані перспективи розвитку медичної допомоги).*

39. **Савчук О.В.** Пріоритетні напрями організації стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів комунальної власності у нових економічних умовах/ О.В. Савчук // Досягнення науки і практики в стоматології: мат. наук.-практ. конференції, присвяченої пам'яті проф. К.М. Косенка (Одеса, 24-25 жовтня 2014). – 2014. – №3.– С.173-174.

40. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки: методичні рекомендації/ Уклад.: П.С. Фліс, **О.В. Савчук**, О.А. Канюра; Нац. мед. універ. ім. О.О. Богомольця, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи. – К., 2014. – 25 с. *(Дисертант особисто обґрунтував концептуальні основи розвитку стоматологічних поліклінік муніципальної форми власності в умовах ринкової економіки та розробив технологію бізнес-процесу у сучасній моделі стоматологічної поліклініки).*

41. Реєстр № 366/1/14. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності в умовах ринкової економіки / **О.В. Савчук** // Реєстр галузевих нововведень. – Київ, 2015.

## **ЗМІСТ**

<b>АНОТАЦІЯ .....</b>	<b>2</b>
<b>ANNOTATION .....</b>	<b>7</b>
<b>СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ .....</b>	<b>12</b>
<b>ЗМІСТ .....</b>	<b>19</b>
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>	<b>22</b>
<b>ГЛОСАРІЙ.....</b>	<b>23</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>24</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ТА КРАЇН ЄВРОПИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ).....</b>	<b>36</b>
1.1. Пріоритети та особливості розвитку стоматологічної допомоги у розвинених Європейських країнах та практика державно-приватного партнерства .....	36
1.2. Державно-приватне партнерство – як перспективний інструмент удосконалення системи охорони здоров'я в Україні .....	60
1.3. Проблеми організації стоматологічної допомоги населенню в муніципальних амбулаторних ЗОЗ України.....	71
<b>РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>84</b>
2.1. Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження .....	84
2.2. Методика соціологічного дослідження .....	88
2.3. Методика стоматологічного та клініко-лабораторного етапів досліджень ...	93
2.4. Обґрунтування вибору напрямку дослідження .....	96
<b>РОЗДІЛ 3 СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ У МУНІЦИПАЛЬНОМУ СЕКТОРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я М. КИЄВА.....</b>	<b>118</b>
3.1. Стан мережі закладів стоматологічної служби м. Києва та її кадрового забезпечення .....	118
3.2. Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню у м. Києві ..	124
3.3. Аналіз стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Києві	131

## **РОЗДІЛ 4 ВИВЧЕННЯ ДУМКИ НАСЕЛЕННЯ, ЛІКАРІВ ТА КЕРІВНИКІВ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В МУНІЦИПАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДАХ..... 142**

- 4. 1. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню м. Києва за матеріалами соціологічного опитування пацієнтів ..... 144
- 4. 2. Перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва, на думку керівників та лікарів цих закладів ..... 151
- 4. 3. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги у муніципальних закладах за матеріалами соціологічного опитування керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України..... 156
- 4. 4. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги у муніципальних закладах за матеріалами соціологічного опитування лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України ..... 161

## **РОЗДІЛ 5 НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНИХ НАПРЯМІВ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ МУНІЦИПАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ..... 173**

- 5. 1. Аналіз діяльності діючої муніципальної стоматології..... 174
- 5. 2. Виявлення передумов, обґрунтування чинників і можливих ризиків реструктуризації стоматологічних муніципальних ЗОЗ ..... 179
- 5. 3. Концептуальні напрями реструктуризації муніципальної стоматології в умовах ринку ..... 184

## **РОЗДІЛ 6 НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ реструктуризації СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ на муніципальному рівні ..... 194**

- 6. 1. Наукова парадигма реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства..... 194
- 6. 2. Медико - соціальне обґрунтування моделі об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки..... 201
- 6. 3. Методика оптимізації управління структурою МПСП..... 216

6. 4. Експертна оцінка ефективності розробленої моделі МПСП для сучасних економічних умов.....	226
<b>РОЗДІЛ 7. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОТОКОЛІВ Р4 МЕДИЦИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТУ В КОМУНАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІКЛІНІКАХ.....</b>	<b>230</b>
7.1. Значення мікробіому ротової порожнини у процесі реалізації принципів персоналізованої медицини в стоматології.....	230
7.2. Обґрунтування персоналізованого підходу до лікування захворювань пародонту.....	236
7.3. Аналіз результатів клінічного застосування принципів персоналізованої медицини при лікуванні пародонтиту.....	241
<b>РОЗДІЛ 8 МОДИФІКОВАНА МОДЕЛЬ АНАЛІЗУ зМІН МІКРОБНИХ АСОЦІАЦІЙ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....</b>	<b>269</b>
8.2. Алгоритм дослідження та оцінки чутливості мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників.....	274
8.3. Оцінка ефективності застосування різних форми антибактеріальних та антисептичних середників як складової елементу аналізу мікробних асоціацій.....	278
<b>АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>284</b>
<b>Практичні рекомендації.....</b>	<b>326</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>328</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>373</b>
ДОДАТОК А .....	373
ДОДАТОК Б.....	386

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВМСД - вторинна медико-санітарна допомога

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДПП – державно - приватне партнерство

Зважаючи, на те що поняття комунальної та муніципальної власності використовуються в Україні як тотожні (Єлісєєва Л. В. , 2012), то далі по тексту ми використовуємо значення муніципальні стоматологічні заклади.

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КВ (МВ) - комунальна власність (муніципальна власність);

МІС – медичні інформаційні системи

МПСП – муніципально - приватна стоматологічна поліклініка

МСЗ – муніципальний стоматологічний заклад

ГКУ – Господарський кодекс України

ДДЗ – Дитячий дошкільний заклад

## ГЛОСАРІЙ

**Бізнес-процес** – це сукупність взаємопов'язаних заходів, спрямованих на створення певної послуги для споживачів.

**Концепція** – під концепцією вдосконалення системи муніципальної стоматологічної допомоги ми розуміємо сукупність сучасних управлінських, економічних і організаційно-технологічних принципів, які реально забезпечують муніципальним закладам досягнення оптимального режиму діяльності, збереження фінансової стійкості, збалансованості у наданні необхідних обсягів якісної стоматологічної допомоги.

**Наукова парадигма реструктуризації** муніципальних стоматологічних закладів на принципах ДПП – це концептуальна схема, модель постановки проблем і їх вирішення, сукупність методів, підходів і засобів, спрямованих на впорядкування діяльності в цілісну систему з чітко визначеними змінами виробничої, економічної та організаційної структури муніципальних стоматологічних закладів з метою підвищення ефективності виробництва, якості стоматологічної допомоги та отримання більшої фінансової стійкості стоматологічних закладів у нових економічних умовах. Практично це методологія реструктуризації.

**Мікробіом порожнини рота** – це сукупність всіх мікроорганізмів з їхніми особливостями та взаємозв'язками, які населяють ротову порожнину людини.

**Персоналізована медицина** – це медична модель, яка дозволяє визначити найбільш аргументовану терапевтичну стратегію лікування для індивіда у відповідний момент часу і спрогнозувати рівень поширеності захворювання та забезпечити реалізацію вчасної програми профілактики.

**Реструктуризація** – зміна виробничої, економічної та організаційної структури муніципального стоматологічного закладу з метою підвищення ефективності виробництва, якості стоматологічної допомоги та набуття більшої фінансової стійкості закладу у нових економічних умовах.

## ВСТУП

Здоров'я людини, як соціально-економічна категорія, є найважливішим елементом національного багатства, що задекларовано положеннями Європейської соціальної хартії країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), новою європейською політикою «Здоров'я - 2020», які орієнтують країни Європейського регіону ВООЗ на конкретні дії у відповідь на нові виклики і загрози громадському здоров'ю шляхом створення і реалізації гнучкої інноваційної політики [54, 55, 205, 254].

Серед актуальних теоретичних і практично орієнтованих медико-соціальних проблем, що вирішуються на сучасному етапі державою і суспільством, є стоматологічна допомога. Стоматологічна допомога є однією з найбільш затребуваних широкими верствами населення видів медичної допомоги [14, 15, 23, 33, 34, 257, 272].

В сучасній системі стоматологічної допомоги однією з невирішених проблем є наявність запальних процесів порожнини рота, як наслідок карієсу та його ускладнень, присутності патогенної мікрофлори, зниження місцевого імунітету порожнини рота, комплекс загальносоматичних патологій, що слугує утворенню стійких патогенних штамів мікроорганізмів. [21, 27, 178, 181, 365, 366].

Безконтрольне застосування антибіотикотерапії призводить до мутування даних штамів і за даними різних літературних джерел ефективність лікування даної патології не перевищує 27-32% [261- 263, 179, 181, 365, 366]. Причинами такого низького показника є: відсутність ідентифікації збудника, та його персоналізованої чутливості до антибіотиків з подальшою нормалізацією мікробіому ротової порожнини із застосуванням пре- та пробіотичних комплексів, однак призначення таких відбувається емпірично без врахування дійсних чисельних змін у структурі співвідношень мікробних асоціацій.

Тому особливу увагу необхідно приділяти впровадженню відповідних протоколів лікування із залученням інноваційних методів персоналізованої

медицини Р4, шляхом нормалізації мікробіому ротової порожнини з використанням про- та пребіотиків [335, 357, 390, 361].

Невід'ємною частиною лікування генералізованого пародонтита є раціональне протезування з відновленням функцій та естетики щелепно-лицевої ділянки [20, 139, 140, 214, 206]. В період реформування галузі охорони здоров'я в цілому та реструктуризації стоматологічної допомоги, а починаючи з 2019 року відсутності її державного фінансування, питання забезпечення якісної стоматологічної допомоги є проблемою, яка потребує нагального вирішення. В Україні на 01 січня 2015 року функціонувала потужна мережа стоматологічних закладів, яка налічувала 198 самосійних стоматологічних поліклінік та 1679 стоматологічних відділень (кабінетів) у багатoproфільних медичних закладах. У той же час, стан стоматологічного здоров'я населення України є незадовільним. Поширеність стоматологічних захворювань досягає 85,0%, а поширеність карієсу серед дорослого населення становить 92,7–100%, в залежності від регіону України [44-46, 223, 282-285, 356].

Існуюча організаційно-правова форма комунальних стоматологічних закладів не відповідає сучасним економічним умовам та обумовлює недостатню медичну та економічну ефективність стоматологічної допомоги, яка надається у цих закладах. Наявність даної проблеми засвідчують результати ряду дисертаційних досліджень, захищених за науковою спеціальністю 14.02.03. – соціальна медицина [34, 35, 46, 80, 116, 185, 295, 300].

Такий стан організації комунальної стоматологічної допомоги є підставою для реформування системи і вимагає реструктуризації комунальних стоматологічних закладів, зміни їх виробничої, економічної та організаційної структури на основі Закону України «Про державно-приватне партнерство» № 2404-VI від 01.07.2010 р., розробки сучасних моделей з більш ефективними механізмами використання кадрових, матеріальних і фінансових ресурсів з метою задоволення потреб населення у кваліфікованій стоматологічній допомозі. [23, 24, 38-40, 66, 67, 120, 144, 145, 188].

Перспективність використання державно-приватного партнерства в охороні здоров'я засвідчує той факт, що у розвинених країнах Заходу приблизно 2/3 проектів у даній сфері реалізуються на умовах державно-приватного партнерства [66, 67, 166, 167].

Актуальність дослідження значною мірою посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності.

Таким чином, відсутність сучасних дієвих, науково обґрунтованих стандартів персоналізованої медицини щодо нормалізації мікробіому порожнини рота при лікуванні генералізованих запальних процесів при наданні стоматологічної допомоги, відсутність комплексних наукових розробок організаційно-методичного забезпечення діяльності комунальних стоматологічних закладів зі змішаною формою власності, фінансуванням із різних джерел, організацією ефективної стоматологічної допомоги населенню обумовили актуальність даного дослідження, визначили його мету і завдання.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт ДВНЗ «Ужгородський національний університет» і є фрагментом наукової теми стоматологічного факультету: «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування сучасних стоматологічних технологій та експертна оцінка якості лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань» (державний реєстраційний № 0113U003611), та «Медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги у сучасних економічних умовах» (номер державної реєстрації 0116U0007158).

**Мета дослідження:** наукове вирішення проблеми надання стоматологічної допомоги населенню в умовах реформування комунальних стоматологічних закладів, шляхом розробки моделі комунальної стоматологічної поліклініки, діючої на умовах державно-приватного партнерства, яка базується на застосуванні сучасних технологій індивідуалізованих підходів до діагностики, лікування та нормалізації мікробіому порожнини рота.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити аналіз світового та вітчизняного досвіду з проблеми удосконалення організації стоматологічної допомоги у сучасних економічних умовах.
2. Оцінити стан та діяльність мережі комунальних стоматологічних закладів м. Києва.
3. Вивчити рівень задоволеності стоматологічною допомогою населення у м. Києві.
4. Дослідити думку лікарів-стоматологів і керівників комунальних стоматологічних закладів щодо стану та проблем організації роботи державних і комунальних стоматологічних закладів, визначити рівень підготовки лікарів та керівників з питань управління економічною ефективністю закладу.
5. Провести аналіз ефективності лікування патологій пародонту із урахуванням принципів персоналізованої медицини.
6. Розробити протоколи індивідуалізованого підходу до лікування запальних процесів порожнини рота, шляхом застосування принципів Р4 медицини та ефективності застосування антибіотикотерапії в стоматології.
7. Розробити та впровадити в практичну стоматологію алгоритми визначення збудників запальних процесів, їх лікування та нормалізації мікробіому порожнини рота.
8. Запровадити індивідуалізовані підходи до лікування запальних процесів порожнини рота в реструктуризованих лікувальних стоматологічних закладах.
9. Науково обґрунтувати концептуальні напрями та методологію реструктуризації комунальної системи стоматологічної допомоги на принципах державно-приватного партнерства.
10. Розробити модель об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах державно-приватного партнерства, механізми та технологію ефективного управління нею.

11. Провести порівняльну характеристику діючої і розробленої моделі КПСП та експертну оцінку запропонованої моделі стоматологічного закладу для сучасних економічних умов.

**Об'єкт дослідження:** організація стоматологічної допомоги у комунальних та приватних стоматологічних закладах.

**Предмет дослідження:** стан стоматологічного здоров'я населення м. Києва та України, організація стоматологічної допомоги у муніципальних закладах м. Києва, теоретичні та методологічні основи реструктуризації комунальних стоматологічних закладів у сучасних економічних умовах, модель комунальної стоматологічної поліклініки, яка працює на засадах ДПП, організація та результати комплексного лікування патологій пародонту із використанням антибактеріальних середників та суміжним пробіотичним та пребіотичним супроводом.

**Науковою базою** дослідження були: для вибіркового досліджень - три комунальні і три приватні стоматологічні заклади у м. Києві; для суцільного дослідження - мережа стоматологічних закладів України; для проведення клінічних та лабораторних досліджень - Університетська стоматологічна поліклініка, кафедра клініко-лабораторної діагностики та фармакології ДВНЗ «Ужгородського національного університету».

Дослідження проводилось протягом 2008-2018 років.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження:**

- *системний підхід і системний аналіз* - для проведення кількісного та якісного аналізу проблем в організації стоматологічної допомоги та обґрунтування методології реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів та розробки моделі муніципальної стоматологічної поліклініки, діючої на умовах державно-приватного партнерства;

- *бібліосемантичний* – для вивчення та проведення аналізу вітчизняних і світових наукових джерел щодо проблеми дисертаційного дослідження;

- *медико-статистичний* - для аналізу ресурсного забезпечення і діяльності системи комунальних стоматологічних закладів, визначення обсягу спостережень у соціологічних, експертних дослідженнях, а також оцінки ймовірності їх результатів;
- *соціологічний* – для дослідження ставлення пацієнтів, лікарів-стоматологів і організаторів охорони здоров'я щодо стану, проблем та шляхів удосконалення стоматологічної допомоги;
- *концептуального моделювання* - для розробки інтегрованої моделі комунальної стоматологічної поліклініки адаптованої до сучасних економічних умов;
- *клінічної та лабораторної діагностики* – для обстеження стоматологічних хворих, оцінки мікробіологічного статусу ротової порожнини та визначення рівнів індивідуальної чутливості до антибактеріальних препаратів;
- *експертних оцінок* - для отримання незалежних оцінок і визначення доцільності розроблених концептуальних підходів та моделі комунального стоматологічного закладу у сучасних економічних умовах.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в обґрунтуванні наукової парадигми реструктуризації комунальних стоматологічних закладів на принципах ДПП, як методичних підходів до моделювання сучасної моделі стоматологічної поліклініки, які стали основою для проведення змін виробничої, економічної та організаційної структури комунальних стоматологічних закладів, з метою підвищення ефективності виробництва, якості стоматологічної допомоги та отримання більшої фінансової стійкості стоматологічними закладами у нових економічних умовах.

Вперше клінічно доведено, що реструктуризація медичних закладів за рахунок впровадження ефективного менеджменту та інноваційних методів персоналізованої медицини шляхом нормалізації мікробіому ротової порожнини при використанні про- та пребіотиків сприяє підвищенню

показників клінічної та фінансової ефективності комплексного лікування патологій тканин пародонту на 60,1-62,3%.

Вперше була створена модифікована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини, імплементація якої у структуру лікувально-діагностичного комплексу сприяє досягненню довготривалої повної успішності реабілітації з урахуванням індивідуальних умов кожної окремої клінічної ситуації. Для оцінки прогнозованої ефективності лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників розроблено поліноміальне рівняння, використання якого сприяє індивідуалізовано-направленої корекції медикаментозного лікування з метою досягнення організації мікрофлори ротової порожнини характерного для стану норми.

До основних наукових результатів, які характеризують новизну і розкривають результати дисертаційного дослідження, належать такі положення:

*Вперше в Україні:*

- розроблено функціонально-організаційну структуру, управлінський апарат моделі об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах державно-приватного партнерства, яка є самоврядним, господарсько і юридично самостійним суб'єктом медичної діяльності; інтегрує два різнопланових (функціонально і організаційно) лікувально-профілактичних відділення, кожне з яких орієнтоване на конкретного споживача послуг; працює за бригадно-етапним алгоритмом стоматологічного бізнес-процесу в обслуговуванні пацієнтів; забезпечує підтримку стоматологічного здоров'я всім верствам населення;

- обґрунтовано методику оптимізації управління моделлю МПСП, яка дозволяє менеджерам раціонально організувати технологію бізнес - процесу за організаційно-правовим, економічним, структурно - технологічним та ресурсним напрямком;

- обґрунтовано алгоритм створення та впровадження у практику роботи лікарів - стоматологів бригадно-поетапного процесу обслуговування пацієнтів;

- проведено аналіз ефективності лікування патології пародонту із урахуванням принципів персоналізованої медицини.

*Удосконалено:*

- систему оплати конкретних обсягів стоматологічної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних заявок в моделі об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки;

- ефективність лікування патології пародонту шляхом корекції мікробіотичного статусу ротової порожнини на основі протоколів персоналізованої медицини.

*Набула подальшого розвитку:*

- методика проведення багатофакторного ситуаційного аналізу діяльності муніципальних стоматологічних поліклінік і оцінки їх медичної та соціальної ефективності;

- методика комплексного лікування патологій пародонту із використанням антибактеріальних середників та суміжним пробіотичним та пребіотичним супроводом.

**Теоретичне значення одержаних результатів** полягає в істотному доповненні теорії соціальної медицини в частині вивчення наукової проблеми аналізу і оцінки стану управління та організації діяльності комунальних стоматологічних поліклінік великого міста і розробці методології вдосконалення їх функціонування на принципах державно-приватного партнерства, обґрунтування персоналізованого підходу до лікування патологій тканин пародонту.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що для охорони здоров'я розроблені методичні рекомендації "Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки" в яких

запропонована вітчизняна організаційно-функціональна модель об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки, яка функціонує як господарсько та фінансово самостійний заклад на принципах ДПП з організацією двох відділень - муніципального і приватного, що забезпечує економічну ефективність виробництва, підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню, розробка моделі надання стоматологічної допомоги сфокусованої на оцінці клінічних проявів, генетичних варіацій, геномних змін та факторів оточення індивіду з урахуванням принципів сучасного менеджменту.

**Впровадження результатів дослідження здійснено на:**

а) державному рівні при підготовці: проекту Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України, розробленої Міністерством охорони здоров'я 7 серпня 2014 р. (довідка МОЗ України № 3. 04. від 02. 07. 2016 року).

*б) галузевому рівні при підготовці:*

- Методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України: "Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки". Київ, 2014.

- Галузевого нововведення «Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності в умовах ринкової економіки» (реєстр галузевих нововведень. Випуск - 2015 - Реєстр № №366/1/14).

*в) регіональному рівні шляхом* використання розробленої методики організації стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки в організаційно-лікувальний процес у Університетській стоматологічній поліклініці ДВНЗ «УжНУ», поліклініки №1 Шевченківського району м. Київ (акт від 22.10.2015р.); стоматологічної поліклініки №2 Шевченківського району м. Київ (акт від 24.12.2015р.);

комунального закладу «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» Черкаської обласної ради (акт від 23. 12. 2015 р.); стоматологічної поліклініки №2 м. Житомир (акт від 22.12.2015 р.); КУ «Сумська міська клінічна стоматологічна поліклініка» (акт від 23.12.2015 р.); а також у навчальному процесі кафедри терапевтичної стоматології, кафедри стоматології дитячого віку, кафедри стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (акт від 25.03.2016р.); кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачовського МОЗ України» (акт від 15. 04. 2015 р.); кафедри соціальної медицини, медичного права і менеджменту Одеського національного медичного університету (акт від 28. 03. 2016 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Автор самостійно здійснено інформаційний пошук і проведено аналіз літератури за проблемою, визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи для досягнення поставленої мети, розроблено анкети для опитування лікарів-стоматологів, керівників та пацієнтів міських стоматологічних поліклінік, карти експертної оцінки розробленої моделі КПСП, здійснено збір первинних матеріалів, формування баз даних та їх статистичне опрацювання із використанням програмних продуктів Microsoft Excel та Statistica 8. 0. Одержано комплексну характеристику стану та динаміки стоматологічного здоров'я, ресурсів та діяльності муніципальних стоматологічних закладів м Києва, обґрунтовано концептуальні напрями та методологія реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги.

Обґрунтована модель об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах ДПП, здійснена експертна оцінка моделі; обґрунтовані науково-методичні підходи та розроблені механізми

ефективного управління сучасною моделлю комунальної стоматологічної поліклініки на принципах ДПП; проведено огляд та лікування 221 стоматологічного хворого із урахуванням принципів персоналізованої медицини; розроблено модель стратифікації стоматологічних пацієнтів із патологією пародонту в залежності від клінічного перебігу та індивідуальної чутливості до антибактеріальної терапії; узагальнено отримані результати та обґрунтовано наукові положення, сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дослідження та основні положення дисертації оприлюднено:

- *на міжнародному рівні:* міжнародній НПК стоматологів «Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології» (Ужгород, 23-24 вересня 2011); НПК з міжнародною участю «Безперервна післядипломна освіта лікарів - стоматологів: перспективи розвитку». (Київ, 9-10 лютого 2011); 1-му національному українському стоматологічному конгресі (Київ, 6-7 вересня 2012); 2-му національному українському стоматологічному конгресі (Київ, 4-6 вересня 2013); Всеукраїнській НПК з міжнародною участю «Напрямки реалізації Європейської стратегії здоров'я 2020 в Україні» (Полтава, 29-30 травня 2014); XV конгресі Світової Федерації Українських лікарських товариств (СФУЛТ) (Чернівці, 16-18 жовтня 2014); навчальний цикл семінарів у форматі телемостів «Сучасні стратегії профілактики та лікування стоматологічних захворювань: світовий досвід та перспективи розвитку» (Київ-Вінниця-Житомир-Хмельницький, квітень 2015); НПК з міжнародною участю, присвяченій 75 річчю професора Рузіна Г. П. (Харків, 11 травня 2016); Міжнародному стоматологічному конгресі «Унікальне поєднання сучасних наукових досягнень і практики в стоматології» (Київ, 25–27 квітня 2017); Циклі освітніх семінарів у форматі телемостів, що проводяться, згідно наказу МОЗ України № 132-Адм від 15 грудня 2016 «Сучасні стратегії профілактики та лікування стоматологічних захворювань: світовий

досвід та перспективи розвитку (Київ-Івано-Франківськ, 25 травня 2017); Циклі освітніх семінарів у форматі телемостів «Імплементація міжнародних протоколів у стоматологічну практику» (Київ, 2 березня 2018); Циклі освітніх семінарів у форматі телемостів «Імплементація міжнародних протоколів у стоматологічну практику» (Київ, 30 березня 2018); Міжнародному стоматологічному конгресі (до 100-річчя заснування Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (Київ, 25 –27 квітня 2018).

- *на національному рівні*: першому з'їзді стоматологів України (Київ, 2014); VI (XIII) з'їзді Асоціації стоматологів України (Одеса, 23 жовтня 2014); НПК «Досягнення науки і практики в стоматології», присвяченій пам'яті професора К. М. Косенка (Одеса, 24-25 жовтня 2014).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано у 41 друкованій праці (26 – одноосібно), зокрема 33 статті, з яких 12 - у науко-метричних та міжнародних виданнях, 22 - у фахових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України, 5 тез в матеріалах конференцій та з'їздів, 1 навчальний посібник, 1 методичні рекомендації та 1 галузеве нововведення.

**Обсяг та структура дисертації.** Робота викладена на 386 сторінках машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 334 сторінки. Складається із анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, методів і обсягів досліджень, 6 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (393 джерел, із них кирилицею – 317, англомовних – 76), містить 34 таблиці та 28 рисунків, 3 блок-схеми, 4 додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ТА КРАЇН ЄВРОПИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

#### **1.1. Пріоритети та особливості розвитку стоматологічної допомоги у розвинених Європейських країнах та практика державно-приватного партнерства**

Світова практика надання стоматологічної допомоги населення розвивається у напрямку залучення пацієнтів до оплати стоматологічних послуг. У більшості європейських країн національні системи стоматологічної допомоги складаються з трьох компонентів: приватного, громадського і страхового. В економічно розвинених країнах світу функціонує дві моделі медичного страхування: бісмаркська і беверіджська. Програми обов'язкового страхування 28 країн світу включають надання стоматологічних послуг у різних обсягах, в основному, профілактичних і лікування неускладненого карієсу [339, 376].

У країнах Західної Європи стали широко впроваджуватися в охорону здоров'я норми гарантії якості, розроблені у відповідності до ISO 9001 і 9002 [47, 370]. У розвинених країнах світу стоматологічна служба споживає приблизно 10% і більше від усіх фінансових ресурсів системи охорони здоров'я (в Україні менше 2%). Стоматологічна допомога в країнах Заходу у значній мірі базується на профілактичній роботі.

Стоматологічна допомога пов'язана з великими фінансовими витратами. У США витрати на лікування зубів склали у 2008 р. понад 29 млрд доларів, хвороби зубів обумовили 6,4 млн днів непрацездатності, 14,3 млн днів обмеженої працездатності, що склало в цілому 20, 9 млн втрачених робочих днів [340, 341, 347, 348].

У США середня кількість відвідувань лікарів-стоматологів у розрахунку на душу населення зросла з 1, 7 у 1991 р. до 2, 3 у 2008 р. В залежності від рівня доходу сім'ї цей показник варіював від 1, 4 у групі населення з найнижчим доходом, до 3, 3 - з найвищим [347].

Центральною фігурою системи медичного обслуговування у США є приватний лікар. За даними дослідження, проведеного Каліфорнійським університетом у Сан-Франциско, близько 80% від усіх витрат на систему охорону здоров'я у тій, чи іншій формі, контролюється саме приватними лікарями [332, 336, 337]. Багато лікарів володіють акціями комерційних лікарень, санаторіїв, діагностичних лабораторій, медичних корпорацій [324, 336, 375]. У США велика увага приділяється профілактиці стоматологічних захворювань. Так, професія гігієніста стоматологічного виникла у США. Перший навчальний курс з стоматологічної гігієни був проведений у Бріджпорті у 1913 році. Спеціальність гігієніста стоматологічного була вперше законодавчо затверджена у Нью-Йорку у 1916 році, а перший дозвіл на практику наданий у 1917 році. З того часу спеціальність постійно розвивалася [287, 316].

Сьогодні стоматологічна гігієнічна діяльність обіймає вагомe місце у сфері охорони здоров'я у США. Стоматологічних гігієністів навчають у більш ніж 230 коледжах і університетах. Приблизно 140 000 гігієністів (за даними джерела: <http://www.adha.org/01/02>) працюють за фахом або викладають у вищих навчальних закладах цю дисципліну, беруть участь у наукових дослідженнях. Практично рівне співвідношення між лікарями стоматологами і гігієністами стоматологічними (близько 130 000 лікарів) доводить, що поділ завдань і обов'язків у стоматології у США успішно завершено. На 2000 осіб у США працює 1 стоматологічний гігієніст, і це наочно демонструє наявність доступу населення до кваліфікованого захисту зубів [328]. ДПП у США - це закріплена у договірній формі угода між державою і приватною компанією, яка дозволяє останній використовувати державну власність та виконувати функції, які традиційно лежать у сфері

відповідальності публічної влади. Термін «ДПП» визначає широкий спектр відносин у діапазоні від простих контрактів, за якими приватна компанія приймає на себе певні ризики і погоджується на систему штрафних санкцій, до комплексних, технічно складних проектів, які включають будівництво, модернізацію, експлуатацію об'єктів і управління ними.

На практиці, взаємодія між зацікавленими сторонами регламентується федеральними та місцевими законодавчими актами, які затверджуються конгресом (якщо мова йде про загальнонаціональні програми) або місцевими законодавчими органами. На думку ряду американських фахівців, «першу скрипку» у ДПП відіграє держава. Інша інтерпретація ДПП, яка обговорюється серед американських вчених, полягає у тому, що партнерство означає включення держави до процесу накопичення капіталу і до ринкових відносин, і тому виникає певна, а в окремих випадках і значна залежність держави від бізнесу [34].

Зараз на території країни успішно діють тисячі проектів ДПП між федеральними, муніципальними органами влади та діловим співтовариством. Національна рада з питань державно-приватного партнерства виконує функції розробки загальної стратегії та координації у сфері ДПП. Основними сферами співробітництва є модернізація інфраструктури, розвиток транспортної системи, економічне використання водних ресурсів, утилізація побутових відходів і т. д. Сьогодні, за даними Національної ради державно - приватного партнерства, з 65 середньостатистичних муніципальних сервісних служб 23 функціонує у форматі ДПП (понад 30%). ДПП дозволяє місцевій владі зекономити від 20 до 50% бюджетних коштів [324].

У Канаді система медичного обслуговування реалізується переважно через державне фінансування і систему медичного страхування [273, 274]. Однак стоматологічні послуги у Канаді віднесені до платних. Державно - приватне партнерство є ефективним способом залучення інвестицій в Канадську стоматологію [375, 377].

У Канаді 75% населення старше 15 років регулярно відвідує стоматолога, хоча цей показник варіює в залежності від рівня доходу сім'ї [274, 334, 373, 374].

Систему медичного обслуговування у Європейських країнах слід розглядати з урахуванням соціальних особливостей, економічної політики держави і підприємництва у найбільших країн Західної Європи - Німеччині, Франції, Великобританії, Італії, а також Швеції та Швейцарії. Специфіка європейської моделі у цілому полягає у тому, що повоєнному європейському капіталізму вдалося трансформувати свої політичні, економічні та соціальні інститути в напрямку створення соціально орієнтованого, економічно ефективного варіанта змішаної економіки. Найважливішим принципом європейської моделі є "демократичний еволюціонізм" - поступове, покрокове вирішення проблем, що виникають в процесі глобальних змін, на основі переговорів і консенсусу. Разом з тим є істотні відмінності в окремих європейських країнах [273, 315- 317, 328, 333, 339, 373, 376, 380, 391].

Наприкінці минулого століття відбулись реформи у стоматології у Нідерландах, Великобританії, Німеччині, Швеції, які були спрямовані на запровадження елементів ринкових відносин у взаємодію між суб'єктами громадської охорони здоров'я [385]. Ця ідеологія зіграла також важливу роль у реформуванні стоматології в Іспанії, Італії, Ізраїлі, Фінляндії, Норвегії, Новій Зеландії [328, 339, 347, 348, 370].

Суть запропонованих нових принципів організації громадського фінансування системи охорони здоров'я зводилася до трьох ключових положень:

- розмежування функцій покупців і виробників медичних послуг;
- конкуренція виробників;
- конкуренція покупців.

Наприкінці 80-х рр. були розроблені норми, які тепер застосовуються при сертифікації систем гарантії якості. Гарантія якості, відповідно до норм ISO 9001 і 9002, повинна забезпечити відповідну довіру між виробником

товарів і послуг та клієнтом [324, 340, 341, 370]. З середини 90-х рр. ця система у країнах Західної Європи стала широко впроваджуватися у медицину та охорону здоров'я [266]. Так, у ФРН зараз проходить процес сертифікації стоматологічних клінік за показниками впровадження якісного менеджменту. Такі клініки отримують переваги при укладенні контрактів з установами ОМС - лікарняними касами. Впровадженню якісного менеджменту в стоматологічних клініках всебічно сприяють професійні лікарські об'єднання, які бачать в ньому можливість зниження кількості претензій до лікарів-стоматологів [370].

Розвиток національних програм охорони здоров'я та медичного страхування у різних європейських країнах діалектично взаємопов'язаний з політичними, соціальними та економічними умовами, які склалися у даних країнах [324, 326, 370]. Програми різняться за основними джерелами фінансування та формами власності (державна, громадська, приватна), умовами страхування, переліком та обсягом медичних послуг, які надаються у межах даної програми, організаційними формам їх надання та іншими параметрами. Управління фондами контролюється державними структурами. Відмінність формування бюджетних і соцстрахівських фондів полягає у їх цільовій спрямованості. Страхові фонди націлені на певне коло осіб, які беруть участь у страховій програмі. В результаті внески надходять з трьох основних джерел: держави, підприємців, працюючих (ці внески йдуть безпосередньо на потреби охорони здоров'я і використовуються цілеспрямовано) [370].

Цільовий характер фінансування дозволяє більш гнучко реагувати на зміну суспільних потреб, вносячи відповідні корективи до цільової системи оподаткування на медичне страхування. Іншою перевагою системи медичного страхування є децентралізація управління фінансами, що сприяє зміцненню ресурсної бази охорони здоров'я на місцях [328].

У країнах Європи на сьогодні на стоматологічну допомогу витрачається приблизно 7-10% від національного бюджету системи охорони здоров'я, а в стоматологічних службах працює в цілому близько 250 000 лікарів-

стоматологів і щонайменше стільки ж допоміжного медичного персоналу [47]. Країни східної Європи сьогодні конкурують з Німеччиною, Францією і Великобританією у сфері ціноутворення на стоматологічні послуги за рахунок більш дешевої робочої сили молодшого медперсоналу та оренди.

До основних особливостей європейської стоматології можна віднести доступність стоматологічних служб та якість послуг, інтеграцію стоматологічних і загальних служб охорони здоров'я, раціональну основу стоматологічного обслуговування, використання бригадного методу роботи у стоматологічних службах, високотехнологічне обладнання стоматологічного кабінету і його використання, проведення соціологічних досліджень та профілактики серед населення [ 47].

Однак відмінності у доступності медичної допомоги, рівнях охоплення населення медичним страхуванням, умовах надання медичних послуг та видах програм страхування є досить суттєвими. Так, програми обов'язкового страхування 28 країн світу (Німеччини, Англії, Італії, Бельгії, Сполучених штатів Америки, Голландії, Фінляндії, Данії та ін.) включають у різних обсягах надання стоматологічних послуг, в основному профілактичних і лікування неускладненого карієсу [47, 334 336, 359, 370].

У Великобританії лікарі-стоматологи можуть працювати у загальностоматологічній поліклініці, у стоматологічному відділенні при госпіталі, у стоматологічній службі громади (комуни), університетській стоматологічній клініці або у стоматологічній службі збройних сил [334].

Кількість лікарів-стоматологів у кожному з цих секторів становить:

загально стоматологічні поліклініки - 21600 (78%)

стоматологічна служба госпіталів - 2800 (10%)

стоматологічна служба громад - 1900 (7%)

університетські стоматологічні клініки - 700 (2, 5%)

стоматологічна служба збройних сил - 600 (2, 2%)

Основний обсяг стоматологічної допомоги населенню надається у державній службі охорони здоров'я, тобто за медичною стоматологічною

страховкою. Це означає, що пацієнти оплачують 80% від вартості лікування. Донедавна це становило не більше £ 354 [334]. Приблизно 21600 лікарів-стоматологів працюють у 10 000 загальних стоматологічних поліклініках (стоматологічних практиках) [327, 330, 349].

Лікар-стоматолог може працювати у даній клініці, як лікар-стажист, як лікар асистент стоматолога, як співвласник або господар клініки. Клініка може бути приватною, державною (в системі державної служби охорони здоров'я) або змішаною.

Лікарі-стоматологи загальних стоматологічних клінік можуть надавати деякі види послуг на платній основі. Вони виконуються поза системою державної служби охорони здоров'я і відповідно не оплачуються за медичною страховкою [355, 375, 384].

Лікарі-стажисти зазвичай працюють в якості асоційованого члена (або співвласника). Вони несуть повну відповідальність за проведені ними професійні процедури та лікування. Однак вони виплачують частину від доходів власникам клініки в якості оплати за оренду приміщень, обладнання, залучення до роботи допоміжного персоналу, використання стоматологічних інструментів і матеріалів.

Деякі групи населення обслуговуються у Великобританії безкоштовно, зокрема, діти і підлітки до 18 років, особи у віці до 19 років, якщо вони навчаються повний день при очній формі навчання, вагітні жінки та жінки, які мають дітей до одного року, незаможні (громадяни, які отримують допомогу по безробіттю, по бідності, по інвалідності і т. д.) [370].

Для дорослих пацієнтів за кожну стоматологічну процедуру встановлена фіксована оплата, яка надходить на рахунок стоматологічної клініки через страхову компанію. Для дітей, крім фіксованої оплати за стоматологічну процедуру, встановлені також доплати. Реєстрація пацієнта відбувається з прикріпленням його до певного стоматолога чи клініки. Стоматологи отримують оплату за лікування кожного пацієнта, відповідно до представленого списку виконаних процедур.

Все більше лікарів-стоматологів Великобританії практикують надання стоматологічної допомоги поза системою державної служби охорони здоров'я. Даний вид стоматологічної допомоги надається у відповідності до контракту між стоматологом і пацієнтом. Одночасно з цим, приватні стоматологи можуть надавати допомогу пацієнтам за їх стоматологічною медичною страховкою або на основі схеми подушевої оплати. Британська та Шотландська стоматологічна асоціація надає допомогу своїм членам з усіх питань приватної практики [350]. Крім того, у кожному регіоні є місцеве професійне об'єднання приватних лікарів-стоматологів [324].

Кількість випускників-стоматологів у Великобританії перебуває під суворим контролем держави, що запобігає перевиробництву лікарів-стоматологів. У країні функціонує чотирнадцять стоматологічних шкіл і один інститут удосконалення з стоматології. У 2002 р у Великобританії було зареєстровано 29951 лікарів-стоматологів, серед яких 30% склали жінки. У тому ж році у країні в якості лікарів-стажистів було зареєстровано 5529 лікарів-стоматологів із зарубіжних країн. Щорічно приблизно 750 випускників-стоматологів закінчують вузи країни [385].

У Великобританії нараховується приблизно 24000 стоматологічних медсестер. Стоматологічна медсестра працює у стоматологічній клініці як асистент на прийомі пацієнта безпосередньо за кріслом, (даний прийом називається «робота у чотири руки»). Стоматологічні медсестри не виконують жодних маніпуляцій у порожнині рота пацієнта.

Крім того, на сьогодні у Великобританії працює приблизно 3900 гігієністів стоматологічних. Обов'язки гігієністів визначені Законом про стоматологію від 1984 р. , а також Правилами про помічників лікарів-стоматологів від 1986 р. Гігієністи стоматологічні можуть здійснювати професійну чистку зубів, видалення зубного каменю, обробку та полірування зубів, можуть проводити місцеву інфільтраційну анестезію, покриття зубів спеціальними профілактичними фторвмісними гелями, накладення силантів для запечатування фісур зубів, навчання пацієнтів гігієні порожнини рота.

У Британії діє стоматологічна асоціація (BDA). На сьогодні членами асоціації є приблизно 16000 фахівців. Асоціація діє як профспілка і як професійна асоціація. Основними завданнями асоціації є допомога, сприяння лікарям-стоматологам і захист їх інтересів. У стоматологів можуть виникати ситуації, коли їм необхідно нести відповідальність за їх професійну діяльність. Саме тому лікарям-стоматологам бажано укласти договори страховки або професійного захисту зі спеціальними організаціями або об'єднаннями, які займаються такими питаннями [385].

У Великобританії сформувалась найбільш розвинена система ДПП. Становлення британської системи ДПП розпочалось у 1992 році, коли уряд Дж. Мейджора оголосив про нову програму державно-приватного партнерства та концепцію управління державною власністю під назвою «Приватна фінансова ініціатива» (ПФІ, Private Finance Initiative, PFI). Вона дала поштовх поширенню механізму ДПП у всьому світі [24].

Суть такого партнерства полягала у залученні приватних інвестицій для будівництва великих державних об'єктів, тобто приватний бізнес здійснював будівництво державного об'єкту за рахунок власних коштів. У межах Британської моделі ДПП з 1992 року по теперішній час реалізовано понад 700 проектів із загальним обсягом капітальних вкладень понад 50 млн фунтів стерлінгів. Реалізація таких проектів, за даними Британського уряду, дозволяє зекономити 17% для бюджету країни [24].

Головним державним органом з оцінки урядових програм PFI у Великобританії є Національне фінансово-ревізійне управління (National Audit Office, NAO). Іншим контролюючим органом у Великобританії є Комітет з контролю за витратами державних коштів (The Committee of Public Accounts, CPA), який за дорученням Палати громад здійснює аудиторські перевірки правильності витрачання цих коштів. NAO і CPA виконують керуючі та регулюючі функції по відношенню до всіх підприємств галузей виробничої інфраструктури незалежно від їх форми власності. Для приватних, змішаних або концесійних компаній правила і нормативи регулювання однакові [233].

Стоматологія Німеччини належить до числа найкращих у світі і є одним з найбільш розвинених напрямів медичної допомоги у країні. Стоматологія у Німеччині характеризується індивідуальним підходом до пацієнта та використанням новітніх досягнень технічного і наукового прогресу[19]. Стоматологія Німеччині приваблює пацієнтів з багатьох країн. Вичерпні консультації, точна діагностика, ефективна профілактика і лікування захворювань зубів, естетична стоматологія, імплантація зубів, протезування - стоматологія Німеччини надає всі види стоматологічних послуг. Особливу увагу стоматологія Німеччини приділяє питанням профілактики та збереженню здоров'я зубів з самого раннього віку [339, 353].

У Німеччині діють дві системи медичного страхування: обов'язкове і приватне (добровільне), відповідно, існує два переліки стоматологічних послуг з оціночними показниками трудомісткості та витратності. Перелік для обов'язкового медичного страхування міститься у Тарифній угоді (Bewertungsmaßstab fuer die vertragsärztlichen Leistungen). Загальний перелік стоматологічних послуг, які оплачуються за рахунок особистих коштів громадян або добровільного страхування, наведений у Положенні про тарифи лікарів-стоматологів (Gebuehrenordnung fuer Zahnärzte - GOZ) Федерального союзу лікарів-стоматологів, затверджене урядом ФРН. Відповідно до формулювань зазначених переліків ведеться медична документація лікарів-стоматологів. На сьогодні за рахунок обов'язкового медичного страхування (ОМС), лікарняних кас Німеччини, надається повний спектр стоматологічної ортопедичної допомоги. Перелік включає 31 позицію з протезування (без урахування інших стоматологічних маніпуляцій, наприклад, методів обстеження, контрольних заходів, анестезії, пародонтологічного дослідження і т. д.) [339].

Перелік стоматологічних ортопедичних послуг, які оплачуються за рахунок приватного страхування і особистих коштів пацієнтів, включає розширений спектр видів протезування, у тому числі дороге протезування на

імплантатах, ортодонтичні апарати, і налічує 57 позицій, тобто практично всі можливі види і способи протезування [344].

Нормативні акти, які регламентують надання стоматологічної допомоги у межах ОМС, визначають обов'язкову стоматологічну ортопедичну допомогу у ФРН, а саме:

- суворо визначений перелік видів протезування;
- економічність протезування, вартість лікарських маніпуляцій і витратних матеріалів;
- строгі показання до застосування окремих видів протезів та методів протезування.

Різні стоматологічні маніпуляції, які виконуються лікарем-стоматологом, оцінюються за різними системам тарифних балів пропорційно: бал ОМС відноситься до балу добровільного медичного страхування (ДМС) приблизно як 1:10 [341].

Наведемо огляд цін на стоматологічні послуги у Німеччині (дані взяті з одного з інтернет-сайтів, що пропонують подібні послуги). Імплантат: від 1250 євро. Косметична стоматологія: від 400-500 € за одиницю. Звичайні зубні протези: від 4000 євро. Змінні зубні протези: від 8000 €.

Основними методами, які використовуються при лікуванні у німецькій стоматологічній клініці є:

- стоматологічна профілактика захворювань порожнини рота;
- косметична стоматологія;
- протезування (у тому числі, із використанням імплантатів);
- використання методів нарощування кісткової тканини;
- комп'ютерна тривимірна рентгенографія.

Німеччина, країна з традиційно сильною державною владою, порівняно пізно приступила до розробки і реалізації проектів ДПП. Лише з 2002 року там активно розвивається ринок ДПП, забезпечуючи підвищення ефективності використання бюджетних коштів і дозволяючи створювати нові об'єкти соціальної, економічної, екологічної та інформаційної

інфраструктури. Метою ДПП у Німеччині є не тільки розвиток, але також і боротьба з бідністю. Саме в ФРН ці речі є сумісними. Проект ДПП вважається доцільним лише тоді, коли він здатний забезпечити позитивний економічний результат для фірм [152, 153].

У ФРН в грудні 2007 року рішенням федерального уряду заснована державно-приватна компанія Partnerschaft Deutschland (PD). У рамковій угоді з PD замовниками є федеральний уряд, 10 федеральних земель, 82 комуни, ряд публічно-правових організацій і підприємств. Однією з найважливіших функцій, покладених на вказане агентство, є сприяння розвитку ринку ДПП і розширення сфери застосування різних видів державно-приватної кооперації.

Основними сферами застосування ДПП у Німеччині є інформаційно-комунікаційні технології, комунальне господарство та соціальні галузі [153].

На сьогодні у Німеччині у формі ДПП залучається 2-4% публічних інвестицій. Для посилення інституційної системи у 2002 р. при Міністерстві Фінансів був створений "Центр компетенції" по ДПП [19].

Державно-приватне партнерство у німецькому законодавстві не розглядається як окреме явище, воно цілком гармонійно вписується в існуюче правове поле і є лише методом здійснення бюджетних витрат і виконання державних і муніципальних зобов'язань. Фактично кожний суб'єкт бюджетного процесу у ФРН зобов'язаний аналізувати будь-який великий інвестиційний проект із врахуванням альтернативи його реалізації на основі створення ДПП.

Стоматологія Італії, як професійна спеціалізація, існує у межах одного із загальних розділів медицини. Цим пояснюється відсутність у країні окремої стоматологічної служби. Згідно статистичних даних, у цій країні з 107 тисяч лікарів стоматологічну допомогу у режимі повного робочого дня надають приблизно 10 тисяч фахівців. Додатково до них близько 2 тисяч дантистів працюють неповний робочий день. Професійна підготовка лікарів за даною спеціалізацією полягає у закінченні 3-х річних курсів після отримання диплома по загальній лікарській спеціальності. Це є обов'язковою

умовою для практикуючих стоматологів, які мають діючі контракти у лікарнях та інших медичних закладах, що належать до структури соціального забезпечення. Надання стоматологічної допомоги в Італії, в основному, здійснюється на платній основі за бездотаційними розцінками. З коштів фондів соціального страхування пацієнтам відшкодовується:

- 1/3 вартості медичних послуг з видалення зубів і лікування карієсу;
- 1/3 вартості медичних послуг з пломбування зубів;
- 1/4 вартості протезування зубів.

На півночі Італії, який вважається більш розвиненим у економічному плані регіоном країни, забезпеченість стоматологами є вищою, ніж у середньому у країні. Це пояснюється тим, що у центрі та на півночі країни розташована значно більша кількість великих міст з чисельністю населення 1 млн. та більше. Феномен економічної розвиненості визначає і більш високі тарифи на стоматологічні послуги, які в середньому на 20% вищі на півночі, ніж на півдні країни. Перший Італійський досвід залучення приватного капіталу для надання послуг у соціальній сфері відноситься до 1923 року, коли був виданий перший закон про концесії, а в сфері охорони здоров'я перші проекти стартували у 1998 р. Уже у 1999 р. було запроваджено ряд проектів по залученню приватного інвестування в охорону здоров'я за допомогою ДПП на суму приблизно в 6 млрд. євро. Це дозволило Італії зайняти 3-тє місце у світі за обсягом інвестицій в охорону здоров'я після Великобританії і Канади [ 375, 376]. В Італії на сьогодні близько 50 проектів ДПП для великих лікарень та будинків для людей похилого віку вже підписані або перебувають у підготовчій стадії. 30 з них відносяться до створення медичних центрів на 600 ліжко-місць і більше на загальну суму 3, 5 млрд. євро [375]. У відповідності до італійського законодавства, яке не суперечить законодавству ЄС, ДПП може реалізовуватись у трьох формах:

- 1) концесії у рамках громадської ініціативи;
- 2) концесії у рамках ініціативи приватного сектора;
- 3) концесії на сервісні контракти, в яких не фігурують великі об'єкти

будівництва і які відносяться тільки до сфери надання медичних послуг [131]. Крім того, приватним компаніям у Італії дозволяється вести комерційну діяльність на території об'єктів концесійної угоди. Витрати на охорону здоров'я у проектах ДПП складають в Італії до 50% від регіональних бюджетів, це приблизно, за даними на 2014 р. , досягає 110 млрд. євро. Використання ДПП дозволяє до 60% витрат у сфері охорони здоров'я забезпечити за рахунок приватних інвестицій [153, 166, 172].

У Швейцарії система надання стоматологічної допомоги подібна до німецької. Вона включає лікарняні каси, добровільне страхування здоров'я, страхування від нещасних випадків і по інвалідності. Лікарняні каси в різних випадках, визначених законодавчо, несуть повні або часткові витрати з надання стоматологічної ортопедичної допомоги. Державно-приватне партнерство в Швейцарії має чітко виражену спрямованість - задоволення державного інтересу [347, 348]. Певним категоріям населення витрати на необхідне стоматологічне лікування компенсуються (частково або повністю) за рахунок соціального страхування. У Швейцарії, в Базелі, фторується питна вода і педіатри призначають дітям таблетки фториду натрію за показами [347]. У Франції при промислових підприємствах, муніципалітетах, організаціях соціального забезпечення і різних взаємних фондах (наприклад, фондах організованих студентами або державними службовцями) є приватні або громадські амбулаторії [370]. Пацієнт, застрахований у системі соціального страхування, може сам обрати лікаря-стоматолога і вид лікування. Крім внесків соціального страхування, французи самі оплачують 30% від гонорару стоматолога. Гонорари, які виплачуються стоматологам, передбачають надання регулярної та повноцінної допомоги всьому населенню; групи, які потребують особливої уваги, не виділяються.

У Франції були розроблені дві моделі ДПП: концесія та оренда. У рамках концесії приватний партнер обирається державою на основі проведення конкурсу для фінансування, будівництва і надання послуг протягом певного довгострокового проміжку часу. Після завершення проекту об'єкт передається

державі. При цьому приватний сектор отримує винагороду щоквартально або щорічно від держави. Концесія відома у світі як модель BOT (Built, Own, Transfer / будівництво - володіння - передача). В основі формування назв моделей ДПП лежить передача видів діяльності від держави приватному сектору [87, 198, 292]. У разі оренди (affermage contract): приватна компанія повинна спроектувати, побудувати об'єкт інфраструктури та / або керувати ним, а його фінансування здійснюється державою [326]. При виборі даної моделі ДПП держава одноразово укладає контракт на будівництво і управління об'єктом інфраструктури з приватним сектором, при цьому не виключається можливість для приватної компанії укласти субконтракт з іншою приватною компанією для управління цим об'єктом.

Вигоди для приватного і державного секторів від застосування зазначених механізмів ДПП полягають у наступному:

- для приватного сектора: одержання гарантованого доходу протягом усього терміну дії проекту за надання замовлених державою послуг, а також розширення меж своєї діяльності;

- для державного сектора: поліпшення співвідношення «ціна - якість» від реалізації проекту, в порівнянні з традиційним способом його здійснення державою (через державне замовлення), а також зниження фіскального навантаження на державний бюджет завдяки розподілу виплат (якщо вони передбачаються) за реалізацію проекту приватному сектору на тривалий проміжок часу.

У Франції проекти ДПП також успішно використовуються у практиці будівництва об'єктів охорони здоров'я. Так проект клінічного центру "СюдФрансільєн" був переданий великій будівельно-концесійній групі Франції. Договір був укладений в результаті конкурентної боротьби, в ході якої Elqafe виграла контракт у основних своїх конкурентів - інших французьких компаній, завдяки наявному досвіду участі у реалізації проектів ДПП у Франції. Угода зі створення проекту і будівництва клінічного центру «СюдФрансільєн» - приклад, який сприяє процесу партнерства в цілому, а

також забезпечує швидку реалізацію програми. Загальна вартість даного контракту склала 315 млн. євро. Проект розрахований на тридцять років від дати початку комерційного використання об'єкта. Будівництво розраховано на чотири роки. Після завершення проекту площа клінічного центру «СюдФрансільєн» складе приблизно 110 000 метрів, що еквівалентно площі 15 футбольних полів [284].

У травні 2015 року у Парижі був створений Центр передового досвіду міжнародних концесій і ДПП. Центр покликаний вивчати, аналізувати, спрощувати і, можливо, пропонувати нові стандарти належної практики використання ДПП у глобальному масштабі. Центр створений за ініціативи Французького інституту міжнародних юридичних експертів (IFEJ), Конфедерації міжнародних будівельних асоціацій (НВЗДА), МЕДЕФ і міністерства закордонних справ і економіки під егідою Організації Об'єднаних Націй [8]. У Чехії, порівняно з Німеччиною і Швейцарією, обсяг надання стоматологічної допомоги є значно меншим, причому перелік стоматологічних послуг, який оплачується у цій країні за рахунок ОМС, постійно скорочується і звужується до найнеобхідніших і життєво важливих. Стоматологічне протезування у Чехії за рахунок ОМС взагалі не оплачується [266, 247, 292, 324].

Стоматологічні послуги є одним із видів медичних послуг, які інтенсивно розвиваються у Польщі, де вони на 30-50% дешевші, ніж у сусідніх європейських країнах. Стоматологічне лікування у Польщі покривається обов'язковим страхуванням NFZ лише частково. Це означає, що тільки невелика частина послуг надається безкоштовно. Польща, як і більшість країн Євросоюзу, має потребу у висококваліфікованих лікарях-стоматологах. Старіння медичних кадрів і відтік молодих лікарів на роботу до Західної Європи створили дефіцит дантистів як у державних, так і у приватних клініках і стоматологічних кабінетах [ 202].

Рівень стоматологічного обслуговування у приватних клініках Польщі майже не відрізняється від рівня у державних поліклініках. Дуже часто одні й

ті самі лікарі надають як безкоштовні, так і платні послуги. Основними перевагами комерційних клінік є стильний інтер'єр і відсутність великих черг. Крім того, деякі вузькі фахівці є лише у приватних клініках.

У Польщі у 2009 році стартувало понад 30 проектів ДПП, в тому числі у сфері охорони здоров'я. Більшість з цих проектів ініціювали органи місцевого самоврядування: на рівні міст і громад, а також на рівні воєводств (областей) і повітів (районів). Такому стрімкому підвищенню інтересу до ДПП з боку місцевої влади сприяло прийняття Закону про державно-приватне партнерство від 19 грудня 2008 року і Закону про концесії на будівельні роботи та послуги від 9 січня 2009 року, які повністю відповідають директивам ЄС [202, 247].

У 2013 році Міністерство регіонального розвитку Польщі отримало 10 заявок від постачальників медичних послуг на підтримку проектів державно-приватного партнерства. Більшість заявників складали лікарні. Проекти варіювали за вартістю від 4 млн. до 120 млн. євро і передбачали будівництво нових медичних закладів або модернізацію діючих.

Найбільші проекти запропонували регіональний уряд Познані: будівництво онкологічної лікарні для регіону Вроцлава і локального відділення променевої терапії у Зелена-Гора, будівництво нової лікарні матері і дитини. Серед заявників на інвестиції були також районні лікарні у Гдині, Замкову, Равичу, Замосту і Жирардуву, оздоровчий центр у Пулавах. Міністерство обирало проекти з кращими перспективами реалізації у відповідності до кваліфікації для фондів ЄС. Як правило, проекти ДПП в охороні здоров'я реалізуються за моделлю Будуй-Здавай-Передавай (Build-Operate-Transfer) і держава залишає за собою прерогативу надання медичних послуг [38, 39, 202].

У Швеції існує система страхової та приватної стоматологічної допомоги. Страхова стоматологія підпорядкована ландстингу або регіону. Система страхової стоматологічної допомоги називається «Народна стоматологія» (Folktandvården). Діючі правила надання стоматологічних

послуг передбачають різні рівні їх оплати, які залежать від місця проживання пацієнтів і вибору дантиста. Всі жителі Швеції молодші за 20 років можуть користуватися стоматологічними послугами безкоштовно, і це стосується, як візитів до страхових стоматологічних установ, так і відвідування приватних стоматологів [266, 292 ].

Стоматологічна допомога у країні у значній мірі базується на профілактичній роботі. Це означає, що необхідно регулярно відвідувати стоматолога, щоб підтримувати зуби у здоровому стані. Всіх дітей і підлітків регулярно запрошують на стоматологічний огляд, пропонують лікування та профілактичні заходи. Дорослі можуть звертатися до зубного лікаря за своєю ініціативою.

У Швеції діє система фінансової підтримки при лікуванні зубів. Усі жителі Швеції мають право на фінансову підтримку при лікуванні зубів, починаючи з 20-річного віку. Система фінансової підтримки включає субсидії (гроші), передбачені для оплати послуг стоматолога, а також компенсацію витрат на лікування. Субсидія на стоматологічну допомогу становить 300 крон на рік для пацієнтів віком 20-29 років або старше 75 років. Для осіб віком 30-74 років субсидія складає 150 крон на рік. Можна зберігати субсидію протягом року, щоб скористатися нею на наступний рік. Компенсація витрат на стоматологічне лікування означає, що пацієнтові доводиться оплачувати самому тільки частину вартості послуг. Державна страхова каса оплачує решту. При оплаті стоматологічних послуг, вартість яких перевищує 3000 крон, передбачена знижка, яка складає половину від вартості витрат. Якщо лікування коштує понад 15 000 крон, пацієнту потрібно платити тільки 15 відсотків від усієї вартості [ 266, 247, 370].

У Швеції розвинена профілактична стоматологічна допомога. У стоматологічних клініках, які відносяться до системи страхової стоматологічної допомоги (Folktandvården), є вид послуг, які пропонуються за фіксованою ціною. Така форма обслуговування називається профілактичною (по-шведськи - frisktandvård). Щомісяця пацієнт платить

певну суму, завдяки чому він потім може безкоштовно обслуговуватись у стоматолога. Щоб користуватися пільгами у межах профілактичної допомоги, необхідно підписати відповідний договір. Крім того, необхідно пройти обстеження, для того, щоб стоматолог міг визначити, у скільки обійдеться таке профілактичне лікування.

Швеція досить рано стала практикувати один із видів ДПП - корпоративну соціальну відповідальність бізнесу (КСВ) і, відповідно, просунулася у даному напрямку далі інших країн. За рейтингом відповідальної конкурентоспроможності, складеним міжнародною некомерційною організацією Account Ability, Швеція посіла перше місце серед 108 країн. Компанії, які практикують КСВ, оцінювались за такими критеріями як виробниче середовище, корупція, соціальна складова. У звіті Account Ability відзначається, що успіх Швеції у просуванні КСВ відбувся не тільки за рахунок зусиль бізнес-структур, а й правильної політики уряду щодо стимуляції КСВ. Висуваючи високі вимоги до підприємств, які знаходяться у державній власності, а також сприяючи ініціативам у сфері сталого розвитку в цілому, уряд Швеції прагне стимулювати зусилля шведських компаній на цьому напрямку. Кінцевий результат для цілей тріади держава - бізнес - суспільство у Швеції виражається у розвитку національної економіки та підвищенні рівня соціально-економічного розвитку суспільства [277, 286, 305].

У стоматології Данії переважає державний сектор; фінансування здійснюється за рахунок податків, що надходять до державного та місцевих бюджетів. Стоматологічне обслуговування підпорядковується регіонам, які отримують фінансування від держави і частково від муніципалітетів [29, 273].

В Ізраїлі цінова політика у стоматології відрізняється досить демократичними цінами, порівняно з європейськими та американськими, при дуже високій якості виконання усіх стоматологічних маніпуляцій.

Слід відзначити, що стоматологія в Ізраїлі використовує не тільки найбільш інноваційні матеріали та інструменти, а й приділяє велику увагу

використанню медикаментозних засобів, як для терапевтичних заходів, так і для анестезії.

У Європі в результаті спільної діяльності, в ході тривалих дискусій була вироблена основа моделі, яка має назву системи збалансованих показників. Підхід до управління стоматологічними організаціями передбачає виділення як мінімум двох принципових проблем: вдосконалення власне стоматологічної допомоги; вдосконалення системи управління стоматологічною допомогою [266, 247, 292].

Удосконалення стоматологічної допомоги нерозривно пов'язане із запровадженням нових стоматологічних медичних технологій, підвищенням професійної підготовки медичного персоналу стоматологічних організацій та підвищенням якості стоматологічної допомоги, контрольованої через систему стандартів у стоматології.

Удосконалення системи управління стоматологічною допомогою населенню пов'язане із запровадженням прогресивних технологій управління, здатних надати необхідну інформацію для аналізу діяльності стоматологічної організації у чотирьох основних аспектах: «медична допомога», «персонал», «пацієнти» і «фінанси». Вибір управлінського рішення пов'язаний із вибором інноваційних медичних технологій, які відповідають медико-економічним і соціальним критеріям.

У країнах Західної Європи та Північної Америки за останні три десятиліття різко знизилась поширеність стоматологічних захворювань, як серед дитячого, так і дорослого населення. Практично у всіх цих країнах середній рівень КПВ у дитини віком 12 років не перевищує 1, 2-1, 8.

У Західній Європі взято курс на скорочення втручання держави в економіку, припинення надмірного державного регулювання та передача ряду повноважень кваліфікованим інститутам підприємницького співтовариства [ 266, 247, 292].

Реалізація механізму саморегулювання здійснюється за допомогою:

- розробки правил і стандартів підприємницької (професійної) діяльності, які виходять не від держави, а від самих підприємців (професіоналів) і ними ж затверджуються;
- забезпечення належного контролю з боку підприємницьких (професійних) об'єднань за діяльністю своїх членів;
- захисту інтересів учасників підприємницького співтовариства перед третіми особами [114].

Держава (у даному випадку в особі уповноваженого органу) здійснює загальний нагляд у сфері охорони здоров'я, причому основне навантаження з контролю беруть на себе саме підприємницькі співтовариства, що значно знижує ступінь адміністративного тиску на бізнес і скорочує витрати на утримання держрегулятора.

У західних економіках застосовується термін "державно-приватне партнерство" (ДПП) - public - private partnership.

ДПП є якісно новим і ефективним способом залучення інвестицій, оскільки партнерство такого типу не тільки сприяє зростанню економіки, а й розвитку соціально важливої інфраструктури, такої як охорона здоров'я [1, 2, 7, 9, 15, 22, 24, 30, 38, 59, 62, 67, 72, 73, 74, 90, 113, 117, 118, 120, 146, 147, 152, 161, 195, 201, 201, 212, 218, 219, 222, 224, 236, 239, 240, 245, 247, 260, 269, 276, 279, 281, 292].

Базові характеристики ДПП є наступними:

- сторонами ДПП є держава і приватний бізнес;
- взаємодія сторін у ДПП базується на офіційній, юридичній основі (на підставі угод, договорів, контрактів тощо);
- взаємодія зазначених сторін має дійсно партнерський, рівноправний характер (тобто в обов'язковому порядку повинен дотримуватись паритет, баланс обопільних інтересів);
- ДПП має чітко виражену публічну, суспільну спрямованість (його головна мета - задоволення державного інтересу);

- у процесі реалізації проектів на основі ДПП консолідуються, об'єднуються активи (ресурси і вклади) сторін;
- фінансові ризики і витрати, а також досягнуті в ДПП результати розподіляються між сторонами у пропорціях у відповідності до взаємних домовленостей, зафіксованих в угодах, договорах, контрактах і т. п. [2].

Інвестиційні моделі спільної участі держави і приватного сектора у сфері охорони здоров'я мають різні форми. В одних країнах основний акцент робиться на інвестиції у створення нових об'єктів інфраструктури, в інших - на підвищення ефективності роботи вже існуючих [266, 292].

Із усього різноманіття моделей державно-приватного партнерства, які існують у світі, можна виділити такі основні [2]. Франчайзинг - приватна компанія укладає контракт з державним або муніципальним замовником на управління та експлуатацію існуючого об'єкта охорони здоров'я. Приватний партнер інвестує оснащення об'єкта охорони здоров'я, його устаткування і транспортні засоби, забезпечуючи повернення вкладених інвестицій та отримання прибутку за рахунок ефективної експлуатації об'єктів.

Модель «будівництво та отримання у власність для експлуатації на певний час з подальшою передачею державі» (BOOT - build, own, operate, transfer) - приватний забудовник експлуатує об'єкт капітального будівництва протягом певного строку, встановленого договором, після закінчення якого права власності на об'єкт повертаються державному або муніципальному замовнику.

Модель «придбання-отримання у власність - зворотний лізинг» (BOLB - buy, own, lease back) - приватний забудовник будує і вводить в експлуатацію об'єкт охорони здоров'я, який потім передає в лізинг державі або муніципалітету. Лізингові платежі протягом встановленого терміну повинні покрити вартість об'єкта і принести прибуток, норма якого встановлюється у контракті. Фактично, ця схема є «покупкою у розстрочку», за виключенням того, що по мірі здійснення виплат лізингових платежів у власність держави або муніципалітету надходить частина об'єкта, пропорційна проміжній сумі виплат.

Модель Alzira (укладення контактів на будівництво і надання послуг) - приватний забудовник будує, вводить в експлуатацію та експлуатує об'єкт охорони здоров'я, маючи при цьому контракт на надання медичних послуг визначеній контрактом категорії населення [292].

Модель франчайзингу була випробувана у Швеції і включала продаж державної лікарні приватній компанії [370]. У 1991 р. у Швеції приватний сектор був допущений до володіння та управління лікарнями, послугами швидкої допомоги, лабораторіями, що призвело до зниження вартості рентгенівських послуг на 50%, лабораторних послуг - на 40%, тривалості очікування діагностики та лікування - на 30% .

Австралія має широкий спектр різноманітних моделей, які різняться в окремих штатах. В Австралії після приватизації 50 лікарень витрати на будівництво нових госпіталів впали на 20%, а кількість пацієнтів зросла на 30% [200, 370, 393]. Австралія стала застосовувати нову модель надання послуг за допомогою механізму ДПП - модель BOOT (Built, Own, Operate, Transfer) [266, 292, 370], в рамках якої приватний сектор будує, фінансує, управляє і експлуатує об'єкт інфраструктури, а також володіє правом власності на створений об'єкт до моменту завершення контракту, після чого право власності переходить до держави [219]. Ця модель у Австралії стала домінуючою у реалізації інфраструктурних проектів 90- х років минулого століття. У Австралії, країні з федеративним устроєм, ДПП стартувало у 1980-1990 рр. у регіонах, провінціях і муніципалітетах, адміністрація яких проводила політику державно-приватного партнерства [266, 292]. У 2004 р у Австралії був створений Національний форум ДПП (National Australian PPP forum), який є основним механізмом координації і співробітництва національних, провінційних і місцевих органів влади щодо реалізації ДПП. Національний орган ДПП Австралії виступає координатором роботи у сфері партнерства не тільки міністерств, а й бізнесу [292, 370].

Приватна фінансова ініціатива (Private Finance Initiative - PFI) у Великобританії представляє модернізовану концепцію управління державною

власністю і є моделлю типу: «дизайн - будівництво - фінансування - експлуатація» (DBFO). Схожі моделі були адаптовані, але у менших масштабах, у Канаді, Португалії, Іспанії та Індії [38, 40, 47, 52, 57, 62, 66, 72, 74, 95, 274]. Подібні моделі ДПП були запроваджені у Ірландії для фінансування об'єктів медичної допомоги та закупівлі інфраструктури. Концесії, у чистому вигляді, найбільш поширені у країнах, де партнерство між державою і приватним бізнесом базується на розробленій законодавчій базі. До таких країн можна віднести Францію, концесійне законодавство якої є найбільш розвинутим у світі та складається з складної системи правових документів на державному та місцевому рівнях [38, 40, 47, 66, 72, 95, 102, 159, 164, 174, 191, 201, 236, 245].

Унікальна модель була розроблена у лікарні Alzira в іспанській провінції Валенсія. На підставі даної моделі управління лікарнею здійснюється приватним консорціумом, який несе відповідальність за охорону здоров'я конкретної категорії населення взамін отримання щорічної оплати на основі подушевого нормативу [2, 274].

У висновку можна констатувати, що світова практика надання стоматологічної допомоги населенню має досвід залучення пацієнтів до оплати стоматологічних послуг і багатий арсенал організаційно-економічних і правових механізмів планування, регулювання та управління діяльністю суб'єктів ринку стоматологічних послуг. Стоматологічна допомога дітям і окремим верствам населення має державну підтримку.

Жодна держава у Європі не забезпечує повністю населення якісною та сучасною стоматологічною допомогою за рахунок бюджету і не здатна виділяти необхідні кошти на сучасне стоматологічне обладнання, технології та матеріали для лікування (профілактики) стоматологічних захворювань у населення. Один з ефективних організаційно-економічних і правових механізмів у системі інститутів некомерційних медичних організацій (державних, приватних), які не орієнтуються у своїй діяльності на отримання прибутку, реалізується у США.

У Західній Європі взято курс на скорочення втручання держави в економіку, припинення надмірного державного регулювання та передачу ряду повноважень кваліфікованим інститутам підприємницького співтовариства [266, 247, 292]. Одним із інструментів реалізації даного курсу є "державно-приватне партнерство" - якісно новий і ефективний спосіб залучення інвестицій до забезпечення населення стоматологічною допомогою. До основних особливостей європейської стоматологічної допомоги можна віднести доступність та якість стоматологічної допомоги, інтеграцію стоматологічних і загальних служб охорони здоров'я, використання бригадного методу роботи у стоматологічних закладах, високотехнологічне обладнання стоматологічних кабінетів, проведення профілактичної роботи серед населення. У європейській стоматологічній службі виділені дві принципові проблеми: вдосконалення власне стоматологічної допомоги та вдосконалення системи управління стоматологічною допомогою.

Удосконалення власне стоматологічної медичної допомоги розвивається по шляху:

- підтримки системи стоматологічної допомоги з боку держави;
- наявності декількох джерел фінансування стоматологічної допомоги;
- дотримання прав людини в системі охорони здоров'я;
- відповідальності держави (в будь-якій формі) за стоматологічну допомогу соціально незахищеним верствам населення.

Удосконалення системи управління стоматологічною допомогою полягає в розумному поєднанні адміністративного і професійного управління організацією стоматологічної допомоги.

## **1. 2. Державно-приватне партнерство – як перспективний інструмент удосконалення системи охорони здоров'я в Україні**

Вивченню проблем реформування системи охорони здоров'я України, формування вітчизняного ринку медичних послуг в умовах ослаблення

державного монополізму, адаптації адекватних методів і форм державно-приватного партнерства до системи охорони здоров'я України присвячено цілий ряд досліджень вітчизняних учених [1, 2, 7, 8, 11, 12, 22, 24, 38-40, 48, 49, 54, 55, 60, 61, 62, 66, 67, 70-74, 89, 102, 107-111, 117, 118, 120, 136, 141, 142, 146-149, 154-159, 161, 164, 182-184, 189-191, 196, 202, 209-211, 224, 226, 230-232, 241, 244, 248-250, 253, 259, 268, 270, 271, 278, 289, 294, 297-299, 301, 302, 310-312 ]. Практично всіма вказаними авторами визнається, що одним з основних сучасних напрямків розвитку і перебудови охорони здоров'я є вдосконалення системи на основі економічних методів і принципів державно-приватного партнерства. На думку Авакумова А. А. (2015), проблеми реформування повинні концентруватись у технологіях реалізації перетворень, перш за все, в основній структурній ланці системи охорони здоров'я - амбулаторному закладі охорони здоров'я. Перетворення у муніципальній системі охорони здоров'я доцільно здійснювати на рівні амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ, так як вони є мінімальними структурними елементами системи, надають основний обсяг медичної допомоги населенню, визначають характер змін що відбуваються в охороні здоров'я [2].

Забезпечення системи охорони здоров'я необхідними економічними ресурсами є складною проблемою, яка вирішується у площині економічного регулювання. Складність її посилюється об'єктивними труднощами, справа в тому, що економічний механізм вітчизняної охорони здоров'я в силу історичних обставин протягом тривалого періоду часу базувався майже виключно на системі державного бюджетного фінансування [120].

Держава через бюджет надає системі охорони здоров'я основну частину фінансових ресурсів, розміри яких відіграють в кінцевому результаті вирішальну роль у визначенні перспектив подальшого розвитку галузі [120].

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я це у значній мірі пов'язано з розвитком проектів державно-приватного партнерства, що є передумовою переходу до багатоканального фінансування охорони здоров'я, залучення для цієї мети приватних інвестицій.

Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, у нашій країні склалась складна ситуація щодо стану здоров'я населення, основні показники якого - середня тривалість життя, рівень смертності та захворюваності - далеко не оптимістичні та на протязі останніх років мають тенденцію до погіршення [119].

Система охорони здоров'я в Україні характеризується зниженням якості та доступності медичної допомоги, недостатнім фінансуванням, низькою ефективністю використання ресурсів, незбалансованістю структури медичної допомоги, незадовільним виконанням державних гарантій надання медичної допомоги [123, 127, 200]. Таким чином, в умовах недостатнього фінансування та відсутності радикальних змін у країні склалась малоефективна система охорони здоров'я. У зв'язку з низьким рівнем технологічного оснащення, структурними диспропорціями, існуючою проблемою кваліфікації кадрів, у тому числі управлінських, якість надання медичної допомоги у державних ЗОЗ залишається низькою [210, 260].

У бюджеті на 2017 рік на медичну сферу передбачено 55, 7 млрд грн. - якщо їх розділити на всі ЗОЗ, то їх стан не зміниться, вони залишаться із застарілим обладнанням, стінами, методиками, апаратурою, а пацієнти продовжать забезпечувати себе ліками [226].

Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я - це передусім об'єднання різних пріоритетів. Так, стаття 3 Конституції України визначає життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю. Водночас, згідно зі статтею 42 ГКУ, підприємництво - це самостійна, ініціативна, систематична господарська діяльність, яка здійснюється суб'єктами господарювання (підприємцями) з метою досягнення економічних і соціальних результатів та одержання прибутку. Тобто, для держави пріоритетною метою охорони здоров'я є збереження здоров'я її громадян, а для суб'єктів підприємництва - отримання прибутку [252].

У системі охорони здоров'я України на сьогодні робляться тільки перші кроки щодо запровадження механізмів державно-приватного партнерства.

Зокрема, у 2011 році схвалено Концепцію загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», у якій зазначається необхідність взаємодії державного та приватного секторів. На доцільність розвитку державно-приватного партнерства вказує Програма економічних реформ на 2012-2014 роки [226].

Набув чинності Закон України "Про державно-приватне партнерство" від 01. 07. 2010 р. № 2404-V, яким визначено організаційно-правові засади взаємодії державних партнерів із приватними та основні принципів державно-приватного партнерства [107]. Цей закон визначив нові підходи до співпраці держави, органів місцевого самоврядування та приватного бізнесу у реалізації інфраструктурних проектів, які є важливими для розвитку економіки, забезпечення належного рівня життєдіяльності суспільства, підвищення якості життя громадян. У цілому, схвалення Закону є позитивним для України, яка на відміну від більшості країн світу майже не задіяла можливості великого бізнесу для забезпечення стратегічного розвитку держави на засадах встановлення партнерських відносин.

Згідно закону України «Про державно-приватне партнерство» від 01. 07. 2010 р. № 2404-V, державно-приватне партнерство – це співробітництво між державою Україна, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами – підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом [107].

У ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» зазначено, що охорона здоров'я є однією із потенційних сфер застосування механізмів державно-приватного партнерства в Україні. При реалізації проектів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я передбачено виконання однієї або кількох наступних функцій: проектування; фінансування; будівництво;

відновлення (реконструкція, модернізація); експлуатація; пошук; обслуговування, а також інших функцій, пов'язаних з виконанням договорів, укладених у рамках державно-приватного партнерства.

Стаття 5 зазначеного Закону України передбачає, що у межах здійснення державно-приватного партнерства можуть укладатися договори про: концесію, спільну діяльність, інші договори. Таким чином, державно-приватне партнерство в Україні є договірним. І може реалізовуватись у сфері охорони здоров'я. Цей Закон привернув увагу суспільства до нових інноваційних підходів до реалізації суспільно значимих проектів, відкрив можливості для приватних партнерів ініціювати такі проекти, створив умови для поліпшення регуляторного середовища у країні. Розвиток механізмів державно-приватного партнерства є особливо актуальним в умовах обмежених бюджетних можливостей і наявності кризових явищ у економіці. Публічно-приватне партнерство може стати ключовим фактором і двигуном економічного реформування в Україні [111, 114, 255, 256, 260, 297].

Водночас ухвалений Закон, та інші законодавчі акти, які регулюють діяльність у сфері реалізації інфраструктурних проектів шляхом співробітництва публічного та приватного секторів, не сформували єдиного системного бачення та не вибудували ефективну модель організації такого співробітництва. Це значною мірою пов'язано з тим, що такий механізм є новим та недостатньо зрозумілим в Україні, як з точки зору ідеології, так і з точки зору його економічної та соціальної сутності, правової природи, термінології.

Серед більшості потенційних учасників публічно-приватного партнерства (органів публічної влади, приватних підприємств, населення) відсутнє єдине бачення сутності цього явища та переваг, які може надати поєднання зусиль держави, влади та приватного сектору у реалізації суспільно значимих проектів [110]. Як стверджують Н. Г. Гойда та Н. В. Курділь (2012), незважаючи на суттєвий прогрес у питанні створення правового поля ДПП, Україна знаходиться на початку складного та тривалого процесу інституціонального перетворення відносин між державою та бізнесом в охороні здоров'я, що

потребує подальшого вдосконалення законодавства та приведення його у відповідність до норм і принципів міжнародного права, що передбачають чітку і скоординовану взаємодію усіх гілок влади та сприятливе для бізнес партнерства адміністративне середовище [66, 67, 159].

Система державного управління інноваціями поки що не довела своєї ефективності. Діючі механізми управління інноваціями не створюють ефективних стимулів для співробітництва виробників і споживачів знань, державного і приватного секторів економіки, не сприяють нарощуванню інвестицій в інноваційну діяльність і високотехнологічні виробництва [8].

Побудова громадської моделі охорони здоров'я та розвиток ДПП, у межах якого держава покликана здійснювати стратегічне управління та організаційно-правове регулювання охороною здоров'я, є ключовими елементами для адаптації України до сучасної європейської стратегії [247].

Кравченко Л. А., проаналізувавши основні напрямки використання механізму державно-приватного партнерства у реалізації інноваційного потенціалу в Україні, розкрила своє бачення форм і переваг державно-приватного партнерства, запропонувала заходи державної політики щодо стимулювання його розвитку [146].

На думку Куц Д. (2013), найбільш популярною формою ДПП в Україні є концесія. Дана тенденція збігається зі світовою. Суть даної моделі полягає у тому, що держава і приватний партнер підписують концесійний договір, у відповідності до якого об'єкт державної власності тимчасово, але довгостроково, передається у користування приватному партнеру [161].

В Україні створено окремі прецеденти налагодження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Перспективними напрямками подальшої кооперації зусиль є: проектування, будівництво, реконструкція, модернізація та управління інфраструктурою медичних закладів; надання клінічних послуг; розробка та виробництво нових фармацевтичних препаратів і медичної техніки; технічне обслуговування медичної техніки та інформаційних систем [180].

Водночас, конкретних проектів із застосуванням механізму ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні впроваджується мало, тому дослідження розвитку державно-приватного партнерства, його форм, моделей і можливостей їх застосування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду, є вкрай актуальним завданням [219].

Але слід відмітити, що у суспільстві виникає занепокоєність, що ДПП може стати черговим етапом приватизації державних підприємств і закладів соціальної сфери, що призведе до різкого підвищення оплати за соціальні послуги, у тому числі в охороні здоров'я. Підприємці, у свою чергу, стурбовані посиленням ролі держави та її вторгненням у бізнес-сферу. Висловлюється думка, що держава, оволодівши капіталом і новими технологіями, використовуючи адміністративний ресурс, може стати переможцем у конкуренції з бізнесом, може збільшити податки і мита з платників податків, що негативно вплине на інтереси приватного бізнесу. У той же час, у державному бюджеті на різних рівнях недостатньо коштів, призначених для фінансування надання якісної медичної допомоги. Вирішити ці протиріччя можливо шляхом використання у практиці ДПП, в основу якого закладена альтернатива приватизації об'єктів державної власності, які є соціально вагомими і мають стратегічне значення [247]. Н. В. Курділь та О. Г. Луценко (2014) визнають, що система контрактів є ефективним регулятором спектру медичних послуг та якості їх надання [159].

Вибір спектру медичних послуг закладають у глобальну концепцію розвитку національної системи охорони здоров'я і задоволення потреб населення кожної конкретної країни у медичних послугах. Система контрактів є ефективною для систем охорони здоров'я країн з різною економікою і моделями охорони здоров'я. Контрактування можливе як при системі жорсткого державного регулювання (Скандинавська модель), так і у системі ліберальних ринкових відносин (Західноєвропейська модель), що створює передумови для планування контрактних технологій у системі охорони здоров'я України [8, 14, 15].

З метою поліпшення реалізації механізмів ДПП, розширення обсягу гарантій для приватних інвесторів і усунення протиріч між законодавчими актами у даній сфері 24. 11. 2015 р. Верховна Рада України прийняла Закон України від 24. 11. 2015 № 817-VIII - «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні». Даним Законом, який набув чинності з 24 травня 2016 року, вносяться зміни до Законів України: від 16.07.1999 № 997-XIV - «Про концесії», від 01.07.2010 № 2404-VI, - «Про державно-приватне партнерств», від 21.09.2006 № 185-V - «Про управління об'єктами державної власності», від 23.06.2005 № 2709-IV - «Про міжнародне приватне право»[109].

Зокрема, доповнена сфера діяльності, у якій може застосовуватись ДПП. Так, стаття 4 Закону України від 24. 11. 2015 № 817-VIII доповнена абзацом тринадцятим: «надання соціальних послуг, управління соціальною установою, закладом». А стаття 7 частина друга Закону України викладена у такій редакції: «Об'єктами державно-приватного партнерства є: існуючі, зокрема, відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переоснащення) об'єкти, які перебувають у державній або комунальній власності». У частині першій статті 1 абзац другий доповнено таким положенням: "Відносини між приватними партнерами та порядок визначення приватного партнера для представництва інтересів інших приватних партнерів у відносинах з державним партнером визначаються умовами договору, укладеного між приватними партнерами, або умовами договору, укладеного в рамках державно-приватного партнерства".

Таким чином, ДПП в Україні може застосовуватись у соціальних закладах, до яких належать і заклади охорони здоров'я. Об'єктами державно-приватного партнерства є існуючі, або відтворювані (шляхом реконструкції, модернізації, технічного переозброєння) об'єкти, що знаходяться у державній або комунальній власності, а відносини між приватними партнерами і державним (комунальним) партнером визначаються умовами договору,

укладеного в рамках державно-приватного партнерства. До цього часу фінансування системи охорони здоров'я в Україні, згідно Бюджетного Кодексу, було одно канальним і здійснювалося в основному за рахунок бюджетних коштів, яких було недостатньо для ефективного розвитку галузі.

На етапі реформування система охорони здоров'я пов'язана з розвитком проектів державно-приватного партнерства, що є передумовою переходу до багатоканального фінансування охорони здоров'я з залученням для цієї мети приватних інвестицій. Зміни, що відбулись впродовж останніх років у системі охорони здоров'я, дозволили закладам охорони здоров'я у тій чи іншій мірі перевести свою діяльність на принципи господарського розрахунку, часто з правом отримання доходів з декількох джерел – змінити юридичний статус на неприбуткові підприємства. В управлінні закладами охорони здоров'я стали все більше використовуватись економічні методи з метою підвищення рентабельності виробництва і продажу медичних послуг. З'явились поняття фінансового менеджменту - прийняття управлінських рішень на основі аналізу джерел фінансування, оптимізації використання ресурсів, досягнення ефективного управління.

В теперішній час приватні заклади охорони здоров'я в Україні пропонують населенню послуги як мінімум за 34 основними медичними спеціальностями, при цьому найбільш широко представлені такі напрямки, як стоматологія, хірургія (особливо естетична, пластична), гінекологія, косметологія, неврологія, психотерапія, як найбільш привабливі з комерційної точки зору види спеціальностей. При цьому не можна не визнати, що діяльність недержавного сектора охорони здоров'я в Україні поки не має системного характеру і не підготовлена в тій мірі, яка необхідна для його сталого функціонування [218, 219]. У силу історично сформованих у країні традицій державної системи охорони здоров'я, становлення приватного сектора не може обійтись без допомоги і участі держави.

З цією метою потрібні інституційні перетворення, розвиток правової бази, формування бюджетної та податкової політики, яка забезпечує

можливість використання послуг недержавного сектора охорони здоров'я значною частиною населення. Необхідним є більш широке впровадження проектів ДПП, що потребує відповідного законодавства, яке встановлює статус державно-приватних закладів охорони здоров'я, регулює їх взаємовідносини з державною системою охорони здоров'я, системою медичного страхування [269].

Вирішення проблеми недофінансування закладів охорони здоров'я, пошук недостаючих фінансових коштів, за допомогою яких можливе розширення обсягу та якості наданих медичних послуг, є в даний час надзвичайно актуальною проблемою, яка може бути вирішена через проекти ДПП. У системі державно-приватного партнерства принциповим моментом є участь бізнесу у конкретній діяльності. Тому має місце не розподіл суспільних функцій, як при традиційних формах взаємодії держави і бізнесу, а розподіл функцій управління конкретними об'єктами або проектами. Розподіл праці переноситься з макrorівня на мікрорівень. Зміна способів і джерел фінансування системи охорони здоров'я, як один з ключових моментів впровадження ДПП, вимагає детального аналізу і комплексного підходу.

Економічний аспект державно-приватного партнерства, як особливої форми соціально-економічних відносин, пов'язаний зі структурою суспільних потреб. У сучасних умовах сформувався взаємний інтерес держави і бізнес-структур до співпраці. З одного боку, сформовані соціально-економічної умови ускладнили виконання державою постійно наростаючого обсягу суспільних функцій. З іншого боку, для функціонування бізнесу стали принципово важливими нові об'єкти для застосування капіталу. Виникла необхідність трансформувати ситуацію під виконання розширеної сфери виробництва суспільних послуг. Така економічна особливість ДПП вимагає особливих інституціональних і управлінських відносин.

Потреба у залученні бізнес - структур у сферу функціонування державної власності пов'язана з тим, що держава не може ефективно експлуатувати її об'єкти у повному обсязі. У той же час, держава не може передати їх

приватному сектору. На практиці, з інституційних позицій, важливим є збереження державою права власності на об'єкти охорони здоров'я, за якими реалізуються спільні державно-приватні проекти. Приватному партнеру передаються широкі повноваження щодо управління, експлуатації, будівництва, фінансування медичних об'єктів, але при цьому принципово важливим є збереження права державної власності на об'єкти. Дана особливість ДПП і розглядається як важлива інституційна характеристика взаємодії партнерів на базі державної (або муніципальної) власності. Інституційною основою розподілу праці є договір, який накладає зобов'язання не лише на бізнес, а й на державу. Зобов'язання держави з неособлених, звернених до «суспільства в цілому», перетворюються у персоніфіковані. У державно-приватного партнерства виникає новий інститут - персоніфікована відповідальність держави за виконання своїх функцій. Після укладання відповідного договору його учасники стають юридично пов'язаними договірними відносинами, що особливо важливо для країн з слабкими ринковими інституціями, у тому числі, України.

Привабливість ДПП для приватного бізнесу обумовлена не тільки розширенням ринку, але і рядом інших факторів: прямий державною підтримкою, можливостями довгострокового розміщення інвестицій під державні гарантії та ін. В той же час, для держави доцільність партнерства полягає у вирішенні системних проблем соціально-економічного розвитку об'єктів охорони здоров'я; скорочення бюджетних витрат за рахунок залучення коштів приватних інвесторів; підвищенні якості та ефективності послуг; підвищенні інвестиційної та інноваційної активності.

З точки зору управління важливо, що при державно-приватному партнерстві реалізується ініціативність приватного сектора у межах фіксованих відносин державної власності. Виникають специфічні організаційні відносини між державою і бізнесом.

### **1. 3. Проблеми організації стоматологічної допомоги населенню в муніципальних амбулаторних ЗОЗ України**

Провідна роль у збереженні та зміцненні стану здоров'я населення належить амбулаторно-поліклінічній допомозі і, в першу чергу, її первинній ланці [6, 95, 245, 391]. Державні бюджетні кошти залишаються основним офіційним джерелом фінансування муніципальної системи стоматологічної охорони здоров'я України. Майже 80% витрат покривається з місцевих бюджетів, а решта 20% - з національного. Муніципальні стоматологічні заклади охорони здоров'я є структурами муніципального (місцевого) управління і відносяться до сфери державного адміністративно-правового регулювання. Поняття «комунальна власність» і «муніципальна власність» є синонімами [66, 76, 103], тому надалі стоматологічні заклади в тексті іменуємо муніципальними стоматологічними закладами охорони здоров'я - (МСЗ).

Для цілей проведеного дослідження нами сформульовані ознаки МСЗ:

- МСЗ є структурами муніципального та частиною соціального управління і відносяться до сфери державного адміністративно-правового регулювання;
- їх мета полягає в збереженні та зміцненні стоматологічного здоров'я населення територій - областей, міст, районів, селищ, за допомогою проведення ефективної державної політики та профілактичної, лікувальної та інших видів діяльності стоматологічних закладів;
- їх основними завданнями є: більш повне задоволення потреб населення в якісній і доступній стоматологічній допомозі; створення умов для здорового, активного життя людей.

Динаміка мережі закладів системи МОЗ України, які надають населенню стоматологічну допомогу представлена у табл. 1. 1. Із табл. 1.1 видно, що кількість самостійних стоматологічних поліклінік в Україні за дванадцять років скоротилась на 20, 8%, а кількість лікувально-профілактичних закладів, які мають стоматологічні відділення (кабінети) - на 49, 03%.

Таблиця 1. 1

**Мережа закладів системи МОЗ України, які надають населенню  
стоматологічну допомогу**

№ п/п	Адміністративні території	Кількість самостійних стоматологічних поліклінік		Лікувально-профілактичні заклади, які мають стоматологічні відділення (кабінети)	
		2002	2013	2012	2013
1	АР Крим	11	7	234	116
2	Вінницька	9	8	211	53
3	Волинська	5	6	129	43
4	Дніпропетровська	24	22	222	76
5	Донецька	43	40	255	93
6	Житомирська	17	14	173	107
7	Закарпатська	4	3	223	112
8	Запорізька	10	10	157	62
9	Івано-Франківська	7	7	172	193
10	Київська	8	6	241	113
11	Кіровоградська	8	6	116	50
12	Луганська	23	20	142	57
13	Львівська	16	14	268	306
14	Миколаївська	7	2	129	46
15	Одеська	19	10	219	82
16	Полтавська	9	8	275	55
17	Рівненська	16	8	132	46
18	Сумська	7	6	141	56
19	Тернопільська	8	5	153	132
20	Харківська	12	11	224	88
21	Херсонська	13	3	82	31
22	Хмельницька	6	3	166	48
23	Черкаська	6	5	191	166
24	Чернівецька	3	3	119	28
25	Чернігівська	5	5	154	53
26	м. Київ	17	17	108	59
27	м. Севастополь	5	3	8	6
<b>Україна</b>		<b>318</b>	<b>252</b>	<b>4644</b>	<b>2277</b>

**Джерело інформації:** медико-статистичні дані центру медичної статистики МОЗ України

Скорочення мережі стоматологічних ЗОЗ призвело до зниження рівня забезпечення державних гарантій у сфері охорони стоматологічного здоров'я населення. З сучасних позицій, охорона здоров'я в цілому визнається, перш за все, галуззю, більш того - галуззю економіки і галуззю соціальної сфери економіки [268].

У змістовному значенні МСЗ належать до соціальної сфери економіки і є інститутом реалізації державних і муніципальних гарантій у сфері охорони стоматологічного здоров'я населення [276]. Організаційна структура МСЗ

об'єднує задіяні в ньому кадрові, матеріальні, фінансові ресурси. Із запровадженням ринкових відносин в Україні істотно змінилися підходи до організації стоматологічної допомоги населенню в державних і муніципальних закладах.

Фінансування МСЗ з початку 90-х років здійснювалось ще за рахунок фінансових коштів місцевого бюджету, самоврядування, але держава і муніципалітети не в змозі були забезпечувати на належному рівні кадрові, матеріальні, фінансові ресурси МСЗ [241, 264, 265]. Це призвело до того, що в багатьох МСЗ використовується застаріла матеріально-технічна база, а низька оплата праці лікарів сприяла відтоку кваліфікованих кадрів. У результаті неефективного управління МСЗ, вони не можуть забезпечити якісну, доступну і ефективну стоматологічну допомогу населенню [8, 29, 31, 32, 36, 37, 41, 51, 56, 73, 75-77, 101, 106, 136, 137, 165, 172, 173, 216, 220, 280, 191, 302]. Перед державою постало завдання реформування мережі ЗОЗ, формування нової моделі муніципальних ЗОЗ. Досягнення цієї мети передбачало перетворення за трьома основними напрямками: оптимізація діяльності мережі стоматологічних закладів виходячи з потреб населення; зміна фінансово-економічних відносин у напрямку підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я та мотивування персоналу до інтенсивної та якісної роботи і створення нормативів державних гарантій щодо надання медичної допомоги [ 1, 3, 4, 10, 13, 15, 25, 33, 37, 45, 46, 50, 53, 68, 81, 83, 86, 94, 99, 112, 121, 122, 125, 126, 129, 130, 137, 138, 150, 151, 160, 167-169, 176, 177, 186, 187, 193, 199, 204, 215, 217, 221, 227-229, 234, 235, 238, 242, 243, 246, 258, 267, 290, 303, 304, 308 ].

Актуальною проблемою є і реформування механізмів управління діяльністю ЗОЗ, розробка моделі економічно ефективного муніципального стоматологічного закладу та її управління, як соціально-економічної структури ринкової економіки. [150, 153, 254. 260]. Необхідними є впровадження економічних методів управління, планування ресурсів та персоналу, оцінка ефективності діяльності стоматологічних ЗОЗ у динаміці, розробка інтегральної

оцінки навантаження лікарів-стоматологів та відповідних способів оплати праці [141, 145, 146, 162, 170, 171, 275, 286, 295, 301, 303, 311, 314]. Потребує запровадження стратегічний менеджмент, стратегічні установки і цілі, контроль за реалізацією стратегії, аналіз внутрішнього стану ЗОЗ і його зовнішнього середовища [84, 85, 91, 92, 93, 109, 123, 127, 131-134, 175, 192, 202, 207, 231, 237, 278]. Все це необхідно для поліпшення основних критеріїв надання стоматологічної допомоги населенню - доступності та якості послуг, які в даний час знаходяться далеко не в ідеальному стані [8, 32, 42, 94, 96-98, 115, 128, 129, 154, 177, 205, 206, 213, 235, 249, 264, 265, 294, 315].

Уряд намагався запровадити обмежений набір безкоштовних медичних послуг, однак на практиці вирішення даного питання фактично віддано на розсуд конкретних закладів охорони здоров'я, які визначають які послуги фінансувати з бюджету, а які населення оплачує зі своєї кишені [165]. В 2017 році Верховна Рада України прийняла Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, яким визначено формування пакету державних фінансових гарантії медичного обслуговування населення. При цьому МОЗ України визначено, що з 1 липня 2019 року стоматологічні послуги населенню будуть надаватися на платній основі. Пацієнти повинні самі оплачувати діагностику, пломбувальні матеріали і т. д. Не тільки у приватних стоматологічних закладах, а також і у державних [133, 305].

Державне регулювання цін на стоматологічні послуги практично відсутнє; ціни, в основному, диктує ринок. Безкоштовними залишаються тільки дитяча стоматологія та протезування зубів для деяких пільгових категорій населення [165]. У державних закладах охорони здоров'я регулюванню підлягають лише питання, які стосуються масових оглядів категорій населення, які підлягають регулярним обстеженням – декретованим групам населення. Контроль якості стоматологічних послуг носить обмежений характер [165]. Практика останніх років показала, що по-перше, бюджетне фінансування є недостатнім для того, щоб забезпечити високий рівень надання стоматологічної

допомоги, по-друге, недостатньо чітка регламентація гарантованого рівня послуг для населення призвела до переходу закладів на сіру та чорну економіку, по-третє, декларовані Конституцією держави гарантії на надання безкоштовної медичної допомоги не реалізуються в повній мірі навіть для соціально незахищених верств населення [181]. Що стосується матеріальної бази та оснащення системи охорони стоматологічного здоров'я населення, то вона постійно відчуває серйозні проблеми з технічним забезпеченням і обслуговуванням існуючого обладнання. Основні фонди державних і муніципальних стоматологічних закладів охорони здоров'я є зношеними і з часом ця ситуація тільки погіршується: якщо у 2000 р. зношеним і застарілим було 50% обладнання, то у 2007 р - вже до 70%. Більша частина обладнання експлуатується по 20-25 років, що в 2-3 рази перевищує його технічний термін служби [191, 197]. У МСЗ відсутні кошти для закупівлі за муніципальний рахунок сучасних матеріалів і устаткування. Значна частина стоматологів не володіє сучасними технологіями лікування. Багато приміщень стоматологічних організацій не пристосовані для використання сучасних технологій лікування. Переоснащення МСЗ за муніципальний рахунок є неможливим, бо бюджет лише на 30% забезпечує ряд статей кошторису. Таким чином, держава і муніципалітети не в змозі забезпечити ЗОЗ сучасним обладнанням, сучасними технологіями і на належному рівні забезпечити утримання муніципальних стоматологічних закладів.

Муніципальна форма стоматологічних закладів є дуже не вигідною для стоматології: у таких закладів немає ні належних прав, ні відповідальності, ні ініціативи, ні зацікавленості у результатах роботи і така муніципальна система охорони стоматологічного здоров'я жителів України не може виконувати основне своє завдання - задоволення потреб населення у якісній і доступній стоматологічній допомозі у необхідному обсязі. Слід також відзначити, що плінність кадрів у первинній ланці охорони стоматологічного здоров'я населення є досить високою. Проведене Мінздравом у 2007 р. обстеження закладів первинної ланки показало, що за останні п'ять років покинула свої

пости майже третина всіх лікарів (29, 5%). Крім того, більше чверті (25, 6%) всіх лікарів стоматологів - особи пенсійного віку, і ще 17% досягне пенсійного віку протягом найближчих п'яти років [197]. Забезпеченість дорослого населення м Києва лікарями-стоматологами, які працюють у муніципальних стоматологічних закладах системи ДООЗ м. Києва у 2006 р. була 8, 17, у 2013 - 8, 03 на 10 000 відповідного населення (зниження на 1, 8%). Забезпеченість дитячими стоматологами у м. Києві знизилась з 1, 26 до 0, 71 на 10 000 дитячого населення (на 43, 7%). Ослаблення державної політики щодо організації стоматологічної допомоги населенню у державних і муніципальних закладах в умовах зміцнення ринкових відносин, призвело до зниження доступності стоматологічної допомоги для основної маси населення, що і є сьогодні причиною незадовільного стану стоматологічного здоров'я населення [8, 26, 27, 43, 63-65, 76, 82, 99, 135, 163, 136, 208, 217, 225, 251, 293, 296, 307, 308]. 4-6 вересня 2013 відбувся другий Національний Український конгрес "Стоматологія в Україні - інновації і перспективи розвитку", на якому однією з найактуальніших проблем у стоматології України було відзначено зростання стоматологічної захворюваності. За даними різних авторів, поширеність стоматологічних захворювань серед дитячого населення України досягає 75-95%, дорослого - 100%. У структурі стоматологічних захворювань одне з провідних місць обіймають запальні захворювання пародонту, які нерідко є причиною втрати зубів, у тому числі, і в осіб молодого віку [78, 100].

Стоматологічний статус населення країни має стійку тенденцію до погіршення [69, 84, 160, 203, 213, 219]. Найвища поширеність карієсу відзначається у віці 30-39 років і 40-49 років, у якому вражений карієсом хоч один зуб мають, відповідно,  $100, 0 \pm 1, 1\%$  і  $99, 4 \pm 0, 4\%$  населення. Середня кількість каріозних зубів на 1 особу у даному віці становить  $7, 2 \pm 0, 3$ . У віковій групі до 20 років інтенсивність карієсу складає  $4, 6 \pm 0, 1$  каріозних зубів на одну особу, а у віковій групі 40-49 років вона вища вже у 2 рази і досягає максимуму в 50-59 років ( $11, 0 \pm 0, 2$ ). Питома вага осіб, які мають хоча б один видалений зуб, становить  $78, 4 \pm 0, 9\%$  [89, 90].

Україна відноситься до країн з доходами нижче середнього рівня. У щорічному обстеженні бюджетів домогосподарств 86% респондентів вказали, що вважають себе бідними, і лише 13, 4% віднесли себе до середнього класу. У 2009 р заробітки 16, 1% населення були нижчими за рівень прожиткового мінімуму (у 22, 4% сільського і у 13% міського). Результати досліджень ряду авторів показали, що 70% населення не може оплачувати послуги стоматолога, а дослідження ринку платних медичних послуг засвідчили, що лише кожен п'ятий респондент ставиться позитивно до платної медицини. 65% опитаних вважають, що тарифи на послуги повинні бути нижчими і бути ув'язаними з рівнем місячного доходу на одного члена сім'ї [7, 13, 15]. Платність стоматологічних послуг є одним із чинників низького значення показника частоти звернень населення за стоматологічною допомогою. Але на даний показник впливає також така складова доступності медичної допомоги, як забезпеченість населення лікарями-стоматологами. Для України притаманні виражені регіональні відмінності у забезпеченості стоматологами (табл. 1. 2.). З таблиці 1. 2 видно, що забезпеченість населення лікарями - стоматологами (вся група) у закладах системи МОЗ України в 2013 році варіювала у регіонах від 2, 21 до 8, 24 на 10 тис. населення. Подолання перерахованих негативних тенденцій у муніципальній стоматології вимагає здійснення послідовної адаптації стоматологічної допомоги до сформованих нових економічних умов і розробки регламентуючих юридичних документів [39]. Впродовж останніх років в Україні сформувався альтернативний сектор охорони здоров'я - приватна стоматологія, що має як позитивні, так і негативні наслідки. З одного боку, формується здорова конкуренція, яка сприяє підвищенню якості стоматологічної допомоги. З іншого, відбувається розшарування пацієнтів на бідних і багатих, посилюється розрив між клініками, які працюють на комерційних засадах і здатні використовувати дорогі технології і обладнання, і тими, які перебуваючи на бюджетному фінансуванні, не в силах з ними змагатися.

**Забезпеченість населення України лікарями-стоматологами у 2013 році**

№ п/п	Адміністративні території	Стоматологи (вся група)	в тому числі на 10 тис. населення:			
			Стома- тологи	Стома- тологи- хірурги	Стома- тологи- ортопеди	Стома- тологи- ортоданти
1	Р Крим	–	–	–	–	–
2	Вінницька	3, 97	2, 99	0, 38	0, 55	0, 06
3	Волинська	4, 24	3, 33	0, 27	0, 50	0, 13
4	Дніпропетровська	4, 48	3, 27	0, 47	0, 63	0, 11
5	Донецька	4, 77	3, 42	0, 51	0, 67	0, 17
6	Житомирська	3, 27	2, 28	0, 33	0, 57	0, 09
7	Закарпатська	4, 24	3, 65	0, 18	0, 32	0, 10
8	Запорізька	2, 50	1, 77	0, 30	0, 38	0, 04
9	Івано-Франківська	7, 59	5, 88	0, 58	0, 97	0, 16
10	Київська	4, 79	3, 87	0, 27	0, 57	0, 07
11	Кіровоградська	3, 58	2, 71	0, 29	0, 54	0, 04
12	Луганська	3, 24	2, 41	0, 34	0, 43	0, 06
13	Львівська	8, 24	6, 25	0, 64	1, 19	0, 16
14	Миколаївська	2, 78	1, 96	0, 39	0, 31	0, 12
15	Одеська	5, 82	4, 45	0, 50	0, 73	0, 15
16	Полтавська	6, 45	4, 81	0, 52	0, 94	0, 19
17	Рівненська	3, 53	2, 76	0, 18	0, 48	0, 10
18	Сумська	3, 67	2, 67	0, 33	0, 57	0, 10
19	Тернопільська	5, 09	4, 40	0, 22	0, 36	0, 10
20	Харківська	6, 46	4, 63	0, 68	0, 99	0, 16
21	Херсонська	2, 62	1, 92	0, 25	0, 39	0, 06
22	Хмельницька	3, 35	2, 43	0, 40	0, 44	0, 08
23	Черкаська	4, 19	3, 37	0, 29	0, 45	0, 09
24	Чернівецька	4, 90	3, 85	0, 33	0, 61	0, 11
25	Чернігівська	4, 13	3, 09	0, 33	0, 63	0, 08
26	м. Київ	8, 03	5, 77	0, 74	1, 21	0, 31
27	м. Севастополь	2, 21	1, 48	0, 57	0, 08	0, 08
	Україна	4, 91	3, 68	0, 44	0, 66	0, 13

При аналізі розподілу ринку між постачальниками стоматологічних послуг за належністю (державні, муніципальні, приватні, тіньові) визначена наступна закономірність: - на базі державних і муніципальних закладів легальна, підзвітна діяльність становить 65 - 75%, а тіньова - 25 - 35%. Приватна мережа складає 10-15% на ринку стоматологічних послуг. 12-15% платних послуг пацієнти отримують у муніципальній та державній мережі, а 85- 90% - у приватній. Тіньовий ринок у приватному секторі, за оцінками різних авторів, становить від 15% до 50% [247, 299].

За таких умов повинен бути чітко визначений «безкоштовний мінімум» стоматологічної допомоги та верстви населення, які можуть його отримати, а також відповідний обсяг фінансування даної стоматологічної допомоги. Соціальна диференціація у стоматологічному обслуговуванні (наприклад, пільгове протезування) повинна здійснюватись на основі науково обґрунтованих підходів та забезпечувати умови для реальної доступності якісної стоматологічної допомоги для населення (у т. ч. незаможного).

Система приватної стоматології є однією із сфер системи охорони здоров'я, яка швидко розвивається і може надати істотну допомогу у зміцненні здоров'я населення країни, проте вона досі залишилася осторонь від реалізації державного проекту оздоровлення нації. З розвитком приватного сектора стоматології з'явилися дослідження, спрямовані на розробку нових форм організації стоматологічної допомоги на базі недержавних стоматологічних організацій, обґрунтування їх оптимальних функціонально-організаційних структур і організаційно-правового статусу, наукове обґрунтування вибору та використання в їх практиці маркетингових технологій [5, 12, 13, 16-18, 28, 35, 36, 59, 88, 92, 99, 104, 144].

На думку академіка РАМН Леонтьєва В. К. [165], «Необхідно перейти на нову форму організації стоматологічної допомоги через некомерційні її види, які дозволяють підвищувати зацікавленість, ефективність, ініціативу роботи медичного персоналу і самостійність стоматологічних закладів. Для створення сучасної системи стоматологічної допомоги під управлінням держави, необхідна модернізація інфраструктури стоматологічних державних і муніципальних ЗОЗ та фінансування інфраструктурних проектів. Проте у держави відсутні бюджетні кошти, які можуть бути використані для інфраструктурних інвестицій. Для організації сучасної стоматологічної служби під управлінням держави необхідна модернізація морально застарілої та зношеної інфраструктури стоматологічних державних і муніципальних ЗОЗ і фінансування інфраструктурних проектів. Як вихід із ситуації у ряді країн, які проходили схожі етапи розвитку, було запропоновано залучити

приватний капітал до фінансування та управління об'єктами інфраструктури. Шляхом подальшої оптимізації муніципальної системи охорони здоров'я може бути системне партнерство муніципальної та приватної стоматології, яке передбачає об'єднання ресурсів, знань, досвіду, визначення маркетингової стратегії та поділ соціальної відповідальності між партнерами [22, 66, 67, 109, 114, 183, 249, 250].

На сьогодні існує досить багато різних визначень державно-приватного партнерства (ДПП), кожне з яких, підкреслює ту чи іншу його сторону [22, 113]. Найбільш привабливим є такий підхід, коли ДПП знаходиться на межі відносин влади і бізнесу, але не є ні інститутом приватизації, ні інститутом націоналізації, а тільки формою підвищення ефективності виконання державою своїх функцій, у тому числі, забезпечення безперебійного надання населенню суспільних благ [38-40]. Важливою умовою широкого застосування механізму ДПП у стоматології України є створення інституційної та нормативно-правової бази [52, 188]. Основний аргумент на підтримку державно-приватного партнерства полягає у тому, що і муніципальний (державний) та приватний сектори мають свої власні унікальні характеристики і переваги, при об'єднанні яких створюється можливість більш ефективно діяти і досягати кращих результатів саме у тих сферах, де особливо помітні "провали ринку" або неефективність державного управління - як правило, це соціальна сфера [11, 120, 147, 303, 304]. Державно-приватне партнерство [155, 156]: 1) задовольняє потреби суспільного сектора, використовуючи або запозичуючи ресурси приватного сектора; 2) підтримує державні повноваження і функції, надаючи послуги спільно із приватним сектором; 3) складається з двох або більше сторін, які працюють заради досягнення спільних цілей і які:

- поділяють повноваження і відповідальність;
- функціонують на рівних;
- спільно витрачають час і ресурси;
- поділяють інвестиції, ризики і вигоди;
- мають чітку угоду, договір або контракт.

Важливою умовою широкого застосування механізму ДПП у стоматології України є створення інституційної та нормативно-правової бази, розробка низки законів.

Наприкінці можна констатувати, що у розділі розкрито пріоритети і сучасні особливості розвитку стоматологічної допомоги в економічно розвинених країнах світу. Світова стоматологія зазнавала істотних змін, які в основному пов'язані з появою нового обладнання, нових матеріалів і медичних технологій. За всіма цими критеріями українська муніципальна стоматологія у значній мірі відстає від розвинених країн. У розділі дана характеристика МСЗ України, наведено роботи багатьох авторів, які досліджували проблеми організації стоматологічної допомоги населенню, висвітлено варіанти реорганізації стоматологічної служби, оптимізації роботи стоматологічних закладів, зміни нормативно-правової бази, яка регламентує діяльність стоматологічних поліклінік. В основному ж МСЗ України вимагають зміни умови організації своєї діяльності, розвитку економіко-правових механізмів.

Реорганізація МСЗ є найбільш пріоритетним напрямком, який дозволить підвищити їх економічну, соціальну та медичну ефективність в цілому і сприятиме збереженню громадського здоров'я - виконанню головного завдання соціальної політики держави. Також необхідно законодавчо регламентувати гарантований рівень послуг, згідно якого повинні обслуговуватися групи населення, які вимагають першочергової уваги. Має бути розроблений стандартний комплекс ресурсної бази ЗОЗ, матеріальних ресурсів (обладнання, лікарських засобів) та рівня необхідної технології, розміри фінансової підтримки, плани підготовки персоналу.

Отже: 1. Здоров'я нації є стратегічним ресурсом країни, основою формування людського капіталу і фундаментом розвитку національної економіки. У свою чергу, стан національної економіки залежить від використання інноваційних моделей розвитку різних сфер і галузей. До таких сфер належить і система охорони здоров'я, інноваційний розвиток якої має

бути спрямований на подальше реформування, розробку і впровадження медичних інновацій, виявлення нових джерел фінансування, формування сучасних інструментів управління охороною здоров'я.

2. У сучасних економічних умовах існуючий в Україні організаційно-економічний механізм системи охорони здоров'я є неефективним. Сьогодні мають впроваджуватися нові моделі розвитку системи охорони здоров'я, оскільки саме досягнення в галузі медицини сприяють прогресу, забезпеченню довголіття населення та інноваційному розвитку даної сфери.

3. Досвід розвинених країн світу засвідчує доцільність формування систем державно-приватного партнерства (ДПП) та все більше їх поширення. Для забезпечення розвитку соціальної сфери, у т. ч. системи охорони здоров'я, необхідним є залучення додаткового капіталу, який повинен надходити за рахунок реалізації форм співпраці держави та приватного бізнесу.

4. Аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що для запровадження ДПП у систему охорони здоров'я, необхідним є проведення досліджень з питань державного регулювання економіки охорони здоров'я, створення інноваційних моделей розвитку системи охорони здоров'я як соціальної сфери, формування організаційно-економічних механізмів управління новими моделями, які забезпечують додаткове фінансування системи охорони здоров'я, у т. ч. стоматологічного.

5. Проблеми управління системою муніципальної стоматології в Україні полягають у невідповідності її організаційної моделі політичному, економічному і правовому середовищу.

6. Проблема організації діяльності муніципального сектора стоматологічної допомоги полягає у його неекономічній орієнтації, так як громадське здоров'я в умовах ринку походить від товарних відносин, в яких платник (держава) оплачує діяльність муніципальних товаровиробників в інтересах споживачів.

7. У світовій практиці в охороні здоров'я існує товарообмін і відсутні медичні організації, які не мають власного майна.

8. Просте запозичення зарубіжного досвіду у секторі муніципальної стоматологічної допомоги непридатне для впровадження в існуючу українську дійсність, тому необхідна розробка нової моделі муніципального стоматологічного закладу, який буде учасником товарних відносин на базі державно-приватного партнерства.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

1. Савчук О. В. Аналіз стану стоматологічної допомоги в Україні/О. В. Савчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. - №1(21). - С. 58-62.
2. Савчук О. В. Пріоритетні напрями організації державних стоматологічних амбулаторно - поліклінічних закладів у нових економічних умовах /О. В. Савчук //Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2014. - Випуск 23, книга 4. - С. 181-186.
3. Савчук О. В. Состояние здоровья управленческих кадров как критерий качества человеческих ресурсов в здравоохранении / О. В. Савчук, В. В. Горачук, Н. М. Орлова // Стоматологический журнал (республика Беларусь). - 2013. - Том XIV, №2. - С. 187-189.

## РОЗДІЛ 2

### ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2. 1. Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження

Дослідження здійснювалось за спеціальною програмою, яка розроблена із використанням методу системного підходу та передбачала виконання восьми етапів. Результати реалізації *завдань першого етапу* дали можливість на підставі бібліосемантичного аналізу 393 наукових джерел (317 кирилицею та 76 латиницею) виявити основні проблеми, шляхи розвитку та удосконалення організації стоматологічної допомоги населенню України та країн Європи. Це дозволило обрати та обґрунтувати напрямки дослідження, його мету і завдання.

На *другому етапі* здійснено комплексний аналіз стану мережі муніципальних стоматологічних закладів та її ресурсного забезпечення у м. Києві, у порівнянні із системою МОЗ України в цілому, за період 2006-2013 рр. Основними джерелами інформації на даному етапі дослідження були матеріали державної та галузевої статистичної звітності МОЗ України за 2006-2013 рр. (ф. №20 (16 од.), ф. №17 (16 од.), ф. № 47 (16 од)). Аналіз мережі та діяльності стоматологічних закладів усіх форм власності (у т. ч. приватних) у м. Києві та в Україні в цілому здійснено за матеріалами державних форм статистичної звітності (ф. 20, ф. 47) у динаміці починаючи з 2009 року, коли була запроваджена державна статистична звітність у приватних стоматологічних закладах. Крім того, на даному етапі дослідження автор особисто ознайомився із матеріально-технічною базою і організацією роботи трьох типових муніципальних поліклінік м. Києва (у Подольському, Шевченківському та Дарницькому районах) та трьох приватних стоматологічних закладів (які надають стоматологічну допомогу за всіма стоматологічними спеціальностями) на підставі вивчення річних звітів керівників, а також співбесіди з керівництвом даних стоматологічних закладів. Аналіз стану стоматологічної допомоги населенню м. Києва та України проведено на *третьому етапі дослідження*.

Відвідування до лікарів-стоматологів дитячого та дорослого населення вивчалися на підставі матеріалів звітної статистичної форми № 20, зведеної по м. Києву та в Україні в цілому за 2006-2013 рр.

З метою більш поглибленого аналізу відвідувань дорослого населення до стоматолога та виявлення їх статево-вікових закономірностей у 2013 р. у м. Києві проведене спеціальне медико-статистичне дослідження, інформаційною базою для якого виступили карти стоматологічного хворого (ф. 043/о). Було відібрано 615 карт стоматологічного хворого (ф. 043/о) у одній з стоматологічних поліклінік м. Києва, з них - 286 карт чоловіків і 329 - жінок. При формуванні вибіркової сукупності формувався принцип вибіркового добору. Усі карти згруповані у 7 груп в залежності від віку пацієнтів. Так, у віці 18-19 років - 102 (з них 47 чоловіків, 55 жінок); 20-29 років -107 (з них 51 чоловік, 56 жінок); 30-39 років -105 (з них 49 чоловіків, 56 жінок); 40-49 років - 99 (з них 45 чоловіків, 54 жінок); 50-59 років-93 (з них 45 чоловіків, 48 жінок); 60-69 років – 58 (з них 26 чоловіків, 32 жінки); 70 та старше 51 (з них 23 чоловіки, 28 жінок). На підставі розробки відібраних карт отримані матеріали, які дозволили визначити статево-вікові рівні відвідувань до стоматолога.

Аналіз профілактичної роботи із стоматологічної санації населення базувався на результатах статистичного узагальнення матеріалів таблиць звітної ф. № 20: P200128 - Кількість відвідувань до лікарів-стоматологів та зубних лікарів на 1 жителя; P200008 Чисельність дорослих (18 років і старші), оглянутих у порядку планової санації; P200100 – Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації (у % до кількості оглянутих); P200101 – Питома вага санованих при плановій санації від кількості, що її потребують. P200127 – Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед населення (у %). Аналіз здійснено у динамічному (за 2006-2013 рр.) та територіальному аспектах. Показники у м. Києві порівняно із показниками у інших 26-ти адміністративних територіях України (регіонах), їх мінімальними та максимальними значеннями, а також із середніми показниками в Україні у цілому.

*На четвертому етапі* здійснений аналіз стану організації стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва у муніципальних і приватних стоматологічних закладах за матеріалами соціологічного опитування 2529 респондентів за спеціально розробленими анкетами.

Проаналізовані результати соціологічного опитування наступних груп респондентів:

- 809 пацієнтів, які звернулись до двох муніципальних стоматологічних поліклінік, що обслуговують 64 тис. населення та 486 пацієнтів, які звернулись до двох приватних стоматологічних закладів у м. Києві, що обслуговують 8, 5 тис населення;

- 309 лікарів-стоматологів муніципальних закладів м. Києва та 67 організаторів – керівників стоматологічних поліклінік та відділень у закладах охорони здоров'я комунальної власності м. Києва;

- 416 організаторів охорони здоров'я – керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України;

- 509 лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України.

*На п'ятому етапі* дослідження, на підставі методології системного підходу і системного аналізу із використанням інформаційно-аналітичного методу, сформульовані концептуальні напрями реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів у ринкових умовах.

Інформаційною базою для обґрунтування концептуальних напрямів виступили наукові праці фахівців із організації та управління охороною здоров'я, нормативні документи за проблемою дослідження, а також результати власних досліджень, у ході яких була отримана комплексна медико-соціальна характеристика стану організації стоматологічної допомоги у муніципальних ЗОЗ, визначена доступність стоматологічної допомоги для населення та узагальнена думка лікарів-стоматологів та організаторів охорони здоров'я щодо проблем та перспектив розвитку муніципальних стоматологічних поліклінік.

*На шостому етапі* розроблена методологія реструктуризації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів, яка базувалась на системному підході, структурній децентралізації та функціональній інтеграції, плануванні мережі із врахуванням запровадження приватного капіталу у систему муніципальної стоматологічної допомоги населенню, такого механізму інвестиційної політики як державно-приватне партнерство, що дозволило розробити інтегровану модель муніципального стоматологічного закладу.

На даному етапі здійснена також експертна оцінка моделі 30 експертами (з них 2 доктори, 4 канд. мед. наук, 24 організатора охорони здоров'я, які мають вищу кваліфікаційну категорію). Карта експертної оцінки представлена у додатку Д.

На початку експертизи дисертант доповів експертам результати дисертаційного дослідження та відповів на питання. Далі за 25 хвилин експерти оцінювали запропоновані систему та інновації. Отримані дані підлягали статистичній обробці з визначенням середнього значення оцінки кожної позиції-інновації. При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що вивчається, слугує вивченню його якісних характеристик та практичної цінності.

Таким чином, формування методології комплексного аналізу муніципальної мережі амбулаторно-поліклінічних стоматологічних закладів орієнтоване на підвищення надійності одержуваних даних та їх адекватність цілям і завданням сучасних стратегій розвитку системи та є принциповою основою для підвищення ефективності управління та вдосконалення стоматологічної допомоги в цілому.

Методика комплексного аналізу містила такі елементи: - визначення цілей і завдань дослідження; - програма і послідовність проведення дослідження; - джерела інформації та способи обробки інформації;- методика соціологічного дослідження (обґрунтування обсягу вибіркової сукупності, вибір методів обробки матеріалів соціологічних досліджень);- методологічні підходи до оцінки діяльності муніципальних стоматологічних закладів; -

методологічні підходи до обґрунтування концепції реорганізації муніципальних стоматологічних закладів; - методологічні підходи до обґрунтування нової моделі стоматологічних МПСП, які працюють на засадах - державно-приватного партнерства; - методичні підходи до управління моделлю МПСП та її медичним персоналом муніципального.

*На сьомому етапі* було здійснено клініко-лабораторне обґрунтування впровадження протоколів р4 медицини при лікуванні пародонтиту в комунальних стоматологічних поліклініках. Програма дослідження передбачала визначення на даному етапі значення мікробіому ротової порожнини у процесі реалізації принципів персоналізованої медицини в стоматології; обґрунтування персоналізованого підходу до лікування захворювань пародонту, а також аналіз результатів клінічного застосування принципів персоналізованої медицини при лікуванні пародонтиту.

*На восьмому етапі* була розроблена модифікована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини з метою підвищення якості надання стоматологічної допомоги. На даному етапі визначено роль специфічних та неспецифічних методів лікування запальних уражень ротової порожнини виходячи із змін структури мікробних асоціацій; розроблено алгоритм дослідження та оцінки чутливості мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників; здійснено оцінку ефективності застосування різних форми антибактеріальних та антисептичних середників як складової елементу аналізу мікробних асоціацій. Далі більш докладно розглянемо методики та методичні підходи, які використані у дослідженні.

## **2. 2. Методика соціологічного дослідження**

У системі охорони здоров'я розвинених країн світу постійно здійснюються соціологічні дослідження, які забезпечуються силами соціологів та проводяться за участі інтерв'юєрів (спеціально підготовлених

осіб, які вміють опитувати населення). Найвідомішими у наш час є американські соціологічні центри - Інститут Геллапа та Служба Харріса.

Про широкі можливості застосування соціологічних досліджень в охороні здоров'я і медицині свідчать дані багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів [ 53, 56, 70, 85, 122]. Проте слід зазначити, що за тематикою нашого дослідження, вітчизняних публікацій впродовж останніх років нами не знайдено.

Метою соціологічного дослідження, проведеного нами серед населення, було оцінити ставлення населення до існуючої системи стоматологічної допомоги, доступності різних її видів, а також визначення існуючих у цій сфері проблем для обґрунтування можливостей їх подолання. Метою соціологічного дослідження, проведеного серед лікарів-стоматологів та керівників стоматологічних закладів було здійснення оцінки результативності реформ у системі охорони стоматологічного здоров'я, рівня менеджерської освіти керівників та якості деяких управлінських механізмів у стоматологічних закладах.

Основний метод дослідження - анкетне опитування – був побудований таким чином, щоб відомості, які отримували з анкет населення, лікарів-стоматологів та організаторів охорони здоров'я взаємно доповнювались. Це дало можливість подивитись на одні й ті ж проблеми “очима” різних груп респондентів. Крім того, аналіз матеріалів анкетування та співставлення їх результатів створили передумови для виявлення “різниці” поміж повсякденними уявленнями про подальші шляхи розвитку охорони здоров'я, з одного боку, та “елітарними судженнями” про це фахівців, - з іншого боку.

При розробці програми спостереження для проведення соціологічного дослідження (анкети) керувались такими принципами:- анкета для населення може містити лише такі запитання, які є надбанням громадської думки, або за якими, хоча б формально, вже була проведена деяка громадська дискусія;- оцінку якості стоматологічної допомоги населенню і матеріально-технічного оснащення стоматологічних закладів мають право давати тільки фахівці.

Програми спостереження (анкети) для проведення соціологічного дослідження (наведені у додатках А, Б,) розроблені особисто автором та розглянуті і схвалені комісією з питань етики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

Обґрунтування обсягу вибіркової сукупності соціологічного дослідження. Виходячи з мети, предмета та завдань дослідження, об'єктами соціологічного дослідження виступили: населення м. Києва, у віці від 18 років і старше, лікарі-стоматологи та керівники стоматологічних закладів м. Києва та регіонів України.

Для розрахунку необхідної чисельності одиниць спостереження для формування кількісно репрезентативних вибірок використана формула [201].

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

де  $n$  – обсяг вибіркової сукупності;  $p$  – значення відносного показника, що вивчається;  $q$  – альтернативний показник  $= 1 - p$ ;  $t$  – критерій достовірності;  $\Delta$  – гранично припустима похибка;  $N$  – обсяг генеральної сукупності.

Для опитування населення була сформована репрезентативна вибірка, в якості генеральної сукупності якої розглядались жителі м. Києва у віці від 18 років і старше, які обслуговувались двома муніципальними стоматологічними поліклініками м. Києва ( $N=64\ 500$ ). Значення інших параметрів становило:  $p=0, 5$ ;  $t=2, 0$ ;  $\Delta=0, 05$ .

Підставивши до формули (2.1.) наведені значення параметрів, одержали, що обсяг вибірки має складати 397 одиниць спостереження. Фактично, нами було роздано 850 анкет, з яких 809 було повернено респондентами і використано для подальшої розробки.

При розрахунку чисельності вибірки для проведення соціологічного дослідження серед 8 534 тис. жителів (згідно з кількістю амбулаторних карт), які відвідують 2 приватні стоматологічні клініки, також була використана формула (2. 1), а значення її параметрів склало:  $N=8\ 534$ ;  $p=0, 5$ ;  $t=2, 0$ ;  $\Delta=0$ ,

05. Встановлено, що обсяг вибіркової сукупності мав становити 382 одиниці спостереження. Фактично, нами було роздано 500 анкет, з яких 486 було повернено респондентами і використано для подальшої розробки. Активність респондентів склала 97,2%.

Була також визначена необхідна кількість одиниць спостереження для забезпечення репрезентативності вибірки для анкетування лікарів-стоматологів м. Києва та України. Загальна кількість лікарів-стоматологів, які працювали у державних структурах з дорослим населенням у м. Києві на момент дослідження складала –1294 фізичних осіб, а в Україні – 14 335, відповідно, тобто генеральна сукупність ( $N$ ) для м. Києва становила 1294 одиниць спостереження, а для України – 14 335, відповідно. Підставивши вказані значення  $N$  до формули (2. 1.), а значення інших параметрів:  $p=0,5$ ;  $t=2,0$ ;  $\Delta=0,05$ , одержали, що кількість одиниць спостереження у вибірці по м. Києву мала налічувати 305, а в Україні – 389 лікарів-стоматологів.

Фактично, нами було роздано 350 анкет лікарям-стоматологам у м. Києві та 550 лікарям-стоматологам з різних регіонів України. Повернено респондентами і використано для подальшої розробки 309 анкет у м. Києві та 509 – з інших регіонів України. Активність респондентів, відповідно, склала 88,3% та 92,5%.

Визначалась також необхідна кількість одиниць спостереження для забезпечення репрезентативності вибірки для анкетування керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень з м. Києва та регіонів України.

За умови, що загальна кількість керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень (генеральна сукупність,  $N$ ) у м. Києві становила 79 осіб, а у всіх регіонах України – 2529, а значення інших параметрів:  $p=0,5$ ;  $t=2,0$ ;  $\Delta=0,05$ , то за формулою (2. 1) отримали необхідну чисельність для вибіркового дослідження у м. Києві - 66, а для всієї України – 345 респондентів.

Фактично, керівникам стоматологічних закладів та відділень у м. Києві було роздано 70 анкет, а керівникам з усіх регіонів України – 450. Повернено і включено для подальшої розробки 67 та 416 анкет, відповідно. Активність респондентів відповідно склала 95,7% та 92,4%.

Таким чином, чисельність одиниць спостереження у всіх вибірках для проведення соціологічних досліджень була достатньою для забезпечення кількісної репрезентативності. Демографічний та соціальний склад респондентів із усіх вибірок (розд. 4.) відповідав складу населення, лікарів-стоматологів та керівників стоматологічної служби у відповідних генеральних сукупностях, що засвідчує якісну репрезентативність сформованих вибіркового сукупностей.

Соціологічне опитування пацієнтів муніципальних стоматологічних поліклінік проведене у 2013 році у стоматологічних поліклініках Подільського, Шевченківського та Дарницького районів м. Києва. Соціологічне опитування лікарів-стоматологів м. Києва здійснене на об'єктах дослідження (у трьох стоматологічних поліклініках), а з інших регіонів України – на циклах підвищення кваліфікації впродовж 2013 року. Соціологічне опитування керівників стоматологічної служби проведене автором у жовтні 2010 р. на Координаційній раді МОЗ України.

Статистична обробка результатів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, аналізу абсолютних та відносних рядів розподілу, оцінки статистичної вірогідності результатів соціологічного опитування (за середньою похибкою відносних показників ( $m$ ) та критерієм Пірсона  $\chi^2$ ) і виконана за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

### **2. 3. Методика стоматологічного та клініко-лабораторного етапів досліджень**

В процесі побудови дизайну дослідження було сформульовано його подвійно-сліпу контрольовану модель. Критеріями попереднього відбору потенційних пацієнтів були наступні: вік пацієнтів понад 30 років, наявність ознак хронічного пародонтиту (наявність як мінімум 5 одиниць зубного ряду уражених патологією, що проявляється глибиною зондування пародонтальних кишень понад 4 мм та втратою клінічного прикріплення понад 1 мм, ознаками кровоточивості при зондуванні на рівні 20%, а також рентгенологічними фактам вертикальної деструкції кісткової тканини в області уражених зубів у відповідності до модифікованих підходів, щодо класифікації пародонтиту запропонованих van der Velden, 2005), відсутність ознак загострення патології хронічного пародонтиту на момент проведення первинного огляду, відсутність попередніх фактів лікування пародонтиту, відсутність супутніх соматичних захворювань чи протипоказів до проведення антибіотикотерапії, відсутність фактів прийому антибіотиків, пробіотиків, протизапальних чи інших медикаментозних препаратів з приводу будь-яких соматичних чи стоматологічних порушень на протязі останніх шести місяців.

Після формування первинної вибірки пацієнтів кожному з них був пояснений дизайн та умови проведення дослідження. При погодженні на участь у клінічному дослідженні пацієнт підписував письмову згоду. Таким чином, із пацієнтів, які відповідали критеріям включення та підписали письмову згоду було сформовано кінцеву вибірку дослідження кількістю 221 особа.

Схема візитів пацієнтів усіх досліджуваних та контрольної групи передбачала реалізацію як планових шести візитів, включаючи вихідне скринінгове дослідження, так і низки позапланових візитів, що проводилися за стоматологічними показами. В ході первинного скринінгового візиту проводив клінічний огляд ротової порожнини із визначенням контрольних

пародонтологічних індексів, ортопантомографія (при відсутності факту виконання такої на протязі останніх шести місяців), забір біологічних зразків вмісту пародонтальних кишень (з метою визначення чутливості ідентифікованих мікроорганізмів до різних схем лікування). Подальших огляд пацієнтів проводився на 30-ий, 90-ий, 270-ий та 360-ий день у відповідності до протоколу моніторингу, підтвердженого у низці попередньо проведених досліджень. Усі пацієнти були поділені на три групи у відповідності до форми важкості патології: 1) пацієнти із хронічним пародонтитом легкого ступеня важкості (74 пацієнти); 2) пацієнти із хронічним пародонтитом середнього ступеня важкості (71 пацієнт); 3) пацієнти із хронічним пародонтитом важкого ступеня (76 пацієнтів).

Лікування пацієнтів у кожній групі проводили за п'ятьма алгоритмами. Перший передбачав реалізацію протоколу базової пародонтальної терапії, яка включала проведення процедури професійної гігієни, скейлінгу, очистку поверхні коренів, навчання базовим гігієнічним навичкам та їх корекцію в ході подальшого моніторингу. Другий алгоритм лікування проводився шляхом реалізації протоколу базової пародонтальної терапії із емпіричним призначенням азитроміцину в якості антибактеріального агента. Згідно третього алгоритму лікування пацієнти окрім базової пародонтальної терапії, отримували лікування в залежності від результатів дослідження чутливості мікроорганізмів ротової порожнини до дії різних антибактеріальних середників в умовах хронічного генералізованого пародонтиту. Четвертий алгоритм лікування був аналогічний до вищеприведеного, проте крім призначення антибіотиків в залежності від рівня вираженої чутливості до них пацієнтам також призначали пробіотики у формі препарату «Ацидолак», який приймався пацієнтами після завершення курсу антибіотикотерапії та у відповідності до схем прийому препарату.

Реєстрація показників індивідуальної чутливості до антибіотиків проводилася у спеціально адаптовані протоколи бактеріологічних досліджень клінічного матеріалу на бактеріальну мікрофлору (рис. 2. 2.).

**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**  
**УНІВЕРСИТЕТСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА**  
**Протокол бактеріологічних досліджень клінічного матеріалу на бактеріальну мікрофлору**

Дата П.І.П.

Рік народження

30.05.2018 Сасін, 60 р.

Пародонтоз

Ч – чутливий

Р – резистентний

ПЧ – помірночутливий

*Str. varidans* (оптохін стійкий, бацитрацин чутливий) Чутливий до біоспорину

	Азитроміцин	Амоксицилін	Ампіцилін	Еритроміцин	Тетрациклін	Левовфлоксацин	Офлоксацин	Цефтриаксон	Гатифлоксацин	Ломефлоксацин	Ципрофлоксацин	Меропенем	Цефалексин	Цефуроксим	Цефазолін	Цефоперазон
1	15 ПЧ	23 Ч	0 Р	0 Р	0 Р	18 Ч	18 Ч	24 Ч	-	11 Р	18 ПЧ	30 Ч	24 Ч	30 Ч	30 Ч	30 Ч

Чутливий до пробіотичного препарату

**Рис. 2. 2. Зразок форми протоколу бактеріологічних досліджень клінічного матеріалу на бактеріальну мікрофлору**

Оцінка змін пародонтологічного статусу проводилася за наступними критеріями: втрата пародонтального прикріплення, глибина пародонтальних кишень, індекс кровоточивості та комплексний пародонтальний індекс за Леус П. А. Оцінка втрата пародонтального прикріплення визначалась шляхом вимірювання глибини пародонтальних кишень із врахуванням рівня рецесії ясен у відповідній зоні дослідження. При незначних змінах рівня корональної частини ясен втрата пародонтального прикріплення дорівнювала глибині пародонтальних кишень.

Глибина пародонтальних кишень визначалась із використанням пародонтального зонду UNC-15, розробленого університетом Північної Кароліни із шкалою маркування в 1 мм згідно рекомендацій Університету Берна. Індекс кровоточивості визначався шляхом співвідношення кількості прозондованих поверхонь зубів із ознаками кровоточивості до загальної кількості прозондованих поверхонь у відсотковому співвідношенні.

Визначення комплексного пародонтального індексу КПІ за Леусом П. А. проводилося шляхом оцінки стану 17(16), 11, 26(27), 36(37), 31, 46(47) зубів за наступними критеріями:

- 0 - зубний наліт і ознаки ураження пародонта не визначаються;
- 1 - наліт визначається зондом на поверхні коронки, міжзуб проміжках, приясенній ділянці;
- 2 - кровотеча при легкому зондуванні зубоясенної борозни (кишені);
- 3 - зубний камінь у під'ясенній ділянці;
- 4 - ясенна/пародонтальна кишеня, яка визначається зондом;
- 5 - патологічна рухомість зуба II-III ст.

Після розподілу кількості балів кожного зуба на кількість усіх досліджуваних зубів інтепретацію результатів проводили наступним чином:

- 0, 1-1, 0 – ризик захворювання;
- 1, 1-2, 0 – легкий ступінь ураження;
- 2, 1-3, 5 – середній ступінь ураження;
- 3, 6-5, 0 – тяжкий ступінь ураження.

#### **2. 4. Обґрунтування вибору напрямку дослідження**

Стоматологія є одним з найбільш затребуваних широкими верствами населення видом медичної допомоги, який впродовж останніх десятиліть дуже динамічно розвивається. У той же час організація діяльності стоматологічної служби стає все більш складною. У значній мірі це пов'язано із різноманітністю організаційно-правових форм стоматологічних закладів за рахунок інтенсивного розвитку приватного сектора. З огляду на те, що державні (муніципальні) і приватні заклади є сусідами на ринку стоматологічних послуг вже понад 20 років, а обсяги стоматологічної допомоги, яка надається у приватному секторі, збільшуються, виникає необхідність вивчення особливостей діяльності стоматологічних організацій у залежності від їх організаційно-правової форми.

Актуальність проблеми зростає у зв'язку із прийняттям впродовж останніх років законодавчих актів, які регламентують можливість створення ЗОЗ у нових організаційно-правових формах в тому числі на принципах державно-приватного партнерства. Потреба в акумулюванні муніципальними стоматологічними поліклініками фінансових, кадрових, матеріальних ресурсів різних форм власності обумовлює необхідність реформування системи стоматологічної допомоги. А задоволення потреби населення у якісній стоматологічній допомозі та збереження стану стоматологічного здоров'я залишаються пріоритетними напрямками внутрішньої політики держави [6, 314]. Макроекономічні наслідки активного впровадження в охорону здоров'я ринкових відносин, розвиток альтернативних форм надання стоматологічної допомоги та інших інновацій не могли не позначитись на діяльності стоматологічної служби. Реагуючи на зміни економічних умов, вона однією з перших розпочала корінну перебудову свого господарського механізму [ 7 ].

У сучасних умовах необхідним є вирішення правових, організаційних, управлінських і економічних питань, що дозволить збалансувати економічні стимули з етичними імперативами доступності стоматологічної допомоги [1, 83]. На сьогодні особливу увагу слід приділяти новим підходам до управління муніципальними стоматологічними закладами. Пошук підходів помітно інтенсифікувався у 2005 році, що безпосередньо пов'язано із змінами, які відбувались у муніципальній системі охорони здоров'я. А 2006 рік можна відмітити як перехідний період у підготовці міських стоматологічних закладів до зміни організаційно-правової форми та самофінансування, період зростання необхідності пошуку внутрішніх ресурсів для підвищення результативності діяльності стоматологічних закладів та їх підрозділів [115, 271, 272].

У відповідності до практики розвинених країн, постатейний бухгалтерський облік у ринкових умовах набуває довільної форми, специфічної для кожної конкретної організації і ця форма отримала назву управлінського обліку. Управлінський облік вийшов за рамки бухгалтерського обліку та значно

розширив свої межі. Сьогодні це складова управління стоматологічним закладом, яка потребує ідентифікації, формування, подання, інтерпретації та використання інформації, що відноситься до формулювання стратегії стоматологічного закладу, планування і контролю видів діяльності; аналізу і прийняття управлінських рішень [7]. Інтеграція трьох складових - управлінського, виробничого (оперативного) і кадрового обліку в один адміністративний облік дозволяє стоматологічним закладам успішно формувати інформаційну базу, необхідну для внутрішнього аналізу їх діяльності [244].

Основним концептуальним напрямом удосконалення стоматологічної допомоги є поєднання корпоративної стратегії з ключовими принципами державно-приватного партнерства (ДПП). Проте ефективне управління, яке дозволяє пов'язати стратегію стоматологічного закладу з оперативною діяльністю і фінансовими перевагами ДПП, визначення обсягів споживання стоматологічної допомоги, розробка адекватних заходів щодо реструктуризації та оптимізації діяльності стоматологічної служби на принципах державно-приватного партнерства залишились поза увагою дослідників, що обумовлює актуальність даної проблеми [165].

Стратегічною метою політики держави у сфері охорони стоматологічного здоров'я і розвитку сектора стоматології є формування адекватних економічних відносин, асоційованих з різними факторами ринкової економіки і визначення громадського здоров'я як найважливішого економічного і соціального потенціалу країни. Адекватність політичних і економічних відносин у суспільстві забезпечить оптимальний рівень розвитку стоматологічної допомоги та якості і доступності стоматологічних послуг [158].

Система охорони здоров'я України переживає період глобальної постсоціалістичної реформації під гаслом розвитку ринкових відносин. Неврівноважені та нестійкі стани притаманні для періоду реформ, перехід на новий рівень функціонування завжди є непростим і невизначеним. Його супроводжує маса проблем, які опинились у центрі реформ. В основі цих проблем лежать обмежені можливості забезпечення гарантованих

Конституцією прав громадян на отримання безкоштовної висококваліфікованої медичної допомоги. В Україні відсутнє медичне страхування і немає достатньої кількості коштів для підтримки необхідного рівня функціонування системи охорони здоров'я та її подальшого розвитку.

Таким чином, пацієнти мають обмежені можливості отримати якісну медичну допомогу. Найважливішими передумовами реформування системи охорони здоров'я є радикальні соціально-економічні перетворення в Україні, які відбулись впродовж останніх років. Дані перетворення істотно позначились і на стоматологічній службі, яка забезпечує найбільш масовий вид медичної допомоги населенню [8].

Зміна політико-економічної системи і перехід до ринкових відносин досить швидко виявили неспроможність існуючої стоматологічної мережі відповідати вимогам часу. Саме тому впродовж останніх років питанням ефективного функціонування системи охорони здоров'я у цілому та її окремих служб приділялась значна увага у багатьох дослідженнях [223]. Ще у 1990-х роках політичні та соціально-економічні зміни, які відбулись в Україні, обумовили необхідність перегляду політики держави у сфері охорони здоров'я населення і сприяли виникненню ідеї запровадження державно-приватного партнерства.

З огляду на те, що ДПП є формою соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, був прийнятий Закон України від 1 липня 2010 року № 2404 VI «Про державно-приватне партнерство»[107]. Цей Закон визначає організаційно-правові засади взаємодії державних партнерів з приватними партнерами та основні принципи державно-приватного партнерства на договірній основі.

Уточнюючим вищевказаний закон став Закон України від 24. 11. 2015 № 817-VIII «Про внесення змін до деяких Законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» [109].

Правова база, основні принципи та організаційні технології переходу на ДПП широко висвітлені у зазначених документах. Модернізація інфраструктури системи охорони здоров'я з використанням механізмів державно-приватного партнерства при розгляді можливостей укладення партнерських договорів між державними / муніципальними закладами охорони здоров'я і приватними інвесторами має свою регламентацію:- засновник закладу охорони здоров'я повинен обґрунтувати, що дане нерухоме майно у закладі є зайвим або невживаним, або використовується не за призначенням;- заклад охорони здоров'я у результаті передачі нерухомого майна не втратить можливості здійснювати діяльність, цілі, предмет та види якої визначені його статутом;- органи державної влади суб'єктів України при оцінці доцільності реалізації проектів ДПП та укладенні договорів забезпечують збереження обсягів, видів і умов надання населенню конкретного суб'єкта України медичної допомоги, а також доступності та якості медичної допомоги, що надається за програмою державних гарантій безкоштовної медичної допомоги громадянам [162].

Конкуренція на ринку стоматологічних послуг, які надаються на платній основі та за програмами добровільного медичного страхування, спонукає виробників розробляти цілий комплекс заходів, спрямованих на підвищення сервісу обслуговування. Неодмінною умовою роботи приватних стоматологічних закладів є здійснення організаційних заходів, націлених на забезпечення надання високотехнологічної стоматологічної допомоги та підвищення сервісу обслуговування пацієнтів. На жаль, усі ці «вишукування» можуть дозволити собі лише недержавні стоматологічні заклади, і природно, що до 80% їх пацієнтів оцінюють рівень сервісу в них як високий.

Результати досліджень підтверджують, що на попит стоматологічних послуг впливає не тільки ціна, але і ряд факторів, які зміщують криву попиту: рівень доходів і платоспроможність населення; функціональна і естетична корисність стоматологічних послуг (відновлення функцій жування, ковтання, дихання, мови, косметичних дефектів); імідж закладу охорони здоров'я

(обладнання, кадри, технології, якість, місце розташування, графік роботи); поширеність стоматологічних захворювань; обізнаність населення щодо захворювань порожнини рота, зубів і щелепно-лицевої ділянки та їх наслідки; естетичні смаки населення [165].

Організація стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства вимагає розробки цільових програм, чіткого розмежування переліку медичних послуг і джерел їх фінансування з бюджету і особистих коштів громадян. Це обумовлює необхідність організації у структурі стоматологічної поліклініки двох відділень: соціального і комерційного, що у значній мірі впорядкує роботу нової моделі ЗОЗ і захистить від неправомірних претензій пацієнтів. У той же час і самі пацієнти будуть орієнтовані у тому, де і як їх вимоги можуть бути задоволені. У закладах, які функціонують на принципах державно-приватного партнерства, фінансові розрахунки базуються на системі математичних і статистичних методів, що визначають фінансові взаємовідносини двох сторін з різними видами фінансової діяльності. Розрахунки ґрунтуються на теорії ймовірності та теорії довгострокових фінансових обчислень.

Вони полягають у прогнозуванні середніх очікуваних майбутніх доходів закладу згідно договору, тобто надходженні внесків, і зіставленні їх з майбутніми очікуваними витратами, тобто виплатами забезпечення. Відповідно до розрахунків при формуванні програм діяльності стоматологічних закладів визначається вартість стоматологічної допомоги, потім встановлюється ймовірність звернення за допомогою, необхідність проведення профілактичних заходів. Похідною функцією від цих величин є нетто-ставка ризику [280]. Це необхідно організаторам охорони здоров'я для визначення вартості стоматологічних послуг та запровадження таких понять, як способи оплати стоматологічної допомоги; тарифи на стоматологічні послуги, страхові тарифи [1].

Слід звернути увагу, що відповідно до теорії розрахунків, при створенні стоматологічного закладу на принципах державно-приватного

партнерства початковим елементом буде вартість об'єкта, а кінцевим - вартість стоматологічної допомоги, яка може бути повністю оплачена. Даний факт дозволяє говорити про формування фінансування стоматологічних закладів, які функціонують на принципах державно-приватного партнерства. Серед вимог, які висувуються до закладів на принципах державно-приватного партнерства, є наявність показників оцінки якості стоматологічної допомоги, які, як правило, мають бути об'єктивними, універсальними, мати можливість кількісного виразу, відповідати лікувально-діагностичному процесу.

Досвід світової та вітчизняної практики підвищення якості стоматологічної допомоги засвідчує першочергову необхідність створення стандартів і адекватної законодавчої бази. Використання різноманітних методичних підходів до вирішення питань контролю якості та забезпечення гарантій якості стоматологічної допомоги у даних закладах свідчить про складність і багатогранність проблеми [76].

Дефіцит бюджетного фінансування стоматологічних закладів, розвиток альтернативного сектора у стоматології, лібералізація цін на товари і послуги та їх подорожчання обумовлюють необхідність перегляду основних позицій управління стоматологічною службою на користь організації стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства. Концептуальною основою вдосконалення стоматологічної допомоги шляхом створення закладів на принципах державно-приватного партнерства є зростання фінансових можливостей, поліпшення матеріально-технічного забезпечення та ключових якісних показників [6].

Таким чином, важлива роль у реформуванні стоматологічної служби у нових соціально-економічних умовах відводиться оптимізації управління нею і вдосконаленню її організації за рахунок запровадження принципів державно-приватного партнерства [292].

Велика роль у нових економічно орієнтованих структурах приділяється управлінським кадрам. Вони повинні освоїти маркетингові основи управління, системний підхід до організації та фінансування державно-приватної

стоматологічної служби, тобто систему необхідних професійних знань для створення підприємницької структури. Сучасний управлінський процес базується на науково обґрунтованих системах інформаційного забезпечення, так що і цей обсяг знань буде необхідним для управлінців [280].

Кінцевим критерієм ефективності управління ЗОЗ та його інформаційних систем є найбільш повне і стійке досягнення цілей. Однак довести цей критерій до простих показників, які можна застосовувати на практиці, пов'язати кожне конкретне організаційне рішення з його кінцевими результатами є надзвичайно складним завданням [114].

Ефективність управління закладом охорони здоров'я має 2 сторони - ефективність розподілу ресурсів і ефективність виробництва. Економічна ефективність стоматологічного закладу на принципах державно-приватного партнерства визначається як співвідношення результатів діяльності та витрат на їх досягнення. Оцінка економічної результативності медичної допомоги, крім того, може розглядатись з позицій запобігання втрат трудового потенціалу суспільства внаслідок хвороб (смерті, інвалідизації і т. д.) [114, 189].

Таким чином, інтеграція трьох методів управлінського, виробничого і кадрового обліку в адміністративний облік дозволить стоматологічному закладу на принципах державно-приватного партнерства успішно реалізувати виробничі стратегії і отримати нові переваги у стратегічній конкурентній боротьбі. Нові для охорони здоров'я технології управління медичним закладом на принципах державно-приватного партнерства, спрямовані на вдосконалення організації стоматологічної допомоги населенню, дозволять збалансувати діяльність медичної організації та досягти основної стратегічної мети - підвищити якість стоматологічної допомоги населенню.

Методологічні підходи до оцінки діяльності муніципальних стоматологічних закладів. На сьогодні відбулась досить виражена диференціація стоматологічної допомоги населенню: певна частина населення отримує послуги у приватних клініках, проте більшість продовжує звертатись до муніципальних ЗОЗ. В останніх, як правило, має

місце недостатній рівень фінансування, знос більшої частини медичного обладнання, будівель і споруд. Дана обставина обумовлює необхідність пошуку нових методичних підходів щодо оцінки діяльності стоматологічних закладів. В цьому плані нами проведений бібліосемантичний аналіз публікацій, присвячених діяльності стоматологічних закладів різних форм власності, який дозволив встановити необхідність опрацювання варіантів соціально та економічно орієнтованої моделі стоматологічного амбулаторно-поліклінічного закладу, який надаватиме населенню стоматологічні послуги, як безкоштовні, гарантовані конституцією, так і платні, тобто розробки інтегрованої структури - стоматологічного закладу, який працює на підставі договорів і надає як безкоштовні, так і платні послуги. А також констатувати, що модернізація і розвиток системи охорони здоров'я є неможливим без використання такого сучасного механізму інвестиційної політики як державно-приватне партнерство.

Проведений аналіз нормативних документів МОЗ України та вивчення досвіду практичної діяльності муніципальних стоматологічних закладів переконав у тому, що проблему оцінки стоматологічної допомоги слід розглядати комплексно під кутом зору якості технологічного забезпечення ЗОЗ, професійної компетенції медичного персоналу, створення комфортних і безпечних умов для пацієнта. Особливо важливою є оцінка задоволеності населення рівнем стоматологічної допомоги у муніципальних закладах.

У процесі опрацювання матеріалів дослідження була розглянута система надання стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва та складові її елементи, оцінена потужність муніципальних стоматологічних закладів, проаналізований кадровий потенціал окремих муніципальних ЗОЗ і приватних стоматологічних клінік, проведена статистична оцінка показників роботи служби у динаміці.

Соціологічна оцінка системи надання стоматологічної допомоги населенню дозволила вивчити думку пацієнтів, причини звернення, уподобання респондентів щодо закладів для отримання стоматологічних послуг, а також їх

пропозиції щодо вдосконалення стоматологічної допомоги. Узагальнення результатів опитування лікарів-стоматологів і керівників ЗОЗ дозволило визначити перспективи розвитку стоматологічної служби мегаполісу.

Основні напрями розвитку стоматологічної допомоги визначались за результатами статистичного та соціологічного етапів дослідження, а також спеціально проведеної експертної оцінки. Були визначені пріоритети за основними видами діяльності, комплекс заходів щодо їх розвитку. Складені каталоги заходів (перспективних) із вагомністю кожного з них. На основі цього розроблені модель соціально-гігієнічної оцінки і концептуальні етапи планування стратегії управління стоматологічною допомогою для задоволення потреб жителів мегаполісу, які представлені у вигляді концептуальних напрямів. Подальший розвиток як муніципальної, так приватної стоматології, неможливий без визначення маркетингової стратегії і виявлення різних компонентів, які впливають на деякі характеристики стоматологічного здоров'я.

Здійснення стратегічного планування вимагало вивчення інформаційних джерел, які характеризують систему муніципальних стоматологічних ЗОЗ. Вивчались обсяг і структура проведених робіт, потреба населення у стоматологічних послугах, матеріальна база і науково-технічний рівень відділень ЗОЗ, розподіл ресурсів у муніципальних стоматологічних ЗОЗ, їх кадровий потенціал. Тим більше, що існуючі статистичні показники, які використовуються для оцінки наданих стоматологічних послуг не дають повного уявлення про медико-соціальну та організаційну спрямованість даних закладів. Знадобилось використання методологічних прийомів, які дозволяють здійснювати аналіз діяльності муніципальних стоматологічних закладів адекватно до існуючої ситуації для виявлення резервів щодо поліпшення матеріально-технічного оснащення, підвищення кваліфікації кадрів та підвищення ефективності медичної допомоги.

Так, для виявлення резервів задоволення потреби населення у кваліфікованій стоматологічній допомозі використовувався системний підхід, а для отримання інформації про стан організації стоматологічної

допомоги використовувався сучасний методичний інструментарій, до якого відноситься SWOT-аналіз і який дозволяє визначити маркетингову стратегію муніципального стоматологічного закладу на ринку медичних послуг і виявити різні факторіальні компоненти, які впливають на деякі характеристики стоматологічного здоров'я.

У дослідженні ми використовували метод SWOT- аналізу для оцінки діяльності муніципальних стоматологічних закладів, а також для створення мотивації персоналу муніципальних стоматологічних ЗОЗ з метою поліпшення ефективності та якості медичних послуг. SWOT – аналіз - це метод у стратегічному плануванні, який полягає у розподілі чинників і явищ на чотири категорії: Strengths (Сильні сторони), Weaknesses (Слабкі сторони), Opportunities (Можливості) і Threats (Загрози). Тобто SWOT- аналіз дозволяє виявити і структурувати сильні і слабкі сторони організації, а також потенційні можливості та загрози.

Методика аналізу полягає у порівнянні внутрішніх сил і слабких місць стоматологічного закладу з можливостями, які надає йому ринок. На підставі раніше отриманих даних ми визначили вихідну матрицю SWOT-аналізу для муніципальних стоматологічних поліклінік м. Києва та напрями їх розвитку і сегментарний розподіл ресурсів (розділ 5 табл. 5. 1).

Таким чином, поєднання зазначених методологічних прийомів дозволила нам отримати досить повні і об'єктивні дані про діяльність муніципальних стоматологічних закладів, про її обсяги та якість, а систематизація отриманої інформації виступила основою для прийняття зважених управлінських рішень, спрямованих на підвищення конкурентоспроможності муніципальних стоматологічних закладів на ринку медичних послуг.

Методологічні підходи до обґрунтування концепції реорганізації муніципальних стоматологічних закладів. На початку дослідження визначались методологічні основи, на яких повинна ґрунтуватись розробка концептуальних підходів до реорганізації муніципальних стоматологічних закладів.

При цьому враховувалось, що нестача бюджетного фінансування призвела до того, що переважна більшість фінансових коштів стоматологічними закладами вишукується за рахунок госпрозрахункової діяльності, що дає можливість їм виживати у складних соціально-економічних умовах. За таких умов попит на стоматологічні послуги падає, так як попит залежить від платоспроможності населення, а на сьогодні платоспроможність переважної маси населення є низькою. У зв'язку з цим визначалися пріоритети у стоматологічному обслуговуванні та визначався ступінь участі держави (муніципалітетів) у забезпеченні соціально орієнтованої стоматологічної допомоги населенню.

При вирішенні даної проблеми, у першу чергу, слід визначити, який обсяг безкоштовних стоматологічних послуг можна реально надати населенню. На сьогодні уявлення про потребу у стоматологічних послугах формується на підставі наявних ресурсів, попиту на стоматологічні послуги і даних про обсяги роботи за попередній рік, так як офіційних статистичних даних про стан стоматологічної захворюваності немає.

Для вирішення проблеми ми використовували методику розрахунку ресурсного забезпечення муніципальної стоматологічної служби. Оскільки більша частина населення отримує допомогу у муніципальних стоматологічних закладах, ми вважаємо, що визначати їх ресурсне забезпечення необхідно виходячи з реальних рівнів поширеності стоматологічних захворювань серед населення конкретної території.

Суть методики полягає у розрахунку статево-вікових коефіцієнтів споживання стоматологічних послуг. З цією метою використовуються дані медичних стоматологічних оглядів населення. Даний методичний підхід до визначення реальних обсягів споживання стоматологічних послуг населенням і зіставлення їх з ресурсами, дозволяє об'єктивізувати програму по забезпеченню населення гарантованою стоматологічною допомогою.

Органи управління охороною здоров'я міста на цій основі можуть формувати і розміщувати науково-обґрунтовані муніципальні замовлення на

забезпечення населення гарантованими обсягами стоматологічної допомоги. Крок до цього є перехід до системи довірчих відносин між виробником і покупцем стоматологічних послуг. За умови яких обсяг наданих послуг і необхідні ресурси для їх виробництва будуть узгоджуватись шляхом розміщення економічно обґрунтованого замовлення, закріпленого умовами договору.

Покупець - орган управління охорони здоров'я міста, несе відповідальність за фінансування замовлення, контролює обсяг і якість надання послуг. Стоматологічний заклад несе відповідальності перед населенням за той обсяг послуг, який був визначений договором.

Таким чином, дана методика ресурсного забезпечення муніципальної стоматологічної служби може служити основою для формування обґрунтованих муніципальних замовлень та розвитку довірчих відносин між виробником і покупцем стоматологічних послуг.

Реорганізація муніципальних стоматологічних закладів вимагала обґрунтування процесорного управління, системного підходу, функціонального підходу, системи безперервного вдосконалення, системи менеджменту якості і системи збалансованих показників, тобто їх комплексної інтеграції, що сприяє забезпеченню ефективного управління та наданню населенню стоматологічної допомоги належної якості.

Методичні аспекти моделювання бізнес-процесів у ЗОЗ узгоджувались з вимогами стратегічного управління, враховувались специфічні особливості кожного конкретного лікувально-профілактичного сектора моделі, такі як форма власності структури, організаційно-правова форма і методологічні підстави процесорного управління. Розробці моделі муніципального інтегрованого амбулаторно-поліклінічного комплексу передувало складання плану системи процесно-орієнтованого управління, який включав стадії дослідження, ідентифікації, зміни та інтеграції. Модель муніципального інтегрованого амбулаторно-поліклінічного комплексу об'єднує два сектори: - державний сектор захисту соціальних цінностей населення і приватний, який

працює на комерційній основі. При цьому дві третини виробництва складає державний сектор і одну третину - приватний.

Державний сектор - найважливіша, незамінна сфера реалізації системи соціальних цінностей, притаманних сучасному суспільству, невід'ємна складова частина системи охорони здоров'я населення. Завдання дослідження полягали у тому, щоб, використовуючи його специфіку, виробити такі підходи до управління державним сектором, які дозволять даному сектору у сучасних умовах реалізувати свій потенціал і можливості в досягненні цілей, які держава висуває у сфері охорони здоров'я.

Для вирішення даних завдань для державного сектора розроблялась особлива модель управління. Її характерними рисами є те, що державний сектор:- підзвітний у своїх діях як законодавчим та виконавчим органам влади, так і суспільству в цілому, він знаходиться під постійною пильною увагою громадськості та засобів масової інформації; - реалізує однаковий підхід до клієнтів, необхідність якого визначається концепцією рівних прав громадян на охорону здоров'я; - підтримує на регулярній основі перелік певних процедур, закріплених відповідними законами та іншими нормативними актами; - керується у кадровій політиці принципами державної служби (порядок встановлення заробітної плати, визначення рівнів відповідальності та повноважень).

Приватний сектор муніципального інтегрованого амбулаторно-поліклінічного комплексу

Формування ринкових відносин в Україні, зростання витрат на функціонування муніципальних медичних закладів, неможливість постійно збільшувати державні асигнування на охорону здоров'я, а також диверсифікація запитів населення сприяли появі приватного сектора охорони здоров'я з притаманними йому особливостями.

Приватні медичні організації фінансуються не державою, а засновниками (фізичними та / або юридичними особами).

Крім відмінностей у фінансуванні приватний сектор інтегрованого ЗОЗ відрізняється від державного також тим, що:

- управління ним є більш гнучким, зокрема, управлінці - "менеджери", користуються більшою свободою у прийнятті рішень;
- прийняття управлінських рішень диктується, насамперед, економічними параметрами, проявляється особлива чутливість до витрат, тобто приватний сектор строго дотримується принципу прямого взаємозв'язку між доходами та витратами.

Все це дозволяє приватному сектору краще задовольняти індивідуальні запити населення, на більш високому технологічному рівні забезпечувати високу якість обслуговування. Саме тому приватний сектор становить реальну конкуренцію муніципальному сектору. У той же час приватний сектор за своєю суттю є організацією комерційною, тобто створюється, перш за все, для отримання матеріальної вигоди, і саме у ній потрібно шукати межу можливостей приватного сектора у сфері охорони стоматологічного здоров'я населення.

Наступною дією є систематизація досвіду запровадження даної управлінської технології закордонними та українськими ЗОЗ. Далі досліджувались фактори зовнішнього і внутрішнього середовища стоматологічного закладу для вирішення питання актуальності запровадження процесорно-орієнтованого управління та ідентифікації ступеня необхідних змін у ході реалізації моделі. На даній стадії формулювалось бачення і місія організації, що визначають керівні принципи і подальшу стратегію розвитку моделі.

На наступній стадії здійснювалась розробка організаційно-функціональної моделі інтегрованого муніципального стоматологічного закладу, розкривався зміст основних і допоміжних бізнес-процесів і проектувались відповідні алгоритми управління, давалась оцінка економічній ефективності процесорного управління, що дозволило обґрунтувати актуальність впровадження представленої технології.

У відповідності до процесорного підходу будувалась корпоративна архітектура (бізнес-модель) - це загальна модель організації, яка визначає послуги, технології, процеси, структури та інформаційну підтримку діяльності та обґрунтовує базові принципи управління ЗОЗ на основі сучасних міжнародних стандартів.

Таким чином, мова йде, у першу чергу, про взаємодію та взаємовплив, двох секторів - державного та приватного моделі інтегрованого муніципального стоматологічного ЗОЗ. Останнім часом широкого поширення набула ідея про необхідність застосування у державному секторі методів управління, властивих приватному сектору, і її слід розглядати як відповідь на глобальні соціальні та економічні зміни та необхідність шукати нові шляхи вирішення соціальних проблем в умовах дефіциту ресурсів, які виділяються суспільством на соціальні цілі.

Менеджмент виступає у цьому контексті як технологія, яка обіцяє забезпечити раціональне використання обмежених ресурсів, допомогти подолати труднощі, які виникли у державному секторі.

Таким чином, поширення принципів менеджменту, які застосовуються у приватному секторі, на організацію державного сектора і взагалі на всю інтегровану модель, є не тільки і не стільки "технологічним" процесом, а швидше практичним втіленням ідеології, яка покликана наповнити новим змістом діяльність муніципальних закладів, і в західній практиці отримала назву менеджеріалізм (managerialism).

Менеджеріалізм - це система принципів і практичних рекомендацій, в основі якої лежить постулат про те, що вдосконалення процесу управління є ефективним способом вирішення широкого кола економічних і соціальних проблем. На сьогодні у західних країнах запровадження ідей бізнесу в управління державним сектором у сфері охорони здоров'я здійснюється за трьома основними напрямками: - децентралізація управління та делегування повноважень, у тому числі у фінансовій області, на нижчий рівень, як усередині організацій, так і в їх ієрархії; - розвиток, поряд з

адміністративною, системи договірних (контрактних) відносин не тільки з приватними та некомерційними організаціями, а й між державними службами; - посилення акценту на необхідність задоволення індивідуальних потреб клієнтів та підвищення якості та ефективності роботи.

Таким чином, у приватному секторі використовуються принципи менеджменту, які роблять акцент на необхідності збалансованості доходів і витрат і на жорсткому контролі за виконанням бюджету. У державному секторі також необхідно використовувати принципи менеджменту, на яких заснована модель управління приватним сектором. Однак види соціальних послуг, які надаються у державному секторі, повинні бути надані відповідно до принципів, відмінних від тих, які сповідує приватний сектор.

Управління моделлю інтегрованого муніципального стоматологічного ЗОЗ повинно бути комплексним і передусім відбивати мету і умови існування кожного з її секторів.

Реформування муніципальних стоматологічних ЗОЗ і зміна виконуваних ним функцій обов'язково має супроводжуватись впорядкуванням питань власності муніципальних стоматологічних закладів, зміною системи їх фінансування, комерціалізацією системи постачання медикаментів, обладнання, і т. д.

Методологічні підходи до обґрунтування нової моделі стоматологічних ЗОЗ, які працюють на засадах - державно-приватного партнерства. Перехід до економічної технології управління муніципальними стоматологічними ЗОЗ має бути сфокусованим на управлінні витратами. Стратегія діяльності повинна виходити з обґрунтування управлінських рішень, удосконалення структури мережі закладів, раціонального використання ресурсів, оптимізації робочих процесів, надання стоматологічної допомоги відповідно до стандартів, задоволення запитів споживачів. Успіх муніципальної медицини у значній мірі залежить від наукового обґрунтування її концептуальних напрямів розвитку.

Концептуальні чинники, які формують напрямки реорганізації муніципальної медичної допомоги є наступними:

1. Головна мета реорганізації муніципальних стоматологічних закладів - зміна їх організаційно-правової форми, організація та інтеграція соціального та приватного секторів, які працюють на засадах - державно-приватного партнерства та збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я пацієнта. Це всіляко повинно підтримуватись на державному, територіальному та місцевому рівнях.

2. Створення муніципального стоматологічного інтегрованого ЗОЗ повинно здійснюватись на основі системного підходу і розглядатись як процес економічних, організаційно-технічних, юридичних та ін. заходів. Такі заходи формуються на основі програмного - цільового підходу, поетапного визначення цілей, проблем, завдань та засобів - прогнозування, планування, з урахуванням реального чинного господарчого механізму.

3. При плануванні муніципального стоматологічного інтегрованого ЗОЗ слід враховувати, що основа стоматологічної практики матиме ринковий господарчий механізм. З виникненням ринку з'являються елементи ринкових відносин. Механізм ринку послуг охорони здоров'я функціонує завдяки взаємодії трьох основних параметрів: попиту, пропозиції та ціни.

4. У ринкових умовах існують чинники, які коригують процес планування - конкуренція, економічні можливості населення, фінансові тарифи на медичні послуги та підходи до штатних нормативів. До основних завдань планування розвитку державно - приватних структур охорони здоров'я слід віднести: - пошук можливостей заробляти гроші і забезпечувати найбільш раціональні способи їх використання; - планування економічної ефективності державно - приватних структур - доходи, отримані від надання послуг, повинні покривати витрати на їх надання; - забезпечення зниження витрат на надання стоматологічних послуг.

5. В умовах ринку професійним інструментом планування для державно - приватних структур стає маркетинг - система принципів, методів і

заходів, які базуються на комплексному вивченні попиту споживача і цілеспрямованому формуванні пропозицій медичних послуг виробника.

6. Знання сегментації ринку, як основного методу визначення груп пацієнтів, для яких варто пропонувати даний вид послуг, а також того, які функціональні та технологічні параметри послуг мають істотне значення для підвищення їх конкурентоспроможності, дозволить визначити місткість ринку для кожного конкретного виду послуг, визначити розмір інвестицій і технологію.

7. Необхідно вміти визначати цільовий прогноз, вимоги до обсягу медичних послуг, умов організації їх надання, умов господарчого середовища, в якому мають оперувати державно - приватні структури.

8. Важливим моментом у державно - приватній практиці є оплата праці медичних працівників. Заробітна плата працівників повинна закладатись у собівартість медичної послуги і становити не менше 25%. Періодична оцінка якості роботи співробітників є обов'язковою роботою для розпорядників грошових фондів.

9. У наш час найбільш методично і науково обґрунтованим, економічно ефективним, сучасним напрямком розвитку системи державно - приватної практики у стоматологічній допомозі, на нашу думку, є модель інтегрованого стоматологічного ЗОЗ, який працює на засадах - державно - приватного партнерства.

Відмінною рисою такої моделі є робота команди лікарів, об'єднаної за часом і місцем прийому, за відповідальністю за досягнення єдиної мети. Нова для стоматології інтегрована модель, яка поєднує інтереси державних (муніципальних) медичних організацій і приватних стоматологічних структур вимагає запровадження і сучасних методів управління та об'єднання таких закладів, відповідно до досвіду західних країн, у союз. Це обумовлено наступними причинами. По-перше, інтегрований заклад, який об'єднує інтереси державних (комунальних) медичних організацій і приватних стоматологічних структур надає багатoproфільну стоматологічну допомогу,

тобто послуги аналогічні послугам інших таких же закладів, що є підставою для їх об'єднання. По-друге, існуючі державні стоматологічні заклади максимально регулюються державою і не хотілося б, щоб нова форма господарювання, яка використовується в інтегрованому стоматологічному закладі, регулювалася б аналогічно. Необхідно вирішити питання усунення зайвого управління з боку держави. По-третє, муніципальні (державні) стоматологічні заклади мають істотні обмеження у своїй діяльності внаслідок їх прямої залежності від муніципальних і державних органів управління охороною здоров'я. Щоб уникнути подібної ситуації пропонується варіант об'єднання інтегрованих стоматологічних закладів у союзи саморегульованих організацій. Тобто управлінські повноваження від держапарату передаються у систему саморегулювання, що забезпечить скорочення корупційної складової.

Отже, при визначенні стратегії розвитку державно - приватного партнерства та створенні інтегрованої моделі охорони стоматологічного здоров'я населення, необхідно виходити з того, що і управління нею здійснюватиметься органом, який об'єднуватиме саморегульовані заклади. Таким чином, наукове обґрунтування концептуальних напрямів розвитку державно - приватних стоматологічних послуг на засадах інтеграції має сприяти підвищенню ефективності при розробці функціонально - організаційної моделі інтегрованого стоматологічного амбулаторно-поліклінічного ЗОЗ.

Стадією інтеграції двох її відділень завершується побудова моделі та системи процесорно-орієнтованого управління. Модель вирішує три основні завдання: - надання заданих обсягів конкретних видів стоматологічної допомоги; - дотримання певних якісних показників; - досягнення встановлених показників при найбільш раціональному використанні всіх ресурсів.

Отже:

1. Програма дослідження та його завдання передбачали проведення огляду наукової літератури щодо пріоритетів та особливостей розвитку стоматологічної допомоги у розвинених Європейських країнах та проблем

організації стоматологічної допомоги населенню у муніципальних ЗОЗ України; аналізу стану мережі, кадрового забезпечення та діяльності муніципальних стоматологічних ЗОЗ м. Києва, у порівнянні з Україною; комплексного соціологічного опитування організаторів стоматологічної служби, лікарів-стоматологів та пацієнтів муніципальних і приватних стоматологічних закладів щодо стану, проблем та перспектив удосконалення стоматологічної допомоги населенню; обґрунтування науково-методичних підходів до удосконалення діяльності системи муніципальних стоматологічних закладів м. Києва та розробку інтегральної моделі стоматологічного муніципального ЗОЗ великого міста для сучасних економічних умов з оцінкою її ефективності.

2. Об'єктом дослідження стала система стоматологічної допомоги населенню м. Києва, а його предметом - стан стоматологічного здоров'я дорослого населення м. Києва, організація стоматологічної допомоги у муніципальних ЗОЗ м. Києва, теоретичні та методологічні засади побудови системи управління у муніципальних стоматологічних закладах, інтегрована модель муніципального стоматологічного закладу для сучасних економічних умов.

3. Основними джерелами інформації у виконаному дослідженні були матеріали державної та галузевої статистичної звітності (ф. № 17, ф. № 20, ф. № 47) за 2006-2013 рр., зведені по м. Києву та Україні в цілому), карти стоматологічного хворого (ф. 043/о), спеціально розроблені анкети для опитування організаторів стоматологічної служби, лікарів-стоматологів та пацієнтів муніципальних і приватних стоматологічних закладів, карти експертної оцінки, нормативно-правові документи, які регламентують надання населенню стоматологічної допомоги та функціонування закладів охорони здоров'я різних форм власності.

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

5. Таким чином, розроблена програма дослідження і обраний методичний інструментарій були спрямовані на вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою наукового обґрунтування пріоритетних напрямів розвитку муніципальної стоматологічної допомоги населенню у сучасних економічних умовах та розробки інтегрованої моделі муніципального стоматологічного ЗОЗ.

### **РОЗДІЛ 3**

## **СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ У МУНІЦИПАЛЬНОМУ СЕКТОРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я М. КИЄВА**

Муніципальний сектор стоматологічної служби м. Києва становить важливу сферу реалізації особливої системи соціальних цінностей, притаманних сучасному суспільству та є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я населення міста. Ці цінності визначаються у ході суспільного розвитку на основі врахування різноманітності соціальних і економічних інтересів, існуючих у суспільстві. Уся діяльність адміністрації столиці у даному напрямку повинна бути орієнтована на кінцевий результат – забезпечення збереження індивідуального і громадського здоров'я населення, у т. ч. стоматологічного. Аналіз стану організації стоматологічної допомоги населенню у муніципальному секторі системи охорони здоров'я м. Києва здійснений за спеціально розробленою програмою, яка включала системну оцінку стану мережі стоматологічних закладів, її кадрового забезпечення, показників діяльності муніципальних стоматологічних закладів для дітей і дорослих.

### **3.1. Стан мережі закладів стоматологічної служби м. Києва та її кадрового забезпечення**

У процесі проведення дослідження встановлено, що впродовж 2009-2013 рр. відбулися істотні зміни у мережі муніципальних і приватних стоматологічних закладів як м. Києва, так і України в цілому. Динамічний аналіз стану стоматологічної мережі у м. Києві засвідчив, що кількість самостійних стоматологічних поліклінік у столиці не змінилась, а от чисельність стоматологічних відділень (кабінетів) системи ДОЗ м. Києва, на які припадало близько 78% від усіх відвідувань до лікарів-стоматологів і де

працювало 68, 5% усіх лікарів-стоматологів у 2013р., порівняно із 2009 роком, скоротилась на 45 (на 63, 7%).(табл. 3. 1, 3. 2).

Таблиця 3. 1

**Динаміка мережі, кадрового забезпечення та діяльності стоматологічних закладів м. Києва у 2009-2013 рр.**

Мережа закладів		Кількість закладів		Кількість відвідувань (абс. ; на одного жителя*; на одну зайняту посаду лікаря**)		Кількість штатних посад лікарів-стоматологів			
		2009	2013	2009	2013	2009		2013	
						Абс	%	Абс	%
Кількість самостійних стоматологічних поліклінік	Муніципальних бюджетних	4	4	394187	335037	-	-	-	-
	комунальних госпрозрахункових	7	7	139345	93051				
	для дітей	3	3	174170	158531				
	<b>всього</b>	14	14	707702	586619	438, 25	31, 3	443, 0	31, 5
Лікувально-профілактичні (бюджетні та госпрозрахун.), стоматол. відділення (кабінети)		110	65	1791191	1731226	963, 0	68, 7	964, 5	68, 5
<b>ВСЬОГО</b>		124	79	2498893 1, 1* 1657, 0**	2317845 1, 0* 1552, 3**	1401, 25	100	1407, 5	100
<b>крім того</b>									
Приватні заклади, які надають стоматологічну допомогу		199	262	372928	419601	624, 25	44, 5	845, 75	60, 0

У той же час переважна більшість посад (68, 5% від їх загальної чисельності) у 2013 р., як і у 2009 р. була передбачена саме у стоматологічних відділеннях і кабінетах. Загальна кількість штатних посад лікарів-стоматологів, які працювали у системі ДОЗ м. Києва, залишилась практично незмінною (1407, 5 посад у 2013 р.; 1401, 25 - у 2009 р.). Чисельність приватних стоматологічних закладів (кабінетів) впродовж досліджуваного періоду у м. Києві зросла на 63 (на 31, 7%) (рис. 3. 1.).

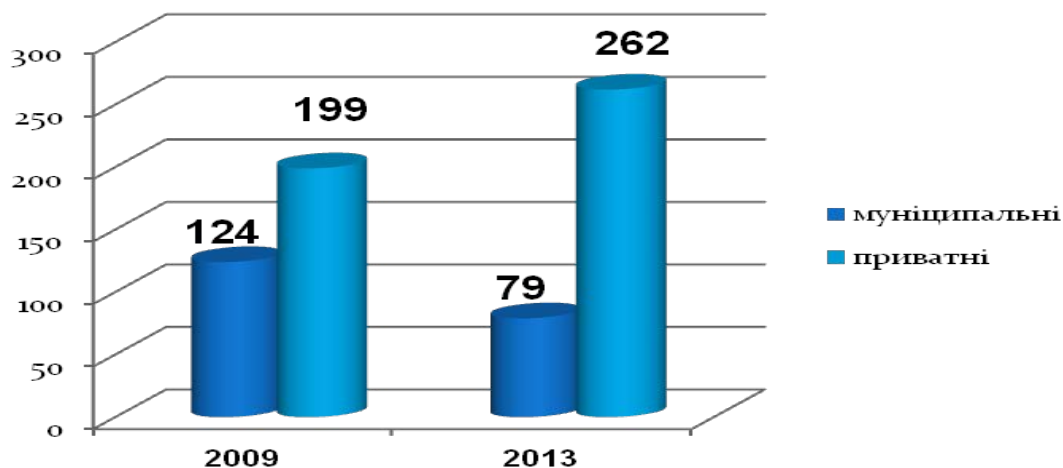


Рис. 3. 1. Динаміка кількості муніципальних та приватних стоматологічних закладів, відділень (кабінетів) у м. Києві (2009, 2013 рр.)

Кількість штатних посад лікарів-стоматологів у приватних закладах за цей період зросла з 624, 25 до 845, 75, на 35,5 %. (рис. 3. 2.)

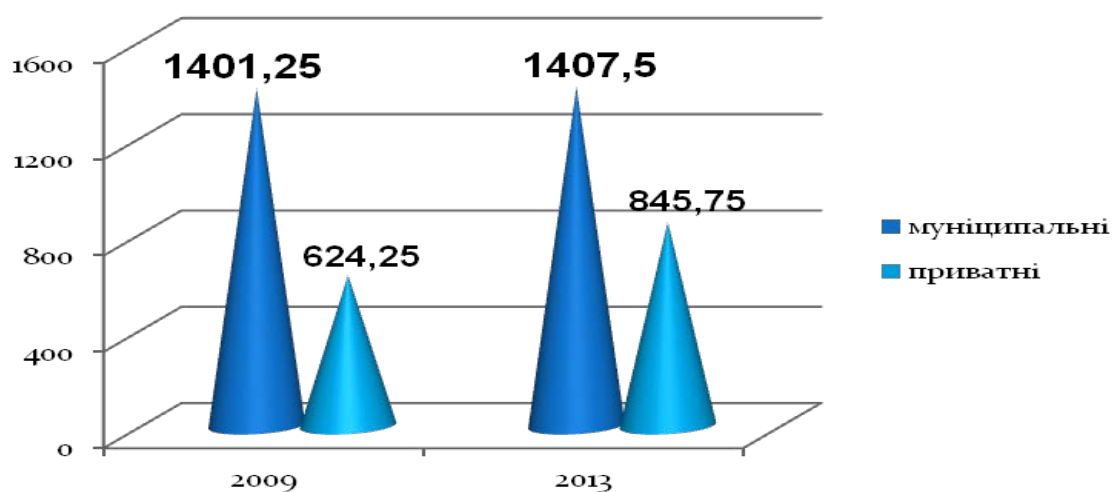
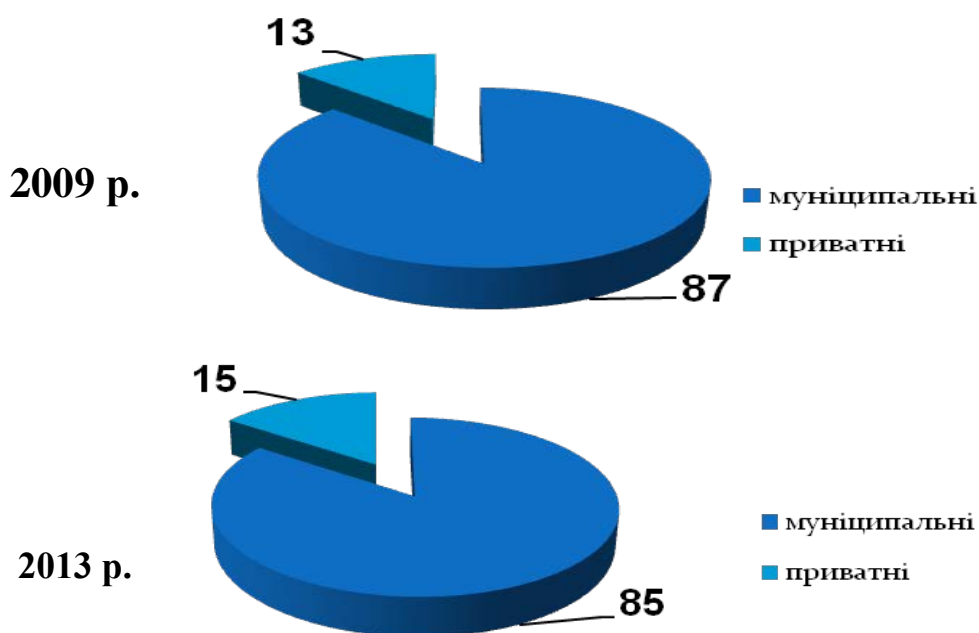


Рис. 3. 2. Динаміка кількості штатних посад лікарів-стоматологів у м. Києві (2009, 2013 рр.)

Але переважна більшість відвідувань до лікарів - стоматологів у 2013 р (85%), як і в 2009 р. (87%), припадала на стоматологічні заклади системи ДОЗ м. Києва (рис. 3. 3.). Це підтверджує, що саме у державному секторі охорони здоров'я продовжують втілюватись колективні соціальні цінності, які не можуть бути адекватно реалізовані за його межами.



**Рис. 3.3. Розподіл відвідувань до лікарів-стоматологів між муниципальними та приватними закладами у м. Києві у 2009 та 2013 р. (%)**

За статистичними звітами за 2009-2013 рр. , середня кількість відвідувань у розрахунку на одну зайняту посаду лікаря-стоматолога склала у м. Києві у 2013 р. – 1552, 3 відвідувань на рік і скоротилась, порівняно з 2009 р. на 104, 7 відвідувань. Порівняльний аналіз динаміки мережі стоматологічних закладів у м. Києві та в Україні в цілому засвідчив односпрямованість змін, які відбувались у столиці та в Україні. Так, чисельність самостійних бюджетних стоматологічних поліклінік в Україні скоротилась у 2013 р. , порівняно із 2009 р. на 30 (на 10, 6%), а стоматологічних відділень (кабінетів) - на 2347 (на 50, 8%) (табл. 3. 2.). У 2013 р., порівняно із 2009 р. кількість приватних стоматологічних закладів (кабінетів) зросла на 563 (на 16, 3%). Проте, як і у м. Києві, переважна більшість відвідувань до лікарів-стоматологів продовжувала припадати в Україні на бюджетні стоматологічні заклади, 87, 8% у 2009 р. , 86, 4% у 2013 р. У 2009 році у закладах системи МОЗ України було передбачено 20894 штатних посад лікарів-стоматологів (по всій групі стоматологів) або 4, 56 на 10 тис. населення, у в 2013 році, відповідно, 22223 штатних посад, і 4, 91 на 10 тис.

**Динаміка мережі та відвідувань до стоматологічних закладів України за  
2009-2013 рр.**

Мережа закладів		Кількість закладів		Кількість відвідувань на одного жителя / на одну зайняту посаду лікаря		Розподіл відвідувань до лікарів-стоматологів за типом стоматологічних закладів			
		2009	2013	2009	2013	2009		2013	
						Абс.	%	Абс.	%
Бюджетні стоматологічні заклади	Самостійні поліклініки	282	252	1, 1/ 2494, 6	1, 0/ 2414, 4	47549089		44795156	
	стомат. кабінети	4624	2277						
у т. ч. кількість закладів, які мають госпрозрахункові відділення (кабінети)		123	132	0, 02	0, 017	914304		774687	
<b>Разом</b>		4906	2529	1, 1/ 2494, 6	1, 0/ 2414, 4	47549089	87, 8	44795156	86, 4
Приватні заклади, які надають стоматологічну допомогу		3445	4008	0, 14/ 959, 4	0, 16/ 900, 5	6581036	12, 2	7076251	13, 6
<b>Всього</b>		8351	6537	1, 26	1, 18	54130125	100	51871407	100

Таким чином, штатна чисельність лікарів-стоматологів в Україні за 5 років зросла на 1329 (6, 36%), в той час як кількість бюджетних стоматологічних відділень (кабінетів) за цей період скоротилась на 50, 8%, а кількість відвідувань на 5, 7%. Чисельність штатних посад лікарів-стоматологів у приватних стоматологічних закладах України зросла за досліджуваний період на 961, 75 одиниць, з 6618, 0 посад у 2009 р. до 7579, 75 посад у 2013 р. Динамічний аналіз забезпеченості населення лікарями-стоматологами у закладах системи МОЗ України здійснений за період 2006- 2013 рр. (табл. 3. 3) виявив тенденцію до зростання даного показника, як по всій групі лікарів-стоматологів (з 4, 42 до 4, 91 на 10 тис. населення, на 10, 0%), так і у розрізі окремих стоматологічних спеціальностей, за виключенням дитячих стоматологів (забезпеченість дитячого населення стоматологами в Україні знизилась на 43,5% з 0, 46 до 0,26 на 10 тис. дитячого населення).

**Динаміка забезпеченості населення лікарями-стоматологами у  
закладах системи МОЗ в Україні та м. Києві (2006, 2009, 2013 рр.)**

Рік	Чисельність лікарів-стоматологів у закладах системи МОЗ України на 10 тис. населення (* на 1000 дитячого населення)					
	Стоматолог и терапевти	З них дитячі*	Стомато- логи хірурги	Стома то- логи ортопеди	Стома то- логи ортоданти	Всього (уся група)
1	2	3	4	5	6	7
<b>Україна</b>						
2006	3, 25	0, 46	0, 40	0, 67	0, 10	4, 42
2009	3, 45	0, 44	0, 42	0, 68	0, 12	4, 67
2013	3, 68	0, 26	0, 44	0, 66	0, 13	4, 91
<b>Київ</b>						
2006	6, 05	1, 26	0, 72	1, 34	0, 25	8, 36
2009	5, 90	1, 21	0, 67	1, 22	0, 29	8, 07
2013	5, 77	0, 71	0, 74	1, 21	0, 31	8, 03

У той же час, незважаючи на зростання забезпеченості населення України лікарями-стоматологами, Україна продовжує відставати за даним показником від Європейських країн. Забезпеченість населення лікарями-стоматологами усіх спеціальностей в муніципальних стоматологічних закладах системи ДОЗ м. Києва суттєво перевищувала загальнодержавний показник. Але слід відмітити, що впродовж періоду спостереження намітилась тенденція до зниження забезпеченості населення лікарями-стоматологами (з 8,36 у 2006 р. до 8,03 на 10 тис. населення у 2013 р., на 3,9%). Дана тенденція торкнулась забезпеченості населення стоматологами-терапевтами та стоматологами-ортодонтами. Найбільш вагомі зміни відбулись у забезпеченості дитячого населення столиці дитячими лікарями-стоматологами, яка скоротилась на 43, 7% (з 1, 26 до 0, 71 на 10 тис. дитячого населення). Таким чином, порівняльний аналіз динаміки мережі стоматологічних закладів у м. Києві та в Україні в цілому засвідчив односпрямованість змін, які відбувались у столиці та в Україні за період 2009-2013 рр. Так, якщо чисельність самостійних бюджетних стоматологічних поліклінік в Україні за досліджуваний період скоротилась на 30 (на 10, 6%), а в м. Києві їх кількість не змінилася, то чисельність стоматологічних відділень (кабінетів) - в Україні скоротилась на 2347 (на 50, 8%), а у м. Києві на 45 (на 63,

7%). За період дослідження кількість приватних стоматологічних закладів (кабінетів) в Україні зросла на 563 (на 16,3%), у м. Києві на 63 (на 31,7%), відповідно. Переважна більшість відвідувань (86, 4%) до лікарів - стоматологів у 2013 р. , як і в попередні роки, і в країні цілому, припадала на муніципальні стоматологічні заклади системи ДОЗ м. Києва, у яких працювало 68,5% від усіх стоматологів міста. Штатна чисельність лікарів-стоматологів в Україні за 2009-2013 рр. зросла на 1329 посад (на 6,36%), а штатна чисельність лікарів-стоматологів в муніципальних стоматологічних закладах системи ДОЗ м. Києва зросла на 6,25 посад (0,5%). Забезпеченість населення лікарями-стоматологами (за виключенням дитячих) зросла в Україні на 10,0%, а в муніципальних стоматологічних закладах системи ДОЗ м Києва відповідний показник знизився на 3,9%. Забезпеченість дитячого населення дитячими лікарями-стоматологами скоротилась в Україні на 43,5%, а у м. Києві на 43,7%. Встановлено недостатнє навантаження лікарів-стоматологів у столиці. Посадова функція лікарів - стоматологів у муніципальних стоматологічних закладах системи ДОЗ м. Києва у 2013 р. склала 1552,3 відвідувань на рік, що в тричі нижче за норматив. Виконаний порівняльний аналіз динаміки мережі стоматологічних закладів, їх кадрового забезпечення та діяльності у м. Києві та в Україні є важливою складовою інформаційного забезпечення планування стоматологічної допомоги та вирішення проблеми економічної складової управління стоматологічною службою.

### **3. 2. Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню у м. Києві**

Актуальною проблемою для дослідження в умовах реформування галузі є комплексний системний аналіз стану дитячої стоматологічної служби м. Києва, вивчення обсягів реалізованої потреби дітей у різних видах стоматологічної допомоги.

Стоматологічну допомогу дитячому населенню м. Києва у 2013 році надавали 3 самостійні дитячі стоматологічні поліклініки. Слід відмітити, що до дитячих стоматологічних поліклінік прикріплено лише 19, 2% дітей від загальної чисельності дитячого населення у м. Києві. Переважна більшість дітей обслуговується у стоматологічних відділеннях і кабінетах багатoproфільних муніципальних поліклінік. Стоматологічну допомогу дитячому населенню столиці у 2013 році надавали 334 дитячих лікаря-стоматологи. Порівняно із 2006 р. забезпеченість дитячого населення лікарями-стоматологами скоротилась на 43,7% (з 1, 26 до 0,71 на 10 тис дитячого населення). За допомогою медико - статистичного методу здійснено аналіз динаміки показників надання стоматологічної допомоги дітям у м Києві. Інформаційним джерелом для розрахунку показників для даного аналізу виступили форми державної статистичної звітності № 20 МОЗ України за 2006-2013 pp. , зведені по м. Києву, а саме наступні таблиці ф. № 20: P200007 Число дітей оглянутих в порядку планової санації; P200099 - Планова санація дитячого населення (до кількості населення); P200100 - Планова санація дитячого населення (до кількості оглянутих). Розраховані та проаналізовані такі показники: питома вага санованих дітей від кількості, що її потребують; питома вага первинних відвідувань серед усіх; питома вага санованих в порядку планової санації за зверненнями; середня кількість відвідувань до лікарів-стоматологів у розрахунку на 1 дитину. Серед усіх відвідувань лікарів-стоматологів у м. Києві питома вага первинних становила половину (табл. 3.4). Встановлено, що у м. Києві середня кількість відвідувань до лікарів-стоматологів у розрахунку на одну дитину скоротилась на 9,1% - з 2, 2 у 2006 р. до 2, 0 у 2013 р. (рис. 3.4.). Аналіз показників планових оглядів та планової санації ротової порожнини у дітей засвідчив тенденцію до згортання впродовж 2006-2013 pp. обсягів профілактичної роботи серед дитячого населення столиці (табл. 3.4., рис. 3.5., рис. 3.6.).



Рис. 3. 4. Динаміка середньої кількості відвідувань дитячого населення до лікарів-стоматологів у м. Києві та в Україні (у розрахунку на 1-ну дитину у віці до 18 років)

Таблиця 3. 4

**Динаміка статистичних показників надання стоматологічної допомоги дитячому населенню у м Києві та в Україні (2006, 2009, 2013 рр.)**

Показники	Адмін. територія	2006	2009	2013
Питома вага первинних відвідувань дітей до лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань до лікарів стоматологічного профілю (%)	Київ Україна	50, 8 47, 9	50, 7 50, 4	55, 1 50, 8
Середня кількість відвідувань дітей до лікарів-стоматологів та зубних лікарів у розрахунку на 1 жителя	Київ Україна	2, 2 1, 6	2, 1 1, 6	2, 0 1, 6
Питома вага дітей оглянутих в порядку планової санації - до відповідної кількості постійного населення (%)	Київ Україна	112, 0 68, 1	108, 8 68, 9	101, 5 68, 4
Питома вага дітей оглянутих в порядку планової санації - до відповідної кількості наявного населення (%)	Київ	87, 4	83, 0	82, 4
Питома вага планово оглянутих серед усіх, що звернулись за стоматологічною допомогою ( %)	Київ Україна	50, 7 42, 6	50, 7 42, 4	50, 1 42, 4
Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації до кількості населення (%)	Київ Україна	64, 8 34, 1	62, 0 34, 2	55, 2 33, 2
Серед оглянутих в порядку планової санації потребують санації до кількості оглянутих ( %)	Київ Україна	57, 9 50, 1	57, 0 49, 6	54, 4 48, 5
Питома вага санованих дітей при плановій санації від кількості, що її потребують ( %)	Київ Україна	81, 6 82, 5	71, 5 82, 4	69, 5 80, 9
Питома вага санованих дітей планово та за зверненнями- до відповідної кількості населення (%)	Київ Україна	48, 7 44, 1	44, 4 42, 0	38, 4 40, 8

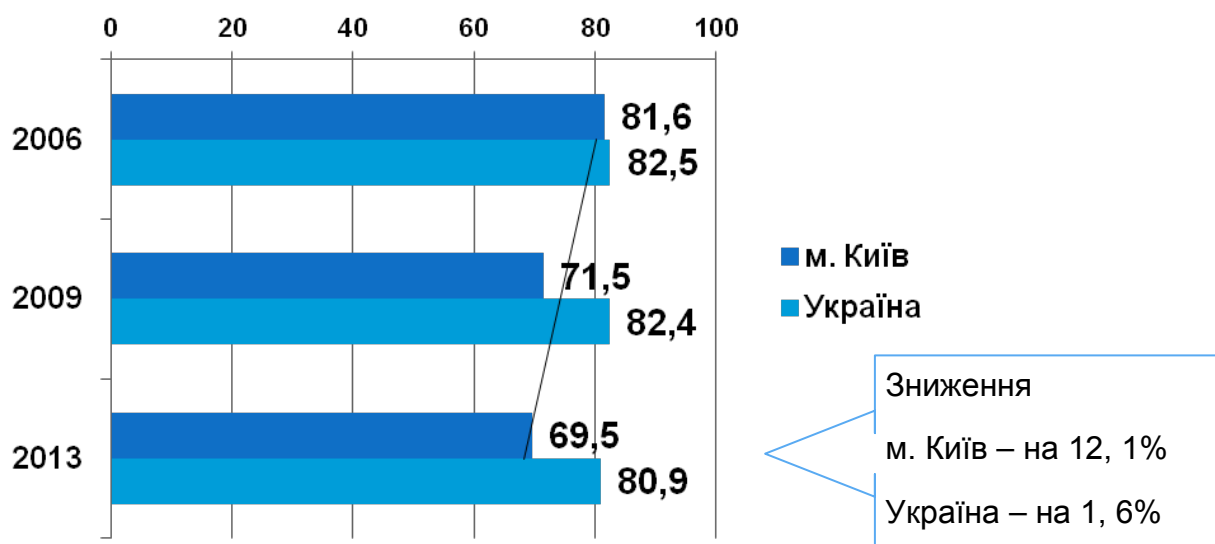


Рис. 3.5. Питома вага санованих дітей при плановій санації у м. Києві та в Україні (від кількості, що її потребують, %)

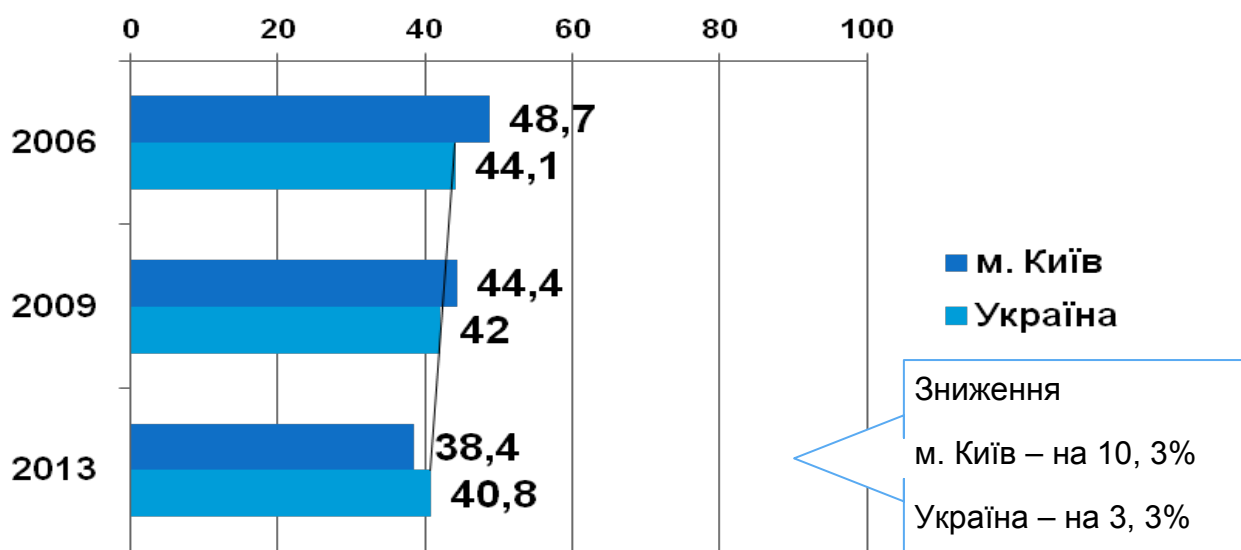


Рис. 3. 6. Питома вага санованих дітей у порядку планової санації та за зверненнями серед дитячого населення у м. Києві та в Україні (%)

Так, серед усіх дітей, які звернулись за стоматологічною допомогою, питома вага оглянутих у порядку планової санації за період дослідження скоротилась з 50, 7 % до 50, 1%; частка дітей, оглянутих в порядку планової санації - до наявної кількості дитячого населення - з 87, 4% до 82, 4%; оглянутих у порядку планової санації (у % до кількості дитячого населення) - з

64, 8% до 55, 2%; питома вага санованих дітей при плановій санації від кількості, що її потребують - з 81, 6 до 69, 5%; питома вага санованих дітей серед дитячого населення - з 48, 7 до 38, 4%. Слід відмітити, що дані негативні тенденції у м. Києві відповідали ситуації в Україні в цілому. Крім того нами вивчено матеріально-технічне забезпечення стоматологічних кабінетів шкіл та зроблено висновок про його незадовільний стан. Зокрема, у Шевченківському районі стоматологічна поліклініка №1 обслуговує 16 шкіл, серед яких лише у 5 є оснащені стаціонарні стоматологічні кабінети. Серед 15 шкіл, які обслуговуються стоматологічною поліклінікою №2, стоматологічні кабінети наявні тільки у 5 школах. У Оболонському районі серед 34 шкіл 20 мають стоматологічні установки на 1-2 робочих місця. Усі стоматологічні установки знаходяться на балансі шкіл та 80% з них перебувають у незадовільному технічному стані.

Нами також проведено аналіз основних показників, які характеризують обсяг стоматологічної допомоги дитячому населенню та результати планових оглядів та планової санації ротової порожнини дітей у 3-х самостійних дитячих стоматологічних поліклініках м. Києва у 2013 р., результати якого представлені у табл. 3.5, 3.6. Стоматологічна поліклініка № 1 Шевченківського р-ну м. Києва у 2013 році обслуговувала 26318 дітей у віці 0-17 років включно. Планова потужність поліклініки становила 120 відвідувань на день; чисельність штатних посад лікарів-стоматологів - 16, 25, а середнього медперсоналу 15 штатних одиниць.

Таблиця 3. 5

**Штати медичного персоналу та чисельність дитячого населення, яке обслуговується дитячими стоматологічними поліклініками м. Києва**

Заклади	Штати		Контингент обслуговування		
	Лікарі	м/с	Кільк. Шкіл	Кільк. ДДЗ	Чисельність прикріпленого населення
Дитяча стом. п-ка №1	16, 25	15, 0	16	23	26318
Дитяча стом. п-ка №2	21, 0	15, 5	15	25	26865
Дитяча стом. п-ка Оболонського р-ну	31, 0	16, 0	34	49	57103
Всього	68, 25	45, 5	65	97	110286

**Амбулаторно-поліклінічна робота дитячих стоматологічних поліклінік у  
м. Києві**

Робота у поліклініці							Профілактична робота в організ. колективах						
Всього дітей	Всього відвідув.	Оглянуто перших	Потребували лікування з числа оглянутих	Сановано з числа дітей, які потребували лікуван.	Оглян. орган. дітей	Потребув. лікування з числа оглянутих	Сановано організованих дітей	Охоплено ендеген. профілактик					
<b>Поліклініка № 1</b>													
Абс.	%	Абс	Абс	%	Абс	%	Абс	Абс	%	Абс	%	Абс	%
26318	79	11472	7848	68	5920	74	18322	11475	63	8470	74	2368	85
<b>Поліклініка № 2</b>													
26865	74, 6	11708	7493	64	5695	76	19989	12886	64	9923	77	8387	89, 9
<b>Поліклініка Оболонського району</b>													
57103	69, 1	23009	15018	65	11426	76	8306	5086	61	4231	83	5872	71

В результаті аналізу даних статистичного звіту стоматологічної поліклініки № 1. за 2013 р. встановлено, що 68% дітей серед оглянутих на амбулаторному прийомі потребували стоматологічного лікування. Було сановано 74% дітей, з числа тих, які потребували лікування. У школах оглянуто 77% учнів, у дитячих дошкільних закладах (ДДЗ) -56% дітей, підлітків - 66%. Сановано 73-74%. Ендегенною профілактикою охоплено 93 % школярів та 85% дошкільнят. Дитяча стоматологічна поліклініка № 2 Шевченківського р-ну м. Києва у 2013 р. обслуговувала 26865 дітей у віці 0-17 років включно, її планова потужність становить 120 відвідувань на день. У поліклініці передбачена 21 штатна посада лікаря-стоматолога та 15, 5 - середнього медперсоналу.

За даними статистичного звіту дитячої стоматологічної поліклініки № 2 за 2013 р., 64% дітей серед оглянутих на амбулаторному прийомі потребували стоматологічного лікування. Серед дітей, які потребували лікування було сановано - 76%. У школах оглянуто - 65%. ДДЗ - 50%. Ендегенною профілактикою було охоплено 44 % школярів та 90 % дошкільнят.

Стоматологічна поліклініка Оболонського району має планову потужність 180 відвідувань на зміну. У її штатному розписі передбачено 26 посад лікарів стоматологів-терапевтів, 3 – лікарів стоматологів-ортодонтів, 2 – стоматологів-хірургів, 16 посад середнього медперсоналу та 4 - зубних техніків. Поліклініка обслуговує - 57 103 дітей у віці 0-17 років включно.

На підставі аналізу даних статистичного звіту дитячої стоматологічної поліклініки Оболонського району за 2013 р, встановлено, що - 65% дітей з числа оглянутих на амбулаторному прийомі мали потребу у стоматологічному лікуванні. Серед дітей, які потребували лікування було сановано 76%. У 10 школах оглянуто - 50% учнів, у ДДЗ - 78% дітей, підлітків – 36 %. Ендогенна профілактика проведена серед 455 % школярів та 42% дошкільнят. Стоматологічними оглядами охоплено більший відсоток дошкільнят, ніж школярів (78%, проти 50%, відповідно). Стоматологічних бригад не вистачає для санації учнів шкіл та ДДЗ, зокрема, у 2010 році стоматологічними оглядами та санацією були охоплені учні лише 10 шкіл з 34 та діти з 18 ДДЗ з 49.

У структурі наданої у 2013 р. стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва консультативна допомога становила 9, 2%; терапевтична - 53, 7%; хірургічна - 34, 4%; ортодонтична - 7, 36%; ортопедична - 4, 6%. У 2013 році питома вага стоматологічних захворювань серед усіх захворювань, з приводу яких дитяче населення зверталось за медичною допомогою, становила 24, 5%. Існуючий незадовільний стан стоматологічної допомоги дитячому населенню та скорочення обсягів профілактичної роботи з даним контингентом у муніципальних стоматологічних закладах м. Києва обумовлений рядом чинників:- високою поширеністю та інтенсивністю враження зубощелепної системи у дитячого населення за відсутності широкомасштабної роботи з профілактики стоматологічних захворювань;- незадовільним рівнем професійної роботи лікарів-стоматологів через низьку якість стоматологічного устаткування, пломбувальних і зубопротезних матеріалів, гострого браку інструментів; - недостатньою плановірністю роботи, своєчасністю та

ефективністю здійснюваних лікувально-оздоровчих заходів;- недосконалою системою формування держзамовлень і розподілу фондів на устаткування, матеріали, інструменти без урахування реальних потреб стоматологічної служби; - відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання в підвищенні якості та продуктивності праці у лікарів, зубних техніків, середнього медичного персоналу.

### **3. 3. Аналіз стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Києві**

Аналіз динаміки абсолютної кількості відвідувань серед дорослого населення до лікарів-стоматологів у муніципальних закладах м. Києва та в Україні в цілому засвідчив тенденцію до їх скорочення за 2006-2013рр. За умов односпрямованості тенденцій у зміні кількості відвідувань дорослого населення до лікарів-стоматологів, скорочення кількості відвідувань у столиці відбувалося швидшими темпами, ніж в Україні в цілому. Так, у 2006 р. в Україні дорослим населенням було здійснено 36876890 відвідувань; у 2013 р. – 32670282. Тобто абсолютна кількість відвідувань скоротилась на 4206608, або на 11, 4%. У м. Києві, відповідно, на - 456029 відвідувань, або на 20, 6 %. Серед усіх відвідувань майже половину (45-47% в Україні та 44-47% у м. Києві) складали первинні відвідування. Кількість первинних відвідувань до лікарів-стоматологів серед дорослого населення України скоротилась на 1589818 відвідувань (на - 9, 4 %) – з 16981344 у 2006 р. , до 15391526 - у 2013 р. У м. Києві кількість первинних відвідувань за цей період скоротилась на 518034 відвідувань або на 49, 8% (табл. 3. 7).

Динамічний аналіз середньої кількості відвідувань у розрахунку на одного дорослого жителя виявив більш суттєве скорочення даного показника впродовж 2006-2013 років у столиці – з 2, 2 до 0, 8 (на 1, 4 відвідування, або на 63, 6%), порівняно із Україною в цілому – з 1, 0 до 0, 9 (на 0, 1 відвідування, або

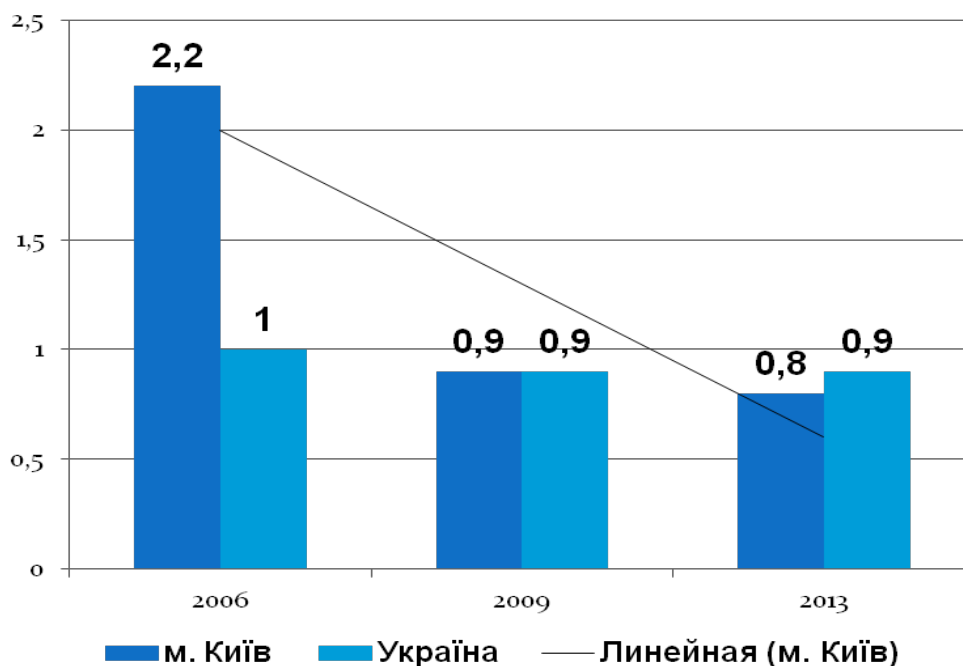
на 10%). Вказані динамічні зрушення призвели до зміни позиції столиці серед значень показника у 27 регіонах України.

Таблиця 3. 7

**Порівняльна характеристика відвідувань до стоматологів дорослого населення м. Києва і України (2006-2013рр)**

Назва показника	2006 р.	2008 р.	2010 р.	2012 р.	2013 р.
<b>Україна</b>					
Абсолютна кількість первинних відвідувань	16981344	16523826	16185071	15813162	15391526
Питома вага первинних відвідувань серед усіх відвідувань (у %)	46, 0	45, 8	46, 4	47, 0	47, 1
Абсолютна кількість усіх відвідувань	36876890	36057810	34861200	33679281	32670282
Середня кількість відвідувань у розрахунку на 1-го дорослого жителя	1, 0	1, 0	0, 9	0, 9	0, 9
<b>Київ</b>					
Абсолютна кількість первинних відвідувань	1040634	996955	809923	532272	522600
Питома вага первинних відвідувань серед усіх відвідувань (у %)	47, 1	45, 6	44, 9	46, 3	46, 1
Абсолютна кількість усіх відвідувань	2210118	2188177	1803421	1764849	1754089
Середня кількість відвідувань у розрахунку на 1-го дорослого жителя	2, 2	1, 0	0, 8	0, 8	0, 8

Так, якщо у 2006 році за середньою кількістю відвідувань до лікарів-стоматологів доросле населення м. Києва наближалось до максимальних у країні рівнів, то у 2013 році у 75% регіонів значення даного показника перевищували столичний рівень. Така динаміка середньої кількості відвідувань дорослого населення до лікарів-стоматологів пов'язана із скороченням чисельності стоматологічних кабінетів, дефіцитом коштів для фінансування, переведенням стоматологічних кабінетів на госпрозрахунок, а також скороченням видатків на безоплатне протезування і підвищення розцінок на ортопедичні послуг (рис. 3. 7).



**Рис. 3.7. Динаміка середньої кількості відвідувань дорослого населення до лікарів-стоматологів у м. Києві та в Україні (у розрахунку на 1-го дорослого жителя) , 2006, 2009, 2013 рр**

З метою більш поглибленого аналізу відвідувань дорослого населення до стоматолога та виявлення їх статеві-вікових закономірностей у 2013 р. проведено спеціальне медико-статистичне дослідження. Було відібрано 615 карт стоматологічного хворого (ф. №043/о), з них - 286 карт чоловіків і 329 - жінок. Усі карти згруповані у 7 груп в залежності від віку пацієнтів. Так, у віці 18-19 років - 102 (з них 47 чоловіків, 55 жінок); 20-29 років -107 (з них 51 чоловік, 56 жінок); 30-39 років -105 (з них 49 чоловіків, 56 жінок); 40-49 років -99 (з них 45 чоловіків, 54 жінок); 50-59 років-93 (з них 45 чоловіків, 48 жінок); 60-69 років – 58 (з них 26 чоловіків, 32 жінки); 70 та старше 51 (з них 23 чоловіки, 28 жінок). Результати аналізу статеві-вікових особливостей відвідувань до лікарів-стоматологів представлені у табл. 3. 8. Встановлено, що пік частоти відвідувань до лікарів-стоматологів, як у чоловіків, так і у жінок припадає на вікові групи 20-29, 30-39 років. Після 40 років відмічається тенденція до скорочення частоти відвідувань стоматологів, яка виявляється і серед чоловічого і серед жіночого населення.

**Статеві-вікові особливості відвідувань лікарів-стоматологів (кількість відвідувань на 1000 населення відповідного віку та статті)**

Вік	Стать	Кількість відвідувань на 1000 відповідного населення
18-19	Чоловіча	1311, 3±1, 04
	Жіноча	1321, 2±0, 78
	Обидві статі	1316, 25 ± 0, 65
20-29	Чоловіча	1358, 8±1, 04
	Жіноча	1385, 5±0, 78
	Обидві статі	<b>1372, 15 ± 0, 65</b>
30-39	Чоловіча	1368, 2±1, 04
	Жіноча	1390, 4±0, 78
	Обидві статі	<b>1379, 3 ± 0, 65</b>
40-49	Чоловіча	1273, 7±0, 09
	Жіноча	1295, 5±0, 14
	Обидві статі	<b>1269, 6±0, 11</b>
50-59	Чоловіча	1180, 3±0, 9
	Жіноча	1199, 4±1, 15
	Обидві статі	<b>1189, 85±1, 05</b>
60-69	Чоловіча	1055, 1±0, 67
	Жіноча	1073, 9±1, 41
	Обидві статі	<b>1064, 5±1, 32</b>
70 і старше	Чоловіча	869, 1±1, 52
	Жіноча	963, 8±1, 12
	Обидві статі	<b>916, 45±1, 35</b>
Всього	Чоловіча	1202, 4±1, 26
	Жіноча	1228, 6±0, 87
	Обидві статі	<b>1215, 5±1, 35</b>

Дану тенденцію можна пояснити зниженням із віком частоти ураженості населення карієсом зубів та його ускладненнями.

Найбільшу питому вагу у структурі стоматологічної захворюваності населення у віковій групі 70 років і старше посідають захворювання пародонта. Серед жінок у всіх вікових групах виявлена вища, порівняно із чоловіками ( $p < 0, 05$ ), частота відвідувань лікарів-стоматологів, що пояснюється більш високою їх медичною активністю. Провідне місце у стоматологічній допомозі належить профілактичній роботі - санації населення. Саме тому на наступному етапі дослідження нами здійснено аналіз роботи з планової санації дорослого населення м. Києва. За допомогою медико-статистичного методу проаналізовані звітні форми № 20 державної статистичної звітності МОЗ

України за 2006, 2009, 2013 рр. , зведені у розрізі окремих адміністративних територій, у т. ч. м. Києва, та в Україні у цілому. Програма дослідження передбачала аналіз наступних показників, одержаних на підставі статистичного узагальнення матеріалів таблиць звітної ф. № 20: кількість відвідувань до лікарів-стоматологів та зубних лікарів на 1 жителя; чисельність дорослих (18 років і старші), оглянутих у порядку планової санації; серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації (% до кількості оглянутих); питома вага санованих при плановій санації від кількості, що її потребують; питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед населення (%). Аналіз здійснено у динамічному (за 2006-2013 рр.) та територіальному аспектах. Показники у м. Києві порівняно із показниками у інших 26-ти адміністративних територіях України (регіонах), їх мінімальними та максимальними значеннями, а також із середніми показниками в Україні у цілому. Встановлено, що у 2013 році у стоматологічних закладах системи ДООЗ м. Києва було оглянуто в порядку планової санації 802111 осіб у віці 18 років і старше, або 34, 4% від дорослого населення столиці, а в Україні, відповідно, 20, 3%. Порівняно із 2006 роком, питома вага оглянутих у порядку планової санації скоротилась у м. Києві на 10, 4 %, в Україні – лише на 0, 8% (рис. 3.8).

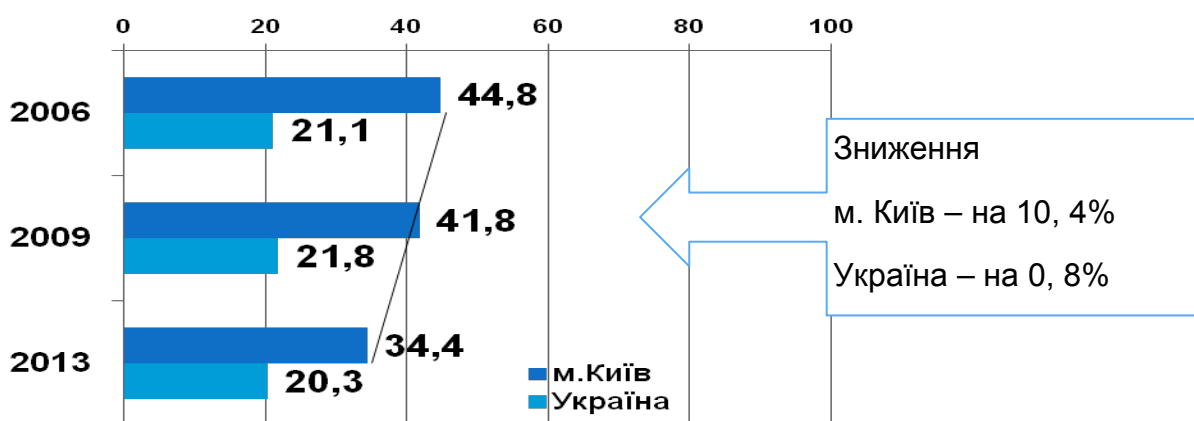


Рис. 3. 8. Динаміка питомої ваги дорослих оглянутих у порядку планової санації у м. Києві та в Україні (% до кількості дорослого населення)

Серед дорослих, оглянутих у порядку планової санації, потребували санації у столиці - 81, 3%, в Україні – 56, 2 % оглянутих (табл. 3.9).

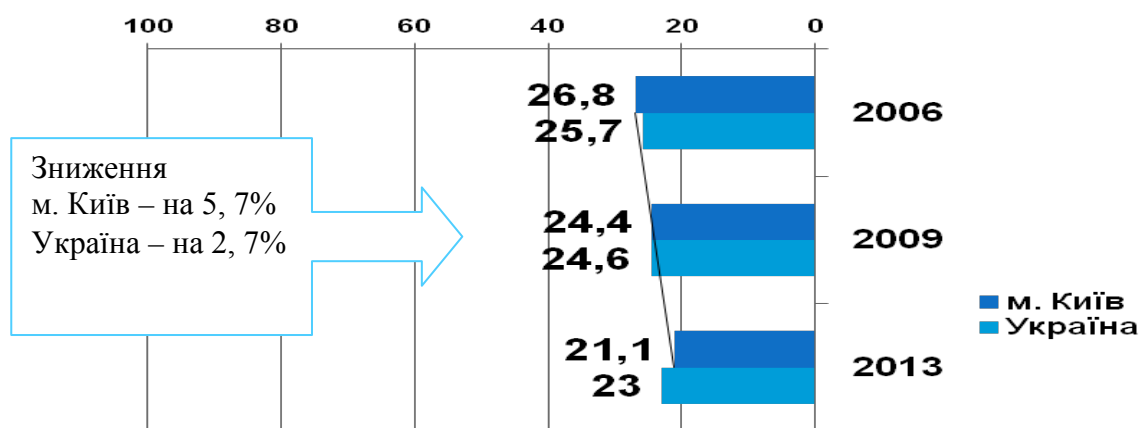
**Деякі показники стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у  
м. Києві та в Україні у 2006, 2009 та 2013 роках**

Роки	2006 р.	2009 р.	2013 р.	Абс. Приріст показників 2013/2006
Середня кількість відвідувань лікарів-стоматологів та зубних лікарів у розрахунку на 1-го дорослого жителя				
<b>м. Київ</b>	<b>2,2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>	<b>-1,4</b>
<b>Україна*</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>-0,1</b>
Мінімальне значення*	1	0,5	0,4	-0,6
Максимальне значення*	2,3	1,3	1,2	-1,1
Питома вага дорослих оглянутих у порядку планової санації (% до кількості дорослого населення)				
<b>м. Київ</b>	<b>44,8</b>	<b>41,8</b>	<b>34,4</b>	<b>-10,4</b>
<b>Україна</b>	<b>21,1</b>	<b>21,8</b>	<b>20,3</b>	<b>-0,8</b>
Мінімальне значення	7,6	7,2	6,2	-1,4
Максимальне значення	44,8	41,8	35,2	-9,6
Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації (% до кількості оглянутих дорослих)				
<b>м. Київ</b>	<b>61,9</b>	<b>61,7</b>	<b>81,3</b>	<b>19,4</b>
<b>Україна</b>	<b>56,1</b>	<b>56,3</b>	<b>56,2</b>	<b>0,1</b>
Мінімальне значення	31,1	32,3	28,1	-3
Максимальне значення	71,3	71,8	81,3	10
Питома вага санованих при плановій санації від кількості дорослих, що її потребують ( %)				
<b>м. Київ</b>	<b>70,3</b>	<b>71,6</b>	<b>75,4</b>	<b>5,1</b>
<b>Україна</b>	<b>77,3</b>	<b>76,7</b>	<b>77,7</b>	<b>0,4</b>
Мінімальне значення	65,9	63,1	59,7	-6,2
Максимальне значення	97	91,8	90,7	-6,3
Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення (%)				
<b>м. Київ</b>	<b>26,8</b>	<b>24,4</b>	<b>21,1</b>	<b>-5,7</b>
<b>Україна</b>	<b>25,7</b>	<b>24,6</b>	<b>23,0</b>	<b>-2,7</b>
Мінімальне значення	15,6	9,3	5,8	-9,8
Максимальне значення	48,4	36,6	36,1	-12,3

Примітка. 1. – \*серед значень показника у 27 регіонах України – АР Крим, 24 областей, м. Києва та м. Севастополя

Аналіз динаміки даного показника засвідчив його зростання у м. Києві на 19,4 % на тлі стабільного значення в Україні. Такі динамічні зрушення призвели до лідерства столиці за значенням вказаного показника у 2013 році, в той час як у 2006 році питома вага осіб, які потребували санації серед оглянутих дорослих не перевищувала значення у 75% регіонів України. Зазначена ситуація у м. Києві засвідчує недостатність планової роботи,

своєчасності та ефективності здійснюваних лікувально-оздоровчих заходів. У 2013 році у м. Києві питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 75, 4%, тобто чверть оглянутих (24, 6%), які потребували санації не були сановані. Даний показник у столиці був навіть нижчим, ніж в середньому в Україні (77,7%). Якщо ж оцінювати питому вагу санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення, то % таких осіб становив у 2013 році у м. Києві лише 21, 1% від дорослого населення столиці, в Україні – 23%, відповідно. Порівняно із 2006 роком значення даного показника скоротилось у столиці на 5, 7 %, в Україні - на 2, 7 % (рис. 3. 9).



**Рис. 3. 9. Динаміка питомої ваги санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення у м. Києві та в Україні (у %)**

Таким чином, мережа стоматологічних закладів системи ДОЗ м. Києва не забезпечує доросле населення достатніми обсягами профілактичної роботи, показники планової профілактичної роботи серед дорослого населення з кожним роком погіршуються, що обумовлює незадовільний стан стоматологічного здоров'я дорослого населення столиці України.

Існуючий стан стоматологічної допомоги населенню у територіальних стоматологічних закладах м. Києва у значній мірі залежить від рівня організації та управління їх діяльністю та обумовлений рядом чинників: - відсутністю сформованої адресної фінансової політики органів охорони здоров'я, яка б базувалась на договорах та гарантованому державою рівні безоплатної

стоматологічної допомоги; - відсутністю штатних нормативів забезпеченості населення лікарями стоматологічного профілю у відповідності до гарантованого рівня безоплатної стоматологічної допомоги; - недосконалою системою формування держзамовлень і розподілу фондів на обладнання, матеріали, інструменти, яка не враховує реальні потреби стоматологічної служби; - відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання лікарів-стоматологів та середнього медичного персоналу до підвищення якості та продуктивності праці. Крім статистичного аналізу стану мережі та виробничої діяльності муніципальних стоматологічних закладів у м. Києві та в Україні, нами здійснено аналіз розвитку муніципальної стоматологічної служби в Україні та виявлено основні проблеми, які заважали йому впродовж останніх десяти років (табл. 3. 10).

Таблиця 3. 10

**Основні проблеми у муніципальному секторі стоматологічної допомоги в Україні**

№ п/п	Назва проблем:
1	Відсутність у стоматологічного закладу можливості зміни організаційно-правової форми
2	Багатоканальна, складнокерована і контрольована система фінансування та дефіцит бюджетного фінансування
3	Відсутність у стоматологічного закладу мотивації до ефективного управління ресурсами і бізнес - планування діяльності
4	Збереження тарифної сітки при визначенні заробітної плати, що обумовлює низьку мотивацію до підвищення ефективності роботи
5	Недостатня матеріально-технічна база муніципальних стоматологічних закладів
6	Зниження доступності стоматологічної допомоги для населення
7	Недостатній середній рівень кваліфікації персоналу, відсутність економічної мотивації до підвищення кваліфікації
8	Слабка система післядипломної підготовки стоматологів
9	Незахищеність лікарів - відсутність страхування професійної відповідальності
10	Відсутність менеджерів - управлінців, готових до роботи у ринкових умовах

Отже: 1. Встановлено, що впродовж 2009-2013 рр. мережа стоматологічних закладів та відділень (кабінетів) системи ДООЗ м. Києва скоротилась на 63, 7%, а приватних стоматологічних закладів (кабінетів) зросла на 31, 7%. У той же час саме стоматологічні заклади системи ДООЗ м. Києва продовжують приймати левову частку стоматологічних пацієнтів (85%

відвідувань до лікарів - стоматологів припадає на даний тип стоматологічних закладів). Тенденції у динаміці мережі стоматологічних закладів та розподілі відвідувань за їх типом у столиці відповідають ситуації в Україні в цілому.

2. Показано, що кількість штатних посад лікарів-стоматологів у стоматологічних закладах та відділеннях (кабінетах) системи ДОЗ м. Києва залишається стабільною, а функція лікарської посади знижується, що обумовлює необхідність удосконалення управління кадровими ресурсами у державному секторі стоматології у столиці.

3. Аналіз динаміки обсягів надання стоматологічної допомоги населенню м. Києва засвідчив, що середня кількість відвідувань до лікарів-стоматологів, у розрахунку на одну дитину, скоротилась з 2, 2 у 2006 р. до 2, 0 у 2013р. , а у розрахунку на одного дорослого жителя столиці з 2, 2 до 0, 8 і становила 88, 9% від рівня показника в Україні (0, 9).

4. Доведено, що стоматологічні заклади системи ДОЗ м. Києва не забезпечують населення столиці достатніми обсягами профілактичної допомоги. Аналіз показників планових оглядів та планової санації ротової порожнини у дітей засвідчив тенденцію до згортання протягом 2006-2013 рр. обсягів профілактичної роботи серед дитячого населення столиці. Питома вага оглянутих у порядку планової санації серед дитячого населення скоротилась за цей період з 87, 4% до 82, 4 %; питома вага санованих при плановій санації скоротилася з 81, 6 до 69, 5 % (до кількості дітей, що її потребують); а санованих планово і за зверненнями - з 48, 7 до 38, 4% (до всього дитячого населення).

5. У 2013 р. було планово оглянуто лікарями-стоматологами третину (34, 4%) дорослих киян, а серед оглянутих - 81, 3% вимагали санації. Частка планово оглянутих, порівняно із 2006 р. скоротилась на 10, 4 % , а потреба у санації зросла на 19, 4 % . Впродовж 2006-2013 рр. питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 70, 3-75, 4%, тобто 19, 7 - 24, 6% оглянутих, які потребували санації, не були сановані. Частка планово санованих серед дорослого населення скоротилась, порівняно із 2006 р. , на

5, 7 % і у 2013 році становила 21, 1%, що свідчить про недостатнє охоплення населення профілактичною стоматологічною допомогою та є однією з причин незадовільного рівня стоматологічного здоров'я населення.

6. Аналіз стану стоматологічної допомоги, який виступає індикатором для визначення ресурсного покриття та оцінки економічної діяльності стосовно медико-економічних показників при здійсненні економічного аналізу та обґрунтуванні розвитку фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів, засвідчив, що планування виробничої діяльності мережі муніципальних стоматологічних закладів м. Києва не орієнтоване на визначення необхідного обсягу стоматологічних послуг із врахуванням потреб населення та економічної доцільності, а кадрова політика не орієнтована на ефективне використання штатних посад, що обумовлює необхідність запровадження планування виробничої діяльності муніципальних стоматологічних закладів на засадах стратегічного менеджменту.

7. Все перераховане вимагає організаційно - економічної перебудови системи муніципальної амбулаторно - поліклінічної стоматологічної допомоги населенню м. Києва.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. Савчук О. В. Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва / О. В. Савчук // Современная стоматология. -2011. № 2(56). - С. 156-158.
2. Савчук О. В. Оцінка кадрового потенціалу дитячої стоматологічної служби м. Києва/ О. В. Савчук, М. В Голубчиков //Україна. Здоров'я нації. – 2011. - №2 (18). - С. 113-115.
3. Савчук О. В. Аналіз рівня організації стоматологічної допомоги дитячому населенню міста Києва /О. В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2011. - Випуск 20, книга 1. - С. 595-602.
4. Голубчиков М. В. Аналіз обсягів стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва у 2006-2010 рр. / М. В. Голубчиков, О. В. Савчук, //Україна. Здоров'я нації . - 2011. - №3 (19) С. 43-45. [ Дисертант брав участь у аналізі обсягів стоматологічної допомоги, наданої дитячому населенню м. Києва ]
5. Савчук О. В. Аналіз стану стоматологічної допомоги в Україні . /О. В. Савчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. - №1(21). - С. 58-62.
6. Савчук О. В. Аналіз стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Києві / О. В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. - 2014. - №4 (32). - С. 49-52.
7. Савчук О. В Состояние здоровья управленческих кадров как критерий качества человеческих ресурсов в здравоохранении / О. В. Савчук, В. В. Горачук, Н. М. Орлова // Стоматологический журнал (республика Беларусь). - 2013. - Том XIV, №2. - С. 187-189.
8. Савчук О. В Стан мережі та кадрового забезпечення стоматологічної служби м. Києва / О. В. Савчук// Вісник стоматології. - 2016. - №1 (94). - С. 52-59.

## РОЗДІЛ 4

### ВИВЧЕННЯ ДУМКИ НАСЕЛЕННЯ, ЛІКАРІВ ТА КЕРІВНИКІВ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В МУНІЦИПАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Роль використання соціологічних методів дослідження та аналізу звернень пацієнтів при вирішенні різних завдань в охороні здоров'я дуже велика [191, 233, 303, 304]. Актуальність даного дослідження полягає у тому, що в умовах кризи, яку переживає державна медицина, та дефіциту фінансування муніципальних стоматологічних закладів потребують нагального вирішення правові, організаційні, управлінські та економічні питання, які дозволять збалансувати економічні стимули з етичними імперативами доступності та якості стоматологічної допомоги для основної маси населення. Проведення соціологічного дослідження мало конкретну практичну мету - отримати інформацію для розробки рекомендацій, підготовки та прийняття управлінських рішень. Результати соціологічного дослідження використані для обґрунтування, підтвердження вже наявних теоретичних знань.

Теоретична та емпірична інтерпретація результатів соціологічного дослідження дозволила вирішити три завдання:

- з'ясувати ті аспекти теоретичних понять, які використовуються у нашому дослідженні;
- провести аналіз практичних проблем на рівні теоретичного знання і тим самим забезпечити наукову базу для обґрунтування його результатів, висновків і рекомендацій;
- забезпечити вимір та реєстрацію.

Анкети для проведення соціологічного дослідження формувалися відповідно до мети і основних завдань дослідження та містили в собі пошук

відповіді на питання про шляхи і засоби вирішення проблеми дослідження та її попереднього аналізу.

Таким чином, основне значення соціологічного дослідження полягало в отриманні соціальної інформації про стан групової думки, інформації відображеної у свідомості опитуваних про стан стоматологічного обслуговування населення. Ця інформація відображена у формі висловлювань респондентів з приводу зафіксованих у вигляді питань дослідницьких завдань і категорій аналізу.

Анкетування - суб'єктивний кількісний метод дослідження, який полягає в опитуванні (анкетуванні) респондентів на основі спеціально розробленої анкети. Опитування є основним інструментом в одержанні інформації про робочий клімат у медичному закладі, відповідність очікувань пацієнтів реаліям, задоволеність пацієнтів рівнем послуг, ціною, професійними якостями лікарів, їх ставленням до пацієнтів і таке інше. Виявляючи слабкі місця у діяльності закладу, опитування дозволяє оцінити, спланувати і реалізувати необхідні зміни у процесах управління закладом. Крім того, опитування пацієнтів - могутній інструмент забезпечення зворотного зв'язку між пацієнтами і керівництвом медичного закладу [91].

Анкетування допомогло визначити подальші напрями розвитку стоматологічної допомоги населенню, що сприятиме задоволенню потреб пацієнтів у якісній стоматологічній допомозі.

Метою даного соціологічного дослідження було вивчення проблем муніципальних стоматологічних закладів м. Києва шляхом визначення ставлення населення, лікарів та керівників до організації стоматологічної допомоги населенню та оцінки можливостей підвищення якості послуг.

Дослідження проведене шляхом анкетування чотирьох різних груп респондентів за спеціально розробленими анкетами, охопило репрезентативну сукупність респондентів. Анкети заповнювалися анонімно. Показник повернення анкет склав 93-96%.

З метою отримання вірогідної інформації про організацію стоматологічної допомоги населенню було проведене анонімне соціологічне анкетування наступних груп респондентів:

- 809 пацієнтів, які звернулись до двох муніципальних та 486 пацієнтів, які звернулись до двох приватних стоматологічних закладів у м. Києві;
- 309 лікарів-стоматологів муніципальних медичних закладів м. Києва та 67 організаторів – керівників стоматологічних поліклінік та відділень у закладах охорони здоров'я комунальної власності м. Києва;
- 416 організаторів охорони здоров'я – керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України;
- 509 лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України.

#### **4. 1. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню м. Києва за матеріалами соціологічного опитування пацієнтів**

За спеціально розробленою програмою проведене анкетування пацієнтів, які звернулись до двох муніципальних (809 респондентів) та двох приватних стоматологічних закладів (486 респондентів) у м. Києві (Додаток А). Результати дослідження дозволили визначити статеву - віковий склад пацієнтів у муніципальних та приватних стоматологічних закладах, здійснити порівняльний аналіз їх розподілу за соціальним станом, причиною та частотою звернень до стоматолога, а також вивчити доступність стоматологічної допомоги та задоволеність нею на думку двох груп респондентів. Основні результати анкетування респондентів представлені у таблиці 4. 1.

За матеріалами анкетування встановлено, що серед пацієнтів (809) муніципальних стоматологічних закладів  $58, 1 \pm 1, 7\%$  становили жінки, а  $41, 9 \pm 1, 7\%$  - чоловіки. У приватних стоматологічних закладах -  $60, 3 \pm 2, 2\%$  та  $39, 7 \pm 2, 2\%$ , відповідно.

Таблиця 4. 1.

**Результати соціологічного опитування пацієнтів муніципальних та приватних стоматологічних закладів у м. Києві**

№ п/п	Запитання	Варіант відповіді	Результати опитування пацієнтів стоматологічних закладів:	
			муніципальних (n=809) P±m %	Приватних (n=486) P±m %
1	2	3	4	5
1	Ваша стать?	1. 1 – чоловіча	41, 9±1, 7	39, 7±2, 2
		1. 2 – жіноча	58, 1±1, 7	60, 3±2, 2
2	*Ваш вік?	2. 1.- 18 - 24 роки	21, 5±1, 4	29, 4±2, 1
		2. 2 – 25 - 39 років	33, 3±1, 7	37±2, 2
		2. 3 - 40-59 років	24, 7±1, 5	23, 1±1, 9
		2. 4 – 60 років і старше	20, 5±1, 4	10, 5±1, 4
3	*Ваша соціальна належність (де Ви працюєте)?	3. 1. - службовець у бюджетних та приватних установах	22, 0±1, 5	14, 6±1, 6
		3. 2 – робітники та ІТП	16, 1±1, 3	6, 2±1, 1
		3. 3 - працівник галузі обслуговування	29, 8±1, 6	31, 8±2, 1
		3. 4 – підприємець	2, 1±0, 5	40, 4±2, 2
		3. 5. – домогосподарка	5, 8±0, 8	5, 0±1, 0
		3. 5 – пенсіонер	21, 3±1, 4	2, 1±0, 7
		3. 6. – інвалід	3, 0±0, 6	-
4	*Що перешкоджає Вам своєчасно звернутися до стоматолога?	4. 1 – боязнь болю	18, 6±1, 4	9, 8±1, 3
		4. 2 – зайнятість по роботі	25, 3±1, 5	52, 7±2, 3
		4. 3. – матеріальне становище	56, 1±1, 7	3, 5±0, 8
		4. 4. – немає ніяких перешкод	-	34±2, 1
5	*Чи вважаєте Ви, що необхідно законодавчо визначити обсяг гарантованого державою рівня безоплатної стоматологічної допомоги?	5. 1 – так	98, 1±0, 5	80, 2±1, 8
		5. 2 – ні	1, 9±0, 5	19, 8±1, 8
6	*Скільки часу витратив лікар на Ваше лікування?	6. 1. - до 30 хвилин	66, 9±1, 7	6, 4±1, 1
		6. 2. - до 45 хвилин	33, 1±1, 7	21, 2±1, 9
		6. 3. - стільки, скільки було необхідно для завершення лікування	-	72, 4±2, 0
7	*Причина Вашого звернення до стоматологічног	7. 1 - пломбування зубів	46, 2±1, 8	40, 7±2, 2
		7.2. видалення зубів	21, 3±1, 4	11, 1±1, 4
		7. 3. реставрація або виготовлення протезу	20, 3±1, 4	17, 5±1, 7

	о кабінету?	7. 4 лікування хвороб пародонта	8, 1±1, 0	16, 4±1, 7
		7. 5 профілактичний огляд, консультація	4, 1±0, 7	14, 3±1, 6
8.	*Скільки часу Ви витратили на очікування прийому лікаря?	8. 1. від 20 до 40 хвилин	25, 7±1, 5	2, 5±0, 7
		8. 2. від 10 до 20 хвилин	52, 4±1, 8	7±1, 2
		8. 3. менше 10 хвилин	14, 3±1, 2	25, 9±2, 0
		8. 4. не очікував	7, 6±0, 9	64, 6±2, 2
9	*Чи задоволені Ви результатами лікування?	9. 1. так	45, 1±1, 7	78, 1±1, 9
		9. 2. ні	42, 5±1, 7	12, 7±1, 5
		9. 3. важко відповісти	12, 4±1, 2	9, 2±1, 3
10	*Чи влаштовує Вас оснащення закладу лікувальним і діагностичним устаткуванням, пломбувальним і матеріалами?	10. 1. так	47, 7±1, 8	90, 7±1, 3
		10. 2. ні	41, 8±1, 7	4, 3±0, 9
		10. 3 важко відповісти	10, 5±1, 1	5±1, 0
11	*Чи влаштовує Вас організація стоматологічної допомоги та рівень сервісу (естетичне оформлення приміщень, простота запису, відсутність черг, зручний час прийому)?	11. 1. так	28, 2±1, 6	86, 8±1, 5
		11. 2. ні	60±1, 7	12, 6±1, 5
		11. 3. важко відповісти	12±1, 1	0, 6±0, 4
12	*Чи доводилось Вам платити за стоматологічні послуги?	12. 1. так	89, 9±1, 1	100
		12. 2 ні	10, 1±1, 1	-
13	*Чи доводилось Вам використовуват и неформальні винагороди (подарунки, послуги, грощі і т. п.) для вирішення своїх стоматологічних проблем	13. 1. - так	48, 7±1, 8	12, 9±1, 5
		13. 2. – ні	18, 7±1, 4	70±2, 1
		13. 3 - важко відповісти	32, 6±1, 6	17, 1±1, 7
14	*Вкажіть розмір Вашої заробітної плати (пенсії)	14. 1. - 1000-1999 гривен	74, 5±1, 5	-
		14. 2. 2000-2999 гривен	19, 5±1, 4	4, 5±0, 9
		14. 3. 3000-4999 гривен	6, 0±0, 8	9, 5±1, 3
		14. 4. 5000 і більше гривен	-	86, 0±1, 6

## Продовження таблиці 4. 1.

Результати соціологічного опитування пацієнтів муніципальних та приватних стоматологічних закладів у м. Києві

15	*Як часто Ви відвідували стоматолога впродовж останніх трьох років	15. 1. рідше ніж 1 раз на рік	71, 3 $\pm$ 1, 6	14 $\pm$ 1, 6
		15. 2. 1-2 рази на рік	24 $\pm$ 1, 5	28 $\pm$ 2, 0
		15. 3. 3 і більше разів на рік	4, 7 $\pm$ 0, 7	58 $\pm$ 2, 2
16	*Чи відповідає рівень ціни на стоматологічні послуги якості послуг і обсягу допомоги, яка Вам надається?	16. 1. – так	18, 9 $\pm$ 1, 4	89, 2 $\pm$ 1, 4
		16. 2. – ні	62, 7 $\pm$ 1, 7	7, 1 $\pm$ 1, 2
		16. 3. – важко відповісти	18, 4 $\pm$ 1, 4	3, 7 $\pm$ 0, 9

Примітка: 1. – \* різниця у відповідях на дане запитання пацієнтів муніципальних та приватних стоматологічних закладах є статистично вагомою за критерієм Пірсона  $\chi^2$  ( $p < 0, 05$ ).

Віковий склад пацієнтів у муніципальних та приватних стоматологічних закладах мав суттєві відмінності ( $p < 0, 05$ ). Питома вага осіб у працездатному віці (18–59 років) серед пацієнтів (486) приватних закладів становила 89, 5 $\pm$ 1,4%, а старше працездатного (60 і більше) – 10, 5 $\pm$ 1, 4%. У муніципальних поліклініках, відповідно, 79, 5 $\pm$ 1, 4% та 20, 5 $\pm$ 1, 4%.

Важливо відзначити соціальний склад респондентів, які звернулися до стоматологічних закладів. Так, серед осіб які звернулися до муніципальних закладів найбільшу частку склали працівники галузі обслуговування (29, 8 $\pm$ 1, 6%), а до приватних – підприємці (40, 4 $\pm$ 2, 2%).

Як основну причину, яка перешкоджає зверненню до стоматолога, пацієнти приватних стоматологічних закладів вказали зайнятість на роботі (52, 7 $\pm$ 2, 3%), а пацієнти муніципальних закладів – обмежені матеріальні можливості (56, 1 $\pm$ 1, 7%). Виявлені соціально-демографічні особливості пацієнтів державних та приватних стоматологічних закладів співпадають з результатами досліджень інших авторів [4, 11, 15].

Аналіз матеріалів, представлених у таблиці 1., засвідчує, що найчастішою причиною звернення як до муніципальних, так і приватних закладів виявилась необхідність пломбування зубів ( $46,2 \pm 1,8\%$  та  $40,7 \pm 2,2\%$ , відповідно). З приводу видалення зубів звернулося 21,  $3 \pm 1,4\%$  пацієнтів до муніципальних та  $11,1 \pm 1,4\%$  до приватних закладів. Відповідно, для реставрації або виготовлення протезу -  $20,3 \pm 1,4\%$  та  $17,5 \pm 1,7\%$ ; лікування захворювань пародонта  $8,1 \pm 1,0\%$  та  $16,4 \pm 1,7\%$ ; профілактичного огляду та консультації  $4,1 \pm 0,7\%$  та  $14,3 \pm 1,6\%$  ( $p < 0,05$ ). Дані дослідження підтверджують, що лікарі - стоматологи муніципальних закладів обмежені нормативами часу на прийом одного хворого. Так,  $66,9 \pm 1,7\%$  респондентів, які лікувались у муніципальних стоматологічних закладах, констатували, що лікар витратив на їх прийом до 30 хвилин,  $33,1 \pm 1,7\%$  - до 45 хвилин. У приватних закладах -  $72,4 \pm 2,0\%$  пацієнтів відзначили, що лікар витрачає на пацієнта стільки часу, скільки необхідно для завершення лікування.

Результатами лікування у муніципальних закладах задоволені  $45,1 \pm 1,7\%$  респондентів, не задоволені  $42,5 \pm 1,7\%$ . У приватних закладах переважна більшість пацієнтів ( $78,1 \pm 1,9\%$ ) задоволена результатами лікування. Таким чином, у приватних закладах досягається вірогідно ( $p < 0,05$ ) вищий рівень соціальної ефективності стоматологічної допомоги.

На сьогодні населення все більше уваги звертає на рівень сервісу у медичному закладі, чуйне ставлення і охайний зовнішній вигляд персоналу, естетичне оформлення приміщень, простоту запису до лікаря, відсутність черг, зручні години прийому. За результатами анкетування, лише  $28,2 \pm 1,6\%$  респондентів у муніципальних закладах задоволені рівнем сервісу, в той час як у приватних -  $86,8 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,05$ ). Суттєво різняться витрати часу пацієнтів на очікування прийому лікаря-стоматолога у муніципальних та приватних структурах ( $p < 0,05$ ). Якщо у приватних закладах переважна більшість пацієнтів потрапила на прийом до лікаря одразу або очікувала його до 10 хвилин ( $90,5 \pm 1,3\%$ ), то у муніципальних поліклініках для  $52,4 \pm 1,8\%$  пацієнтів очікування тривало 10-20 хвилин, а  $25,7 \pm 1,5\%$  - 20-40 хвилин.

Фінансування муніципальних стоматологічних поліклінік, навіть у такому великому місті як Київ, є недостатнім, і тому за стоматологічну допомогу пацієнтам доводиться платити, що підтвердило  $89, 9 \pm 1, 1\%$  пацієнтів. На думку  $62, 7 \pm 1, 7\%$  респондентів у муніципальних закладах, та лише  $7, 1 \pm 1, 2\%$  у приватних ( $p < 0, 05$ ), рівень ціни на стоматологічні послуги не відповідає якості послуг і обсягу допомоги.  $48, 7 \pm 1, 8\%$  пацієнтів муніципальних стоматологічних закладів відмітили, що їм доводилось вдаватися до додаткових неформальних винагород (подарунки, послуги, гроші і т. п.) для вирішення своїх стоматологічних проблем. Таким чином, результати анкетування респондентів засвідчують, що номінально безоплатна стоматологічна медична допомога в Україні вже припинила своє існування. І в той же час важко стверджувати, що отримані від платних послуг кошти, використовуються для досягнення економічного ефекту для стоматологічного закладу та медичного ефекту для громадян. За необхідність законодавчого визначення обсягу гарантованого державою рівня безоплатної стоматологічної допомоги висловилися  $98, 1 \pm 0, 5\%$  пацієнтів у муніципальних і  $80, 2 \pm 1, 8\%$  у приватних закладах ( $p < 0, 05$ ). Через брак фінансування муніципальна стоматологія не забезпечена сучасним обладнанням і не може використовувати сучасні технології. Так,  $41, 8 \pm 1, 7\%$  пацієнтів муніципальних закладів не влаштовувало оснащення поліклініки лікувальним і діагностичним устаткуванням, пломбувальними матеріалами.

Результати проведеного соціологічного дослідження підтверджують наявність соціальної нерівності у доступності стоматологічної допомоги. Рівень добробуту безпосередньо впливає на кількість відвідувань до стоматолога. У населення з низьким рівнем доходів кількість відвідувань до стоматолога є нижчою, порівняно із більш заможними громадянами. Аналіз результатів анкетування засвідчив, що  $74,5 \pm 1,5\%$  респондентів, які зверталися до муніципальних стоматологічних закладів мали заробітну плату (пенсії) у розмірі 1000-2000 гривен. Серед пацієнтів приватних стоматологічних закладів  $86, 0 \pm 1, 6\%$  мали заробіток від 5000 гривен і більше

( $p < 0,05$ ). Пацієнти муніципальних та приватних стоматологічних закладів вірогідно ( $p < 0,05$ ) відрізнялися за кількістю відвідувань стоматолога впродовж року. Так, 71,  $3 \pm 1$ , 6% респондентів у муніципальних закладах відповіли, що вони відвідували стоматолога рідше ніж 1 раз на рік, 24  $\pm 1$ , 5% - 1-2 рази, і лише 4,  $7 \pm 0$ , 7% - 3 і більше разів на рік. Пацієнти приватних клінік відвідували стоматолога суттєво частіше: 58  $\pm 2$ , 2% - 3 і більше разів на рік, 28  $\pm 2$ , 0% - 1-2 рази і 14  $\pm 1$ , 6% - рідше, ніж 1 раз на рік.

Таким чином, за допомогою соціологічного дослідження здійснено порівняльний аналіз стану та проблем організації стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва у муніципальних та приватних стоматологічних закладах. Встановлено, що на попит пацієнтів на стоматологічні послуги впливає ціна, рівень доходу та платоспроможність населення, а також імідж медичного закладу (оснащення, кадри, технології, якість допомоги). Результати аналізу засвідчили, що існуюча система надання стоматологічної допомоги у муніципальних закладах не відповідає сучасним потребам населення, а також підтвердили необхідність законодавчого визначення гарантованого державою обсягу безоплатної стоматологічної допомоги для населення.

Аналіз результатів соціологічного дослідження пацієнтів муніципальних та приватних стоматологічних закладів дає підстави стверджувати, що існує необхідність наукового обґрунтування нової моделі оптимізації стоматологічної допомоги населенню великого міста. Соціально - орієнтована модель стоматологічної допомоги має бути багатофункціональною і бути спрямованою на задоволення потреб у стоматологічних послугах різних вікових та соціальних груп населення.

Задоволення потреби населення у доступній та якісній стоматологічній допомозі та поліпшення стану стоматологічного здоров'я населення мають бути пріоритетними напрямками внутрішньої політики держави. Результати соціологічного дослідження використані при обґрунтуванні оптимізованої моделі стоматологічної допомоги населенню великого міста, спрямованої на задоволення потреб різних вікових та соціальних груп населення.

#### **4. 2. Перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва, на думку керівників та лікарів цих закладів**

Соціологічне дослідження проведене у м. Києві у 2013 році за спеціально розробленою програмою опитування (анкетою), якою було передбачено збір інформації від лікарів-стоматологів та керівників стоматологічної служби для вивчення їх думки щодо існуючих проблем і можливостей удосконалення роботи муніципальних стоматологічних закладів. Анкета налічувала 11 запитань та 46 підпитань (Додаток Б). Соціологічне опитування здійснене шляхом анонімного анкетування двох якісно та кількісно репрезентативних вибірок, які налічували 309 лікарів-стоматологів муніципальних медичних закладів м. Києва та 67 організаторів – керівників стоматологічних поліклінік та відділень у лікувальних закладах комунальної власності м. Києва. Основні результати анкетування респондентів представлені таблицях 4. 2, 4. 3.

Аналіз статеві-вікового складу респондентів засвідчив, що серед лікарів у муніципальних стоматологічних закладах 68, 3% становили жінки, 31, 7% - чоловіки, а серед керівників стоматологічної служби - 79, 2% та 20, 8 %, відповідно ( $p < 0, 05$ ). Серед лікарів-стоматологів та організаторів охорони здоров'я переважали особи у віковій групі від 40 до 59 років - 63, 4% та 80, 4%, відповідно.

У результаті проведених соціологічних досліджень, які охопили лікарів-стоматологів та керівників стоматологічної служби, узагальнена думка двох груп респондентів щодо матеріально - технічного стану муніципальних стоматологічних закладів, існуючих перешкод для їх нормальної діяльності, перспективних, на думку опитаних, напрямків удосконалення організації роботи, адаптації медичних закладів до роботи в умовах ринкових відносин та бачення шляхів розвитку стоматології у нових соціально-економічних умовах (див. табл. 4.2, 4. 3).

Таблиця 4. 2.

**Результати соціологічного опитування лікарів-стоматологів та керівників стоматологічної служби у муніципальних закладах м. Києва.**

№ п/п	Запитання	Варіанти відповіді	Результати опитування	
			Лікарів (n=309) P±m (y %)	Керівників (n=47) P±m (y %)
1	Стать	1. 1 чоловіча	31, 7 ±2, 6	79, 2±5, 0*
		1. 2 жіноча	68, 3±2, 6	20, 8±5, 0
2.	Вік	2. 1 18-39 років	27, 2±2, 5	12, 1±4, 0*
		2. 2 40-49 років	33, 7±2, 7	34, 2±5, 8
		2. 3 50-59 років	29, 7±2, 6	46, 2±6, 1
		2. 4 60 і старше	9, 4±1, 7	7, 5±3, 2
3.	Матеріально - технічний стан стоматологічного закладу	3. 1 задовільний	31, 4±2, 6	35, 9±5, 9
		3. 2 незадовільний	68, 6±2, 6	64, 1±5, 9
4	Динаміка матеріально-технічного стану закладу за останні 3 роки	4. 1 покращився	12, 0±1, 8	18, 3±4, 7
		4. 2 не змінився	7, 1±1, 5	7, 6±3, 2
		4. 3 погіршився	80, 9±2, 2	74, 1±5, 4
5	Використання сучасних методів лікування	5. 1 так	30, 0±2, 6	39, 9±6, 0
		5. 2 ні (відсутність сучасної апаратури)	70, 0±2, 6	60, 1±6, 0
6	Необхідні зміни для удосконалення організації роботи стоматологічних закладів	6. 1 збереження та удосконалення існуючої системи	24, 0 ±2, 4	14, 1±4, 3
		6. 2 перехід до страхової медицини	18, 7±2, 2	27, 9±5, 5
		6. 3 поширення приватної практики	14, 2±2, 0	8, 5±3, 4
		6. 4 запровадження державно - приватного партнерства у стоматології	43, 1±2, 8	49, 5±6, 1
7.	Необхідність у запровадженні державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги	7. 1 існує	72, 5±2, 5	85, 6±4, 3*
		7. 2 ні	16, 7±2, 1	14, 4±4, 3
		7. 3. важко відповісти	10, 8±1, 8	-
8	Наявність систематичної інформації про нові методи організації та фінансування стоматологічних закладів з провідних наукових установ	8. 1 так	4, 3±1, 2	13, 2±4, 1*
		8. 2 ні	61, 5±2, 8	43, 5±6, 1
		8. 3 важко визначити	14, 5±2, 0	3, 3±2, 2

Примітка: 1 – \* Різниця у відповідях лікарів та керівників є статистично вагомою (p<0, 05)

Таблиця 4. 3.

**Основні проблеми та напрями удосконалення роботи стоматологічних закладів, на думку лікарів-стоматологів та керівників стоматологічної служби**

№ п/п	Питання та варіанти відповідей	Лікарі (n=309) P±m (y %)	Керівники (n= 47) P±m (y %)
1	Проблеми, які заважають роботі стоматологічних закладів		
	1. Недосконалість концепції розвитку стоматологічної допомоги в Україні	32, 5±2, 7	49, 5±6, 1*
	2. Відсутність прогресивної законодавчої бази	43, 1±2, 8	68, 6±5, 7*
	3. Недостатнє фінансування лікувальних закладів	93, 2±1, 4	94, 1±2, 9
	4. Недостатня господарська самостійність закладів	25, 6±2, 5	34, 5±5, 8
	5. Відсутність маркетингової (ринкової) стратегії в управлінні, неекономічна орієнтація організації закладів.	17, 5±2, 2	79, 2±5, 0*
	6. Відсутність економічної мотивації до підвищення кваліфікації мед. персоналу	71, 5±2, 6	70, 1±5, 6
	7. Низький рівень оплати праці	76, 1±2, 4	67, 2±5, 7
	8. Відсутність системи прийому на роботу медичних працівників за контрактом, у якому вказується розмір заробітної плати залежно від обсягу наданої медичної допомоги	80, 3±2, 3	79, 1±5, 0
	9. Відтік кваліфікованих кадрів із закладів	49, 8±2, 8	58, 2±6, 0*
	10. Недостатня підготовленість головних лікарів	47, 0±2, 8	65, 7±5, 8*
	11. Недостатня підготовленість лікарів	37, 9±2, 8	59, 8±6, 0*
	12. Низька платоспроможність населення	49, 3±2, 8	50, 0±6, 1
	13. Відсутність чіткості у визначенні гарантій безоплатної допомоги населенню	77, 9±2, 4	85, 6±4, 3
	14. Низький рівень клієнтського сервісу	48, 9±2, 8	62, 6±5, 9*
	15. Скорочення обсягу безоплатної медичної допомоги	77, 6±2, 4	86, 5±4, 2
2.	Господарська форма стоматологічних закладів оптимальна для економічних умов		
	1. Державна	44, 9±2, 8	40, 8±6, 0
	2. Приватна	11, 0±1, 8	7, 9±3, 3
	3. Державно-приватне партнерство	43, 7±2, 8	48, 3±6, 1
	4. Акціонерна	2, 5±0, 9	3, 0±2, 1
3.	Оптимізація надання стоматологічної допомоги у найближчі роки буде пов'язана з:		
	1. організаційно-функціональною перебудовою стоматологічної служби	40, 4±2, 8	40, 8±6, 0
	2. удосконаленням її фінансово-економічної діяльності	30, 3±2, 6	34, 2±5, 8
	3. запровадженням нових методів і технологій у лікувально-діагностичний процес	14, 8±2, 8	13, 2±4, 1
	4. удосконаленням кадрової політики	14, 5±2, 8	6, 7±3, 1

Примітка: 1. – \* Різниця у відповідях лікарів та керівників є статистично вагомою (p<0, 05)

Встановлено, що провідною проблемою у професійній діяльності лікарів-стоматологів є застаріла матеріально-технічна база закладів. Як незадовільний оцінили матеріально - технічний стан стоматологічного закладу 68,  $6 \pm 2$ , 6% лікарів і 64,  $1 \pm 5,9$ % керівників ( $p > 0,05$ ), а на його погіршення впродовж останніх трьох років вказало 80,  $9 \pm 2$ , 2% та 74,  $1 \pm 5,4$ % респондентів, відповідно ( $p > 0,05$ ). 70,  $0 \pm 2$ , 6% лікарів та 60,  $1 \pm 6,0$ % керівників ( $p > 0,05$ ) відзначили, що це не дозволяє використовувати сучасні методики лікування.

Аналіз результатів опитування респондентів щодо перспективних, на їх думку, напрямків удосконалення організації стоматологічної допомоги засвідчив, що 24,  $0 \pm 2,4$ % лікарів і 14,  $1 \pm 4$ , 3% керівників ( $p > 0,05$ ) висловилися за удосконалення існуючої системи надання стоматологічної допомоги; 18,  $7 \pm 2$ , 2% та 27,  $9 \pm 5,5$ % ( $p > 0,05$ ), відповідно, підтримали ідею переходу до страхової медицини, 14,  $2 \pm 2,0$ % та 8,  $5 \pm 3,4$ % ( $p > 0,05$ ) - поширення приватної практики. За запровадження державно-приватного партнерства у наданні стоматологічної допомоги висловилося 43,  $7 \pm 2,8$  % лікарів і 48,  $3 \pm 6$ , 1% керівників ( $p > 0,05$ ). Вважають за необхідне введення державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги 72,  $5 \pm 2$ , 5% лікарів та 85,  $6 \pm 4$ , 3% керівників ( $p < 0,05$ ). Слід відмітити, що відсутність систематичної інформованості щодо нових методів організації роботи стоматологічних закладів відмітили 61,  $5 \pm 2$ , 8% лікарів і 43,  $5 \pm 6$ , 1% керівників ( $p < 0,05$ ).

Основними перешкодами для нормальної діяльності стоматологічних закладів, на думку респондентів є: недостатнє фінансування стоматологічних закладів (93,  $2 \pm 1$ , 4% лікарів і 94,  $1 \pm 2$ , 9% керівників,  $p > 0,05$ ); скорочення обсягу безоплатної медичної допомоги (77,  $6 \pm 2$ , 4% і 86,  $5 \pm 4$ , 2%,  $p > 0,05$ , відповідно); відсутність системи прийому на роботу медичних працівників за контрактом, у якому вказується розмір заробітної плати в залежності від обсягу наданої медичної допомоги (80,  $3 \pm 2$ , 3% і 79,  $1 \pm 5$ , 0%,  $p > 0,05$ ); відсутність чіткості у визначенні гарантій безоплатної допомоги населенню

(77, 9±2, 4% і 85, 6±4, 3%,  $p>0, 05$ ); низький рівень оплати праці (76, 1±2, 4% і 67, 2±5, 7%,  $p>0, 05$ ); відсутність економічної мотивації до підвищення кваліфікації медичного персоналу (71, 5±2, 6% і 70, 1±5, 6%,  $p>0, 05$ ).

На думку 44, 9±2, 8 % лікарів і 40, 8±6, 0% керівників ( $p>0, 05$ ), необхідно зберегти державну форму стоматологічних закладів. Це пов'язано, у першу чергу, з великим соціальним значенням стоматологічної допомоги та з низькою платоспроможністю населення. У той же час, значна частина респондентів (43, 7±2, 8% лікарів і 48, 3±6, 1% керівників,  $p>0, 05$ ) вважає за необхідне запровадження приватно-державного партнерства у стоматології, що забезпечить сумісне державне і ринкове регулювання її економічної діяльності, оптимізацію нормативно-правової бази, більш чітке розмежування повноважень і зобов'язань між бізнесом та державою. На думку 40, 4±2, 8% лікарів та 40, 8±6, 0% керівників ( $p>0, 05$ ), оптимізація системи надання стоматологічної допомоги у найближчі роки буде пов'язана з організаційно-функціональною перебудовою, а також з удосконаленням фінансово-економічної діяльності стоматологічних закладів (30, 3±2, 6% та 34, 2±5, 8% опитаних, відповідно,  $p>0, 05$ ). Слід відмітити однотайність в оцінці переважної більшості проблем у діяльності муніципальних стоматологічних закладів та перспективних напрямів у їх розвитку лікарями-стоматологами та керівниками служби, що засвідчує відсутність вірогідної різниці у їх відповідях за критерієм Пірсона  $\chi^2$  ( $p>0, 05$ ).

Таким чином, аналіз матеріалів соціологічного дослідження дозволив узагальнити думку лікарів-стоматологів та керівників стоматологічної служби щодо сучасних проблем та напрямів розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва. Переважна більшість лікарів і керівників стоматологічних закладів вважають, що основною проблемою організації стоматологічної допомоги населенню столиці є недостатнє її фінансування. Даною причиною обумовлений незадовільний стан матеріально-технічного оснащення закладів, низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації у медичного персоналу до підвищення кваліфікації.

Для оптимізації стоматологічної служби, на думку респондентів, необхідно здійснити її організаційно-функціональну перебудову. Лікарі та керівники стоматологічних закладів підтримали ідею запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги та формування нового господарського механізму у стоматологічних закладах, у вигляді державно-приватного партнерства, для забезпечення підвищення доступності та зростання соціальної та економічної ефективності стоматологічної допомоги. Результати соціологічного дослідження використані при обґрунтуванні моделі оптимізації муніципальної стоматологічної допомоги населенню великого міста.

#### **4. 3. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги у муніципальних закладах за матеріалами соціологічного опитування керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України**

За спеціально розробленою програмою нами проведене соціологічне дослідження, яке охопило репрезентативну вибірку, яка налічувала 416 організаторів охорони здоров'я – керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України. Програма дослідження передбачала збір інформації від керівників стоматологічної служби для вивчення їх думки щодо існуючих проблем і можливостей удосконалення роботи муніципальних стоматологічних закладів.

Дослідження дозволило отримати інформацію від керівників стоматологічних закладів, які мають практичний досвід роботи і можуть виступати експертами з оцінки сучасного стану та напрямів розвитку стоматологічної допомоги населенню. Соціологічне дослідження проведене шляхом анонімного анкетування за спеціально розробленою анкетною, яка містила - 20 запитань (Додаток В).

Результати дослідження дозволили отримати характеристики керівників стоматологічної служби у державному секторі охорони здоров'я (табл. 4. 4).

Таблиця 4. 4.

**Результати соціологічного опитування керівників державних  
стоматологічних закладів України**

№ п/п	Запитання	Варіанти відповіді	Результати опитування (n=416) P±m %
1	2	3	4
1	Стать	1. 1. чоловіча	69, 5±2, 3
		1. 2. жіноча	30, 5±2, 3
2	Вік	2. 1. до 30 років	14, 9±1, 7
		2. 2. 30-50 років	55, 5±2, 4
		2. 3. 50 років і старше	29, 6±2, 2
3	Стаж роботи керівником	3. 1. до 5 років	19, 5±1, 9
		3. 2. 5-15 років	53, 6±2, 4
		3. 3. понад 15 років	26, 9±2, 2
4	Ви керівник:	4. 1. стомат. поліклініки	23, 8±2, 1
		4. 2. стомат. відділення	76, 2±2, 1
5	Чи були Ви у резерві на дану керівну посаду?	5. 1. так	31, 5±2, 3
		5. 4. ні	68, 5±2, 3
6	Чи маєте Ви сертифікат лікаря-спеціаліста за фахом «Організація і управління охороною здоров'я»?	6. 1. - так	62, 5±2, 4
		6. 2 – ні	37, 3±2, 4
7	Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», вкажіть яку?	7. 1. вища	45, 2±2, 4
		7. 2. перша	19, 5±1, 9
		7. 3. друга	3, 6±0, 9
		7. 4. не маю категорії	31, 7±2, 3
8.	Чи задовольняє Вас Ваша заробітна плата?	8. 1. - так	49, 0±2, 5
		8. 2 – ні	51, 0±2, 5
9	Чи залежить розмір Вашої заробітної плати від якості управління (показників функціонування закладу) ?	9. 1. - так	18, 5±1, 9
		9. 2 – ні	81, 5±1, 9
10	Чи задовольняє Вас існуюча система оплати праці медичних працівників?	10. 1. - так	32, 0±2, 3
		10. 2 – ні	68, 0±2, 3
11	Чи впливає бюджетне недофінансування стоматологічної служби на якість стоматологічної допомоги?	11. 1. - так	89, 9±1, 5
		11. 2 – ні	10, 1±1, 5
12	Як Ви оцінюєте матеріально-технічну базу Вашого закладу?	12. 1. задовільна	45, 4±2, 4
		12. 2. незадовільна	54, 6±2, 4
13	Чи існує відповідна законодавча база для роботи Вашого закладу у нових економічних умовах?	13. 1. - так	33, 0±2, 3
		13. 2 – ні	67, 0±2, 3

**Результати соціологічного опитування керівників державних  
стоматологічних закладів України**

1	2	3	4
14	Чи адаптований Ваш заклад до роботи у ринкових умовах?	14. 1. - так	33, 9±2, 3
		14. 2 – ні	66, 1±2, 3
15	Як Ви оцінюєте існуючу систему фінансування стоматологічних закладів ?	15. 1. задовільна	9, 9±1, 5
		15. 2. незадовільна	90, 1±1, 5
16	Як Ви вважаєте, чи є доцільними наступні організаційні зміни у роботі стоматологічних закладів?	16. 1. Розширення юридичних і господарських прав для закладів	80, 3±2, 0
		16. 2. - Розробка і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги.	61, 5±2, 4
		16. 3. - Перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати обсягів медичної допомоги за договорами	69, 2±2, 3
		16. 4. - Прийом на роботу медичних працівників за контрактом, у якому вказується розмір заробітної плати в залежності від обсягу наданих послуг	51, 9±2, 4
		16. 5 – Трансформація частини державних стоматологічних закладів у заклади із залученням приватного капіталу (із державно – приватним партнерством)	70, 4±2, 2
17	Чи здійснюєте Ви аналіз економіч-ної ефективності свого закладу?	17. 1. - так	10, 1±1, 5
		17. 2 – ні	89, 9±1, 5
18	Чи розробляєте Ви стратегічні плани управління закладом (на 5 років)	18. 1. - так	13, 2±1, 7
		18. 2 – ні	86, 8±1, 7
19.	Чи задоволені Ви взаємодією системи охорони здоров'я та органів виконавчої влади у Вашому регіоні?	19. 1. - так	47, 8±2, 4
		19. 2 – ні	52, 2±2, 4
20	Як Ви оцінюєте існуючу систему підготовки лікарів стоматологів, їх методичне та інформаційне забезпечення?	20. 1. задовільна	19, 0±1, 9
		20. 2. незадовільна	81, 0±1, 9

Так, статево-віковий склад респондентів був наступним, чоловіки становили 69, 5±2,3%, жінки - 30, 5±2, 3%; керівники у віці до 30 років - 14, 9±1,7 %, 30-50 років - 55, 5±2,4%, 50 років і старше - 29,6±2, 2%. За стажем роботи на керівній посаді респонденти розподілились наступним чином: - до 5 років - 19, 5±1, 9%, 5-15 років - 53, 6±2, 4%, більше 15 років - 26, 9±2, 2%.

До зарахування на посаду керівника 68,  $5 \pm 2$ , 3% респондентів не були у резерві на дану посаду.

Сертифікат лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» мали 62,  $5 \pm 2$ , 4% опитаних. Кваліфікаційна категорія за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» була присвоєна 68,  $3 \pm 2$ , 3% керівникам стоматологічної служби, у т. ч. вища - 45,  $2 \pm 2$ , 4%, перша - 19,  $5 \pm 1$ , 9%, друга - 3,  $6 \pm 0$ , 9%.

Результати проведеного анкетування засвідчили, що існуюча система оплати праці медичних працівників не задовольняє - 68,  $0 \pm 2$ , 3% респондентів. 51,  $0 \pm 2$ , 5% керівників стоматологічних закладів не задоволені розміром своєї заробітної плати, а 81,  $5 \pm 1$ , 9% вказали, що її розмір не залежить від якості управління.

Як задовільну оцінили матеріально-технічну базу свого закладу менше половини респондентів (45,  $4 \pm 2$ , 4%). 67,  $0 \pm 2$ , 3% респондентів вказали на відсутність відповідної законодавчої бази для роботи закладу у нових економічних умовах. 66,  $1 \pm 2$ , 3% керівників вважають, що їх заклад не адаптований до роботи у ринкових умовах, а 90,  $1 \pm 1$ , 5% оцінюють існуючу систему фінансування стоматологічних закладів як незадовільну. 89,  $9 \pm 1$ , 5% респондентів вважають, що бюджетне недофінансування стоматологічної служби негативно позначається на якості стоматологічної допомоги.

Для оптимізації роботи стоматологічних закладів 80,  $3 \pm 2$ , 0% респондентів вважають за необхідне розширення їх юридичних і господарських прав; 70,  $4 \pm 2$ , 2% - трансформацію частини державних стоматологічних закладів у таку господарсько-правову форму, яка дозволяє залучення приватного капіталу (державно - приватне партнерство); 69,  $2 \pm 2$ , 3% - підтримали перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати наданих за договорами обсягів стоматологічної допомоги; 61,  $5 \pm 2$ , 4% - розробку і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги; а 51,  $9 \pm 2$ , 4% - пропонують запровадити прийом на роботу медичних працівників за

контрактом, у якому передбачена диференціація розміру заробітної плати в залежності від обсягу наданих послуг.

Слід відмітити, що переважна більшість організаторів (89, 9±1, 5%) визнала себе не підготовленою для керівництва закладом у нових економічних умовах. 86, 8±1, 7% опитаних не розробляють стратегічних планів управління закладом. 81, 0±1, 9% респондентів оцінюють існуючу систему підготовки лікарів-стоматологів та їх методичне й інформаційне забезпечення як незадовільні. Менше половини керівників (47, 8±2, 4%) задоволені взаємодією з територіальними органами виконавчої влади.

Таким чином, результати дослідження дозволили встановити, що державний сектор стоматології на сьогодні є економічно неефективним, а також констатувати, що існуюча система організації та оплати праці в ньому себе практично вичерпала. Умови праці стоматологів та матеріально-технічне забезпечення стоматологічних закладів впродовж останніх років погіршились. Так, матеріально-технічну базу свого закладу оцінили як задовільну лише 45, 4±2, 4% керівників стоматологічної служби. 67, 0±2, 3% респондентів вказали на відсутність відповідної законодавчої бази для роботи закладу у нових економічних умовах. 66, 1±2, 3% керівників вважають, що їх заклад не адаптований до роботи у ринкових умовах, а 90, 1±1, 5% оцінюють існуючу систему фінансування стоматологічних закладів як незадовільну. Все перераховане негативно відбивається на якості стоматологічної допомоги.

Найбільш актуальними кроками, спрямованими на оптимізацію існуючої державної системи стоматологічних закладів - 80, 3±2, 0% респондентів вважають розширення юридичних і господарських прав закладів, 70, 4±2, 2% - трансформацію частини державних стоматологічних закладів у заклади із залученням приватного капіталу (із державно – приватним партнерством), 69, 2±2, 3% - перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати наданих за договорами обсягів стоматологічної допомоги.

#### **4. 4. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги у муніципальних закладах за матеріалами соціологічного опитування лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України**

За спеціально розробленою програмою проведене соціологічне дослідження, яке охопило репрезентативну вибірку, яка налічувала 509 лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України. Програма дослідження передбачала збір інформації від лікарів для вивчення їх думки щодо існуючих проблем і можливостей удосконалення роботи муніципальних стоматологічних закладів. Соціологічне дослідження проведене шляхом анонімного анкетування за спеціально розробленою анкетною, яка містила - 26 запитань та 68 підпитань (Додаток Г).

Соціальний ефект діяльності муніципальних стоматологічних закладів оцінювався на підставі узагальнення результатів соціологічного опитування лікарів-стоматологів, які представляли дані заклади.

Аналіз статево-вікового складу респондентів засвідчив, що серед лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних закладів жінки становили 66, 6 $\pm$ 2, 1%, чоловіки - 33, 4 $\pm$ 2, 1%; особи у віці до 35 років - 50, 1 $\pm$ 2, 2%, 35-50 років - 13, 9 $\pm$ 1, 5%, 51 років і старше - 36, 0 $\pm$ 2, 1%. За стажем роботи на посаді респонденти розподілились наступним чином: до 5 років - 21, 8 $\pm$ 1, 8%, 5-15 років - 36, 3 $\pm$ 2, 1%, більше 15 років - 41, 8 $\pm$ 2, 2%. Кваліфікаційну категорію за однією із стоматологічних спеціальностей мали 76, 4% респондентів, у т. ч. вищу - 18, 0 $\pm$ 1, 7%, першу – 29, 9 $\pm$ 2, 0%, другу - 28, 5 $\pm$ 2, 0%. За двома спеціальностями - 16, 5 $\pm$ 1, 6%, за трьома спеціальностями - 9, 6 $\pm$ 1, 3%. Тільки 34, 8 $\pm$ 2, 1% опитаних вважають, що заклад, у якому вони працюють, укомплектовано лікарями з необхідним рівнем кваліфікації (табл. 4. 5).

**Результати соціологічного опитування лікарів - стоматологів  
муніципальних стоматологічних закладів України**

№ п/п	Запитання	Варіанти відповіді	Результати опитування (n=509) P±m (%)
1	2	3	4
1.	Ваша стать	1. 1. чоловіча	33, 4±2, 1
		1. 2. жіноча	66, 6±2, 1
2.	Ваш вік	2. 1. до 35 років	50, 1±2, 2
		2. 2. 36-50 років	13, 9±1, 5
		2. 3. 51 рік і старше	36, 0±2, 1
3.	Ваш стаж роботи стоматологом	3. 1. до 5 років	21, 8±1, 8
		3. 2. 5-15 років	36, 3±2, 1
		3. 3. більше 15 років	41, 8±2, 2
4.	Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію за однією з вказаних спеціальностей «Стоматолог, ортопед, терапевт, хірург», підкресліть яку?	4. 1. вища	18, 1±1, 7
		4. 2. перша	29, 9±2, 0
		4. 3. друга	28, 5±2, 0
		4. 4. не має категорії	23, 6±1, 9
5.	Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію?	5. 1 – за двома спеціальностями	16, 5±1, 6
		5. 2 – за трьома спеціальностями	9, 6±1, 3
6.	Чи укомплектований Ваш заклад лікарями необхідного рівня кваліфікації?	6. 1. так	34, 8±2, 1
		6. 2. ні	30, 6±2, 0
		6. 3. складно відповісти	34, 6±2, 1
7.	Чи проводиться у Вашому закладі підготовка лікарів з питань економіки охорони здоров'я?	7. 1. так	13, 0±1, 5
		7. 2. ні	87, 0±1, 5
8.	Як Ви оцінюєте існуючу систему фінансування стоматологічних закладів?	8. 1 – задовільна	23, 2±1, 9
		8. 2 – незадовільна	76, 8±1, 9
9.	Як ви оцінюєте матеріально-технічну базу Вашого закладу?	9. 1 – задовільна	31, 2±2, 1
		9. 2 – незадовільна	68, 8±2, 1
10.	Динаміка матеріально-технічного стану Вашого закладу за останні 3 роки	10. 1 покращився	13, 6±1, 5
		10. 2 не змінився	23, 8±1, 9
		10. 3 погіршився	62, 7±2, 1
11.	Чи існує відповідна законодавча база для роботи Вашого закладу у нових економічних умовах?	11. 1. так	24, 0±1, 9
		11. 2. ні	67, 0±2, 1
		11. 3. складно відповісти	9, 0±1, 3
12.	Чи адаптований Ваш заклад до роботи у ринкових умовах?	12. 1 так	11, 4±1, 4
		12. 2. ні	88, 6±1, 4
13.	Чи здійснюється аналіз економічної ефективності діяльності Вашого закладу?	13. 1. так	23, 6±1, 9
		13. 2. ні	76, 4±1, 9

**Результати соціологічного опитування лікарів - стоматологів  
муніципальних стоматологічних закладів України**

1	2	3	4
14.	Чи розробляються у Вашому закладі стратегічні плани управління та планування роботи закладу	14. 1 так	14, 9±1, 6
		14. 2 ні	65, 0±2, 1
		14. 3. складно відповісти	20, 0±1, 8
15.	Чи задовольняє Вас існуюча система оплати праці медичних працівників?	15. 1. так	8, 1±1, 2
		15. 2. ні	91, 9±1, 2
16.	Чи задовольняє Вас система мотивації мед. персоналу у Вашому закладі	16. 1 так	17, 1±1, 7
		16. 2. ні	82, 9±1, 7
17.	Чи отримуєте Ви з наукових установ методичне та інформаційне забезпечення	17. 1 так	9, 8±1, 3
		17. 2. ні	90, 2±1, 3
18.	Чи здійснюється у Вашому закладі аналіз потреб пацієнтів	18. 1 так	15, 9±1, 6
		18. 2 ні	65, 4±2, 1
		18. 3. складно відповісти	18, 7±1, 7
19.	Чи задовольняє Вас існуючий рівень клієнтського сервісу у Вашому закладі	19. 1 так	48, 3±2, 2
		19. 2 ні	51, 7±2, 2
20.	Чи існують «маршрути» руху пацієнтів у Вашому закладі	20. 3. так	39, 9±2, 2
		20. 4 ні	60, 1±2, 2
21.	Чи проводиться у Вашому закладі системна робота з міжнародного партнерства	21. 1. так	4, 7±0, 9
		21. 2. ні	95, 3±0, 9
22.	Чи надається Вам можливість підвищення кваліфікації раз на 5 років	22. 1. так	71, 1±2, 0
		22. 2. ні	28, 9±2, 0
23.	Чи задовольняють Вас програми циклів тематичного удосконалення у системі післядипломної освіти?	23. 1. так	62, 9±2, 1
		23. 2. ні	27, 5±2, 0
		23. 3. складно відповісти	9, 6±1, 3
24.	Чи є, на Вашу думку, необхідність запровадження у систему охорони здоров'я обов'язкового медичного страхування.	24. 1. так	92, 1±1, 2
		24. 2. ні	7, 9±1, 2

До основних проблем, які заважають задовільній роботі муніципальних стоматологічних закладів, 76, 8±1, 9% респондентів віднесли незадовільну систему фінансування, 68,8±2, 1% - застарілу матеріально - технічну базу, 62, 7±2, 1% - негативну динаміку матеріально-технічного стану закладу впродовж останніх 3-х років, 91, 9±1, 2% - низький рівень оплати праці персоналу, 82, 9±1, 7% - відсутність стимулів до поліпшення якості роботи.

Результати дослідження дозволили також узагальнити думку лікарів-стоматологів щодо готовності муніципальних стоматологічних закладів до роботи у нових економічних умовах України. 67,0±2,1% респондентів відмітили відсутність відповідної законодавчій бази, а 88, 6±1, 4 % -

неадаптованість муніципальних стоматологічних закладів до роботи у ринкових умовах.

На думку більшості опитаних лікарів-стоматологів, у муніципальних стоматологічних закладах не розробляються стратегічні плани роботи закладу ( $65, 0 \pm 2, 1\%$ ); не здійснюється аналіз економічної ефективності діяльності закладу ( $76, 4 \pm 1, 9\%$ ); не проводиться аналіз потреб пацієнтів ( $65, 4 \pm 2, 1\%$ ); не складаються «маршрути» руху пацієнтів у закладі ( $60, 1 \pm 2, 2\%$ ); незадовільним є рівень клієнтського сервісу ( $51,7 \pm 2, 2\%$ ).

Проведене соціологічне дослідження надало можливість дати характеристику роботі з кадрами, яка здійснюється у муніципальних стоматологічних закладах.  $90, 2 \pm 1, 3\%$  респондентів вважають, що стоматологічні заклади не отримують належного методичного та інформаційного забезпечення з наукових та навчальних установ;  $87, 0 \pm 1, 5\%$  - відмітили відсутність підготовки лікарів з питань економіки в галузі охорони здоров'я.  $71, 1 \pm 2, 0\%$  лікарів мали можливість підвищити кваліфікацію раз на 5 років, але лише  $62, 9 \pm 2, 1\%$  задоволені навчальними програмами циклів тематичного удосконалення у системі післядипломної освіти.

Для удосконалення роботи стоматологічних муніципальних закладів, на думку респондентів, доцільно провести ряд організаційних змін, представлених у таблиці 4. 6. Таким чином, результати проведеного соціологічного опитування лікарів-стоматологів дозволили отримати інформацію, яка відображає стан організації та основні шляхи розвитку стоматологічної допомоги населенню у муніципальному секторі охорони здоров'я (див. табл. 4. 6). На думку більшості лікарів-стоматологів, основними проблемами організації муніципальної стоматологічної служби є недостатнє її фінансування, незадовільний стан матеріально - технічного оснащення закладів, низький рівень оплати праці, відсутність економічної мотивації у медичного персоналу до підвищення кваліфікації, відсутність законодавчої бази для розвитку стоматологічних закладів у нових економічних умовах України.

Таблиця 4. 6.

**Організаційні зміни, необхідні для удосконалення роботи  
стоматологічних муніципальних закладів, на думку лікарів-стоматологів**

№ п/п	Назва організаційних змін	P±m% (n=509), P±m (%)
1.	Розширення юридичних і господарських прав для закладів охорони здоров'я	65, 6±2, 1
2.	Розробка і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги	72, 5±2, 0
3.	Перехід від принципу фінансування за нормативами до фінансування за результатами	62, 7±2, 1
4.	Застосування прогресивних технологій оплати праці з доплатою за обсяг і якість роботи	68, 8±2, 1
5.	Прийом на роботу медичних працівників за контрактом	66, 6±2, 1
6.	Зміна організаційно-правових форм стоматологічних муніципальних закладів (на заклади з державно-приватним партнерством)	68, 8±2, 1
7.	Підвищення рівня післядипломної підготовки лікарів та впровадження системи міжнародного партнерства	65, 2±2, 1
8.	Оснащення муніципальних стоматологічних закладів сучасним медичним обладнанням	69, 9±2, 0

Для оптимізації муніципальної стоматологічної служби респонденти пропонують здійснити її організаційно - функціональну перебудову, розробити на державному рівні стандарти безоплатної стоматологічної допомоги, приймати персонал на роботу за контрактом, запровадити технологію оплати праці медичного персоналу, яка враховує обсяг і якість роботи.

Отже: 1. З метою отримання медико-соціологічної інформації про стан стоматологічної допомоги населенню та організацію роботи муніципальних стоматологічних закладів проведене анонімне анкетування 4-х репрезентативних вибірок респондентів:

- 809 пацієнтів, які звернулись до двох муніципальних, та 486 пацієнтів, які звернулись до двох приватних стоматологічних закладів у м. Києві;

- 309 лікарів-стоматологів муніципальних медичних закладів м. Києва та 67 організаторів – керівників стоматологічних поліклінік та відділень у закладах охорони здоров'я комунальної власності м. Києва;

- 416 організаторів охорони здоров'я – керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України;
- 509 лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України.

На підставі обробки та аналізу матеріалів соціологічного опитування чотирьох зрізів респондентів отримані результати, які мають функцію маркетингових досліджень, і є тією інформацією, яка необхідна для планування діяльності муніципальної стоматологічної служби та прийняття управлінських рішень, спрямованих на її удосконалення.

2. Результати анкетування пацієнтів, які звернулись до двох муніципальних (809 респондентів) та двох приватних стоматологічних закладів (486 респондентів) у м. Києві, дозволили визначити статеву - віковий склад пацієнтів у муніципальних та приватних стоматологічних закладах, здійснити порівняльний аналіз їх розподілу за соціальним станом, причиною та частотою звернень до стоматолога, а також вивчити доступність стоматологічної допомоги та задоволеність нею на думку двох груп респондентів. Аналіз результатів анкетування засвідчив, що 74, 5 $\pm$ 1, 5% респондентів, які зверталися до муніципальних стоматологічних закладів мали заробітну плату (пенсії) у розмірі 1000-2000 гривен. Серед пацієнтів приватних стоматологічних закладів 86, 0 $\pm$ 1, 6% мали заробіток від 5000 гривен і більше.

Результатами лікування у муніципальних закладах задоволені 45, 1 $\pm$ 1, 7% респондентів, а у приватних більшість пацієнтів (78, 1 $\pm$ 1, 9%). Таким чином, у приватних закладах досягається вірогідно ( $p < 0, 05$ ) вищий рівень соціальної ефективності стоматологічної допомоги. Через брак фінансування муніципальна стоматологія не забезпечена сучасним обладнанням і не може використовувати сучасні технології. Так, 41, 8 $\pm$ 1, 7% пацієнтів муніципальних закладів не влаштовувало оснащення лікувальним і діагностичним устаткуванням, пломбувальними матеріалами. Лише 28, 2 $\pm$ 1, 6% респондентів у муніципальних закладах задоволені рівнем сервісу, в той час як у приватних -

86,  $8 \pm 1$ , 5% ( $p < 0, 05$ ). На думку 62,  $7 \pm 1$ , 7% респондентів у муніципальних закладах, та лише 7,  $1 \pm 1$ , 2% у приватних ( $p < 0, 05$ ), рівень ціни на стоматологічні послуги не відповідає якості послуг і обсягу допомоги.

За стоматологічну допомогу пацієнтам муніципальних стоматологічних поліклінік доводиться платити, що підтвердило 89,  $9 \pm 1$ , 1% пацієнтів. Таким чином, результати анкетування респондентів засвідчують, що номінально безоплатна стоматологічна медична допомога в Україні вже припинила своє існування. Встановлено, що на попит пацієнтів на стоматологічні послуги впливає ціна, рівень доходу та платоспроможність населення, а також імідж медичного закладу (оснащення, кадри, технології, якість допомоги). За необхідність законодавчого визначення обсягу гарантованого державою рівня безоплатної стоматологічної допомоги висловилися 98,  $1 \pm 0$ , 5% пацієнтів у муніципальних і 80,  $2 \pm 1$ , 8% у приватних закладах ( $p < 0, 05$ ).

3. Аналіз результатів опитування 309 лікарів-стоматологів муніципальних медичних закладів м. Києва та 67 організаторів – керівників стоматологічних поліклінік та відділень у лікувальних закладах м. Києва засвідчив, що основною проблемою організації стоматологічної допомоги населенню столиці є недостатнє її фінансування. Даною причиною обумовлений незадовільний стан матеріально-технічного оснащення закладів, низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації у медичного персоналу до підвищення кваліфікації. Для оптимізації стоматологічної служби, на думку респондентів, необхідно здійснити її організаційно-функціональну перебудову.

За матеріалами анкетування встановлено, що провідною проблемою у професійній діяльності лікарів-стоматологів є застаріла матеріально-технічна база закладів. Як незадовільний оцінили матеріально - технічний стан стоматологічного закладу 68,  $6 \pm 2$ , 6% лікарів і 64,  $1 \pm 5$ , 9% керівників, а на його погіршення впродовж останніх трьох років вказало 80,  $9 \pm 2$ , 2% та 74,  $1 \pm 5$ , 4% респондентів, відповідно. 70,  $0 \pm 2$ , 6% лікарів та 60,  $1 \pm 6$ , 0% керівників відзначили, що це не дозволяє використовувати сучасні методики лікування.

Основними перешкодами для нормальної діяльності стоматологічних закладів, на думку респондентів, є: недостатнє фінансування стоматологічних закладів (93,  $2 \pm 1$ , 4% лікарів і 94,  $1 \pm 2$ , 9% керівників); скорочення обсягу безоплатної медичної допомоги (77,  $6 \pm 2$ , 4% і 86,  $5 \pm 4$ , 2%, відповідно); відсутність системи прийому на роботу медичних працівників за контрактом, у якому вказується розмір заробітної плати в залежності від обсягу наданої медичної допомоги (80,  $3 \pm 2$ , 3% і 79,  $1 \pm 5$ , 0%); відсутність чіткості у визначенні гарантій безоплатної допомоги населенню (77,  $9 \pm 2$ , 4% і 85,  $6 \pm 4$ , 3%); низький рівень оплати праці (76,  $1 \pm 2$ , 4% і 67,  $2 \pm 5$ , 7%); відсутність економічної мотивації до підвищення кваліфікації медичного персоналу (71,  $5 \pm 2$ , 6% і 70,  $1 \pm 5$ , 6%).

На думку 44,  $9 \pm 2$ , 8 % лікарів і 40,  $8 \pm 6$ , 0% керівників, необхідно зберегти державну форму стоматологічних закладів. Це пов'язано, у першу чергу, з великим соціальним значенням стоматологічної допомоги та з низькою платоспроможністю населення. У той же час, значна частина респондентів (43,  $7 \pm 2$ , 8% лікарів і 48,  $3 \pm 6$ , 1% керівників) вважає за необхідне запровадження приватно-державного партнерства у стоматології, що забезпечить сумісне державне і ринкове регулювання її економічної діяльності, оптимізацію нормативно - правової бази, більш чітке розмежування повноважень і зобов'язань між бізнесом та державою.

4. Проведене соціологічне опитування 416 організаторів охорони здоров'я – керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України дозволило отримати характеристику керівників стоматологічної служби у державному секторі охорони здоров'я щодо їх статево - вікового складу, стажу роботи на керівній посаді, наявності сертифікату лікаря-спеціаліста та кваліфікаційної категорії за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я».

Результати проведеного анкетування засвідчили, що 51,  $0 \pm 2$ , 5% керівників стоматологічних закладів не задоволені розміром своєї заробітної плати, 81,  $5 \pm 1$ , 9% вказали, що її розмір не залежить від якості управління.

54,  $6 \pm 2$ , 4% респондентів оцінили матеріально-технічну базу свого закладу як не задовільну, 66,  $1 \pm 2$ , 3% керівників вважають, що їх заклад не адаптований до роботи у ринкових умовах, а 90,  $1 \pm 1$ , 5% оцінюють існуючу систему фінансування стоматологічних закладів як незадовільну. 89,  $9 \pm 1$ , 5% респондентів вважають, що бюджетне недофінансування стоматологічної служби негативно позначається на якості стоматологічної допомоги.

Для оптимізації роботи стоматологічних закладів 80,  $3 \pm 2$ , 0% респондентів вважають за необхідне розширення їх юридичних і господарських прав; 70,  $4 \pm 2$ , 2% - трансформацію частини державних стоматологічних закладів у таку господарсько-правову форму, яка дозволяє залучення приватного капіталу (державно – приватне партнерство); 69,  $2 \pm 2$ , 3% - підтримали перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати наданих за договорами обсягів стоматологічної допомоги; 61,  $5 \pm 2$ , 4% - розробку і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги; а 51,  $9 \pm 2$ , 4% - пропонують запровадити прийом на роботу медичних працівників за контрактом. 81,  $0 \pm 1$ , 9% респондентів оцінюють існуючу систему підготовки лікарів-стоматологів та їх методичне й інформаційне забезпечення як незадовільні.

Таким чином, результати дослідження дозволили встановити, що державний сектор стоматології на сьогодні є економічно неефективним, а також констатувати, що існуюча система організації та оплати праці в ньому себе практично вичерпала. Умови праці стоматологів та матеріально-технічне забезпечення стоматологічних закладів впродовж останніх років погіршились. Так, матеріально-технічну базу свого закладу оцінили як задовільну лише 45,  $4 \pm 2$ , 4% керівників стоматологічної служби. 67,  $0 \pm 2$ , 3% респондентів вказали на відсутність відповідної законодавчої бази для роботи закладу у нових економічних умовах.

5. Результати соціологічного опитування 509 лікарів-стоматологів муніципальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України засвідчили, що основними проблемами, які заважають задовільній роботі

муніципальних стоматологічних закладів, на думку лікарів, є: незадовільна система фінансування ( $76, 8 \pm 1, 9\%$ ), застаріла матеріально - технічна база ( $68, 8 \pm 2, 1\%$ ), низький рівень оплати праці персоналу ( $91, 9 \pm 1, 2\%$ ), відсутність стимулів до поліпшення якості роботи ( $82, 9 \pm 1, 7\%$ ).

Результати дослідження дозволили також узагальнити думку лікарів-стоматологів щодо готовності муніципальних стоматологічних закладів до роботи у нових економічних умовах України.  $67 \pm 2, 1\%$  респондентів відмітили відсутність відповідної законодавчої бази, а  $88, 6 \pm 1, 4\%$  - неадаптованість муніципальних стоматологічних закладів до роботи у ринкових умовах. На думку більшості опитаних лікарів-стоматологів, у муніципальних стоматологічних закладах не розробляються стратегічні плани роботи закладу ( $65, 0 \pm 2, 1\%$ ); не здійснюється аналіз економічної ефективності діяльності закладу ( $76, 4 \pm 1, 9\%$ ); не проводиться аналіз потреб пацієнтів ( $65, 4 \pm 2, 1\%$ ); не складаються «маршрути» руху пацієнтів у закладі ( $60, 1 \pm 2, 2\%$ ); незадовільним є рівень клієнтського сервісу ( $51, 7 \pm 2, 2\%$ ).

Дане дослідження надало можливість дати характеристику роботі з кадрами, яка здійснюється у муніципальних стоматологічних закладах.  $90, 2 \pm 1, 3\%$  респондентів вважають, що стоматологічні заклади не отримують належного методичного та інформаційного забезпечення з наукових та навчальних установ;  $87, 0 \pm 1, 5\%$  - відмітили відсутність підготовки лікарів з питань економіки у галузі охорони здоров'я.  $71, 1 \pm 2, 0\%$  лікарів мали можливість підвищити кваліфікацію раз на 5 років, але лише  $62, 9 \pm 2, 1\%$  задоволені навчальними програмами циклів тематичного удосконалення у системі післядипломної освіти.

6. Аналізуючи результати дослідження в цілому ми враховували, що думка респондентів формується на основі:

- об'єктивно існуючого рівня розвитку стоматологічної допомоги та його ресурсного забезпечення;
- ставлення респондентів до організації роботи стоматологічного закладу, рівня оплати праці медичного персоналу, підготовки кадрів,

доцільності організаційних змін у роботі муніципальних стоматологічних закладів.

Тобто результати соціологічного дослідження інтегрують відображення об'єктивного стану муніципального сектора стоматології та емоційне сприйняття її, як населеним, так і групою професіоналів – лікарів-стоматологів та керівників, які безпосередньо працюють у даному секторі.

Результати аналізу в цілому засвідчили, що існуюча система надання стоматологічної допомоги у муніципальних закладах не відповідає сучасним потребам населення, має незадовільну систему фінансування, матеріально-технічне забезпечення та умови праці лікарів-стоматологів. Муніципальні стоматологічні заклади потребують розширення юридичних та господарських прав та трансформації в іншу господарсько-правову форму.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

1. Савчук О. В. Стан та проблеми організації стоматологічної допомоги дитячому населенню у м. Києві, на думку лікарів - стоматологів. / О. В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. - 2011. - Випуск 20, книга 3. - С. 712-718.
2. Савчук О. В. Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню за матеріалами соціологічного дослідження /О. В. Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2014. -Випуск 23, книга 3. - С. 143-150.
3. Савчук О. В. Сучасні проблеми та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів на думку їх керівників та лікарів-стоматологів. /О. В. Савчук // Україна. Здоров'я нації. - 2014. - №2 (30). - С. 46- 49.
4. Савчук О. В. Соціологічне дослідження як елемент інформаційної бази для оптимізації діяльності стоматологічних закладів. / О. В. Савчук// Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Вип. 3, Том 1 (110). - С. 308-312.
5. Савчук О. В. Соціологічне дослідження проблем муніципальних стоматологічних закладів /О. В. Савчук. О. А. Канюра. // Інновації в стоматології». № 2, 2014. - С. 78-80. [ Дисертант брав участь у проведенні соціологічного дослідження та аналізі його результатів].

## **РОЗДІЛ 5**

### **НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНИХ НАПРЯМІВ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ МУНІЦИПАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Концептуальні напрями реструктуризації системи муніципальної стоматологічної допомоги формувались на основі узагальнення передового міжнародного досвіду, рекомендацій ВООЗ, нормативно-правових документів КМ та МОЗ України, проведеного системного аналізу економічних, організаційних, нормативно-правових, соціальних факторів та результатів власних досліджень. Поняття реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги нами розглядається як система способів, заходів, методів оптимізації діючої муніципальної стоматологічної системи.

Проблему оптимізації муніципальної системи стоматологічної допомоги у дослідженні ми вирішували у наступній послідовності: - аналіз діяльності чинної муніципальної стоматологічної служби; - виявлення передумов до реструктуризації; - обґрунтування факторів (рушійної сили) і можливих ризиків реструктуризації; - обґрунтування концептуальних напрямів реструктуризації муніципальної стоматології в умовах ринку на засадах державно (муніципально) - приватного партнерства. - розробка стратегічних планів діяльності нової системи муніципальних стоматологічних закладів (кадри, обладнання, технології), запровадження економічно доцільних організаційних форм стоматологічного обслуговування; - обґрунтування організаційних основ формування нової системи муніципальних стоматологічних установ (договірна система надання стоматологічних послуг, тарифи на ціни на стоматологічні послуги, норми оплата праці персоналу і т. п.).

## **5. 1. Аналіз діяльності діючої муніципальної стоматології**

Обґрунтуванню концепції передував аналіз стану діючої системи муніципальної стоматології та чинників, які впливають на діяльність муніципальних амбулаторно-поліклінічних закладів.

У дослідженні встановлено, що ідеологія чинної муніципальної системи стоматологічної допомоги у нових економічних умовах не відповідає принципам ВООЗ з охорони стоматологічного здоров'я населення. Діючі муніципальні стоматологічні заклади з організаційної позиції можна охарактеризувати як невиробничі установи, які освоюють державні кошти і табельне нормативне майно, утримуються за рахунок державних і муніципальних коштів, надають переважно платні послуги і, в той же час, не забезпечують економічну, соціальну і медичну ефективність діяльності та конституційне право населення на безкоштовну медичну допомогу.

За умови відсутності державного закону про гарантовані обсяги безкоштовної медичної допомоги населенню (згідно зі ст. 49 Конституції України), муніципальні стоматологічні заклади надають населенню платні послуги. У той же час слід зазначити, що до 80% населення не можуть оплачувати дорогі стоматологічні послуги.

Форма діючих державних стоматологічних закладів була створена в інших економічних умовах країни і на сьогодні є економічно не вигідною. У таких закладах немає ні належних прав, ні відповідальності, а у персоналу ні ініціативи, ні зацікавленості у результатах роботи. У діючих муніципальних стоматологічних закладах існує проблема нераціонального використання бюджетних і позабюджетних коштів на фінансування охорони стоматологічного здоров'я населення, не працює механізм розміщення грошових коштів у зобов'язаннях, що обумовлює їх нерентабельність. До того ж муніципальні стоматологічні поліклініки, які мають вагомий дефіцит бюджетного фінансування, працюючи у ринкових умовах, відчують зростання вибагливості пацієнтів до якості стоматологічної допомоги,

зазнають конкуренції з боку приватного сектора стоматології та мають серйозні проблеми в організації роботи [2, 12, 59, 73, 300].

В основному проблеми муніципальних стоматологічних ЗОЗ викликані їх недостатнім фінансуванням і низьким рівнем розвитку матеріально-технічної бази, що обумовлює відсутність сучасних технологій і кадрів, які володіють ними. Проведений нами SWOT-аналіз муніципальних стоматологічних поліклінік м. Києва показав сильні та слабкі сторони системи і дав можливість визначити основні напрями їх розвитку (табл. 5. 1).

*Таблиця 5. 1.*

**SWOT-аналіз муніципальних стоматологічних поліклінік м. Києва**

Сильні сторони	Велике соціальне значення стоматологічної допомоги Наявність кваліфікованих кадрів лікарів-стоматологів Досвід організації стоматологічних послуг у муніципальних закладах. Надання допомоги у рамках програми ДМС
Слабкі сторони	Перевищення фактичної потужності планової. Суттєве невиконання функції лікарської посади. Слабка матеріально-технічна база. Значний знос стоматологічного обладнання. Недостатня конкурентноздатність, порівняно з приватними стоматологічними клініками. Невідповідність фактичного фінансування плановому. Низька культура медичного обслуговування. Низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації у медичного персоналу
Сприятливі можливості	Наявність стома-тологічних факультетів у ряді ВНЗ і консультативна допомога з боку їх кафедр. Використання платних медичних послуг для зміц-нення матеріально-технічної бази та мотивації персона-лу. Часткове оснащення стоматологічних поліклінік сучасним обладнанням. Запровадження приватно-державного партнерства, яке має забезпечити регулювання її економічної діяльності, оптимізацію нормативно - правової бази.
Загрози	Неадаптованість ЗОЗ до роботи у ринкових умовах. Зростання частоти захворювань зубів і порожнини рота. Відсутність гарантованого державою рівня надання безоплатної стоматологічної допомоги населенню, науково обґрунтованого переліку інструментарію та витратних матеріалів для стоматологічної допомоги. Відсутність профілактичної спрямованості у діяльності поліклінік. Низька стоматологічна культура населення. Відсутність вираженої мотивації підтримувати стоматологічне здоров'я.

. Як видно із результатів SWOT-аналізу, проведене дослідження дозволило структурувати сильні та слабкі сторони організації роботи муніципальних

стоматологічних поліклінік м. Києва, а також потенційні можливості і загрози. За сучасних економічних умов, слабкості муніципального і централізованого управління, муніципальні стоматологічні заклади знаходяться у складному стані, а їх адаптація вимагає нових підходів та ініціатив для забезпечення виживання в умовах ринку. Слабкі спроби держави у створенні муніципальних госпрозрахункових стоматологічних закладів змінили лише вивіску і надали можливість запровадити відрядну форму оплати праці. Однак засновниками закладів залишились усі ті ж державні структури, відповідно, і завдання і функції та ефективність їх виконання також залишились без змін. Сьогодні жодна цільова програма бюджетних інвестицій у первинну ланку стоматології не зможе забезпечити умови для ефективного функціонування муніципальної стоматологічної мережі, так як на сьогодні стан матеріальної бази 80% стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів вимагає інвестицій на суму понад 1 мільярд гривень [46]. Крім того, бюджетна стоматологія з декількома джерелами фінансування все більше відповідає підприємству, а не закладу, бо змушена підробляти платними послугами (бюджетне фінансування є недостатнім), і все більше здійснює підприємницьку та іншу діяльність, яка приносить дохід.

Органи державного управління, в особі своїх представників, диктують форми і методи організації лікувального процесу, визначають цінову політику, напрями інвестицій з державних джерел, матеріальну зацікавленість співробітників. І все це розглядається під призмою цільового або нецільового використання коштів лікувального закладу. Будь-яке відхилення від кошторисних витрат трактується як порушення. Таким чином, державна, муніципальна система охорони стоматологічного здоров'я в країні є державною корпорацією індустріального типу [57, 58].

Крім того, Закон «Про місцеве самоврядування» з його автономією відповідальності органів місцевого самоврядування не дозволяє директивним чином втручатись у процеси регулювання власності територіальними громадами. До сьогодні працює соціалістична формула: «ми вас утримуємо, а

ви працюйте», яка вже не відповідає ні часу, ні зовнішнім чинникам, ні внутрішньому змісту ринку стоматологічних послуг у сучасних умовах України. У даних умовах виробники стоматологічних послуг не можуть реагувати на мінливий ринок пропозицій за ціною і асортиментом витратних матеріалів, інструментарію, обладнання. Не знають як проводити інноваційну політику у підготовці кадрів та інформатизації закладів.

Створені умови діяльності не враховують, що керівникам муніципальних стоматологічних закладів слід постійно відслідковувати безліч різноманітних параметрів, динамічно розставляючи пріоритети: сьогодні врегулювати відносини з бюджетом, завтра приступити до створення нової послуги, а післязавтра надихнути персонал. Їм потрібно вміти рахувати, що дає підприємству кожен сегмент ринку, окремий клієнт, товар, канал збуту - щоб зосередити зусилля на найбільш вигідних і соціально вагомих напрямках - тобто забезпечити ефективність роботи ЗОЗ - відношення результату до витрат.

Протягом останнього десятиліття виріс і сформувався сегмент платних для пацієнтів стоматологічних послуг, які надаються у системі приватних стоматологічних структур, і як додаткові види лікування, у муніципальному та державному секторі стоматології. При цьому слід відзначити, що частка особистих витрат громадян у момент отримання медичної стоматологічної допомоги є дуже високою. У ході дослідження показано, що недостатня увага держави до проблеми реформування організації стоматологічної допомоги мала такі наслідки:

- збереження стоматологічних організацій у формі державних і муніципальних закладів охорони здоров'я;
- суміщення політичних і економічних інтересів у галузі охорони здоров'я;
- відсутність зацікавленості у персоналу за існуючого механізму оплати медичних послуг;

- відокремлення стоматологічних послуг, які надають державні та муніципальні заклади охорони здоров'я, від стоматологічних послуг, які надають приватні медичні організації.

Ідеологія сучасної вітчизняної системи охорони здоров'я з дев'яностих років минулого століття продовжувала будуватись на принципах її державності, а саме:

- утримання переважної більшості стоматологічних закладів системи охорони здоров'я та оплата їх діяльності державою;
- об'єднання органів управління та закладів охорони здоров'я за майновою належністю (державна і муніципальна/комунальна системи охорони здоров'я);
- державне відомче нормотворення, яке непридатне для приватних медичних організацій та нерідко суперечить об'єктивному праву.

У результаті використання даної ідеології держава опинилась перед фактом, що, з одного боку, система охорони здоров'я досягла найнижчої межі, але вимагає все більшого фінансування; з іншого боку, адекватної альтернативи політичним, економічним і юридичним реаліям існуючої ідеології не розроблено.

Перераховані фактори дають досить повну і об'єктивну інформацію про діяльність діючих муніципальних стоматологічних закладів.

Концептуальний аналіз діючої системи муніципальної стоматології показав, що в умовах ринку муніципальна стоматологічна система повинна бути реструктуризована і напрямок реструктуризації ми бачимо в державно-приватному партнерстві, яке має виконати такі функції:

- задовольняти потреби суспільного сектора, запозичуючи ресурси у приватного сектора;
- підтримувати державні повноваження, функції і гарантії, надаючи послуги спільно з приватним сектором.

Реструктуризація муніципальної стоматології повинна ґрунтуватись на сучасній концепції розвитку муніципальної стоматології, яка відповідає

політичним, економічним і юридичним реаліям у державі та має науково обґрунтовану перспективу.

## **5. 2. Виявлення передумов, обґрунтування чинників і можливих ризиків реструктуризації стоматологічних муніципальних ЗОЗ**

**Соціальні передумови.** Незадовільний рівень якості стоматологічних послуг. Муніципальні стоматологічні поліклініки не забезпечують населення кваліфікованою стоматологічною допомогою, що надається на основі сучасних технологій, і ст. 49 Конституції України, а дорога приватна стоматологічна допомога для більшості населення є недоступною. У той же час, потребу у наданні стоматологічної допомоги населенню у державних і муніципальних закладах, за даними ряду досліджень [87, 137, 300], має до 85% - 87% дорослого населення. Дані дослідження вказують також на те, що переважна більшість дорослого населення потребує стоматологічної допомоги у муніципальних ЗОЗ у зв'язку із враженням твердих тканин зуба, захворюваннями слизової оболонки, частковою або повною втратою зубів, деформацією зубів і зубних рядів [84, 161].

Згідно статистичних даних МОЗ України [270, 271], основний обсяг стоматологічної допомоги в Україні надається у муніципальних (державних) стоматологічних закладах, які забезпечують населення цим найбільш масовим, соціально-вагомим і трудомістким видом медичної допомоги. До приватних стоматологічних закладів звертається менше 10% від усіх пацієнтів, які потребують стоматологічної допомоги. Таким чином, інтереси основної маси пацієнтів не дотримуються, до стоматологів муніципальних поліклінік звертаються в основному із запущеними випадками. Стоматологічна захворюваність зростає. Знизити її могла б стоматологічна профілактика, але така спрямованість у муніципальних стоматологічних поліклініках слабо виражена. Відсутність шкільних стоматологів звела нанівець профілактичну роботу в школах і знизила планову санацію зубів у дітей.

**Фінансово-економічні передумови.** Відсутність цивілізованого ринку послуг і програмованого споживача, конкурентоспроможності послуг муніципальних стоматологічних ЗОЗ послугам приватних стоматологічних закладів. Незадовільний фінансовий, технічний і технологічний стан муніципальних стоматологічних ЗОЗ. Муніципальний бюджет не забезпечує гідного утримання стоматологічних ЗОЗ, в зв'язку з чим вони не можуть надавати якісну, доступну і ефективну стоматологічну допомогу населенню. Невідповідність фактичного фінансування плановому, фінансування лише на 30% цілого ряду статей на протязі десятиліть позначається на ефективності роботи муніципальних стоматологічних ЗОЗ. На закупівлю нового медичного обладнання немає коштів, стоматологічне обладнання муніципальних стоматологічних поліклінік безнадійно застаріло, а їх переоснащення за державні (муніципальні) кошти неможливе, так як сучасне стоматологічне обладнання є занадто дорогим. Фінансування муніципальної стоматології за залишковим принципом і відсутність у стоматологічних закладах сучасного медичного обладнання обумовлює відсутність сучасних стоматологічних технологій, надання пацієнтам менш якісної стоматологічної допомоги, відсутність відповідальності за пацієнта.

Слабкою стороною муніципальних стоматологічних ЗОЗ є те, що вони орієнтуються лише на систему нормативів, які доводяться органами управління охороною здоров'я, і позбавлені економічних стимулів до розширення обсягу діяльності та підвищення якості послуг. У них низький ступінь інвестиційної привабливості.

**Нормативно-правові.** У країні відсутнє законодавче врегулювання майнових відносин у сфері обігу державної і муніципальної нерухомості у системі охорони здоров'я, немає правових і нормативних актів, що регулюють організаційні, майнові відносини в системі муніципальних стоматологічних закладів і узгоджують їх з нормами адміністративного, трудового, екологічного, кримінального, цивільного права України. Відсутнє законодавче визначення та затверджений перелік державних соціальних стандартів у галузі стоматології,

які б забезпечувались за рахунок бюджетного фінансування. Відсутнє законодавче визначення гарантованої базової програми стоматологічних послуг для населення, можливих державних гарантій щодо отримання безкоштовної медичної допомоги для населення.

**Організаційно-управлінські.** До основних організаційно-управлінських передумов можна віднести - екстенсивний розвиток муніципальних стоматологічних ЗОЗ, в основі якого лежить переважання суто адміністративних методів управління і фінансування на основі ресурсних показників. Відсутність ефективної функціонально-організаційної структури стоматологічного ЗОЗ. Нераціональність діючої форми муніципальних стоматологічних закладів, в якій немає ні належних прав, ні відповідальності, ні ініціативи, ні належної зацікавленості у результатах роботи. Вона вигідна лише для різних форм сірої і чорної економіки. Таким чином, назріла необхідність переходу муніципальної стоматологічної системи на нову форму організації і управління стоматологічною допомогою за рахунок впровадження нових організаційно-управлінських форм, здатних забезпечити самостійність стоматологічних організацій та їх економічну стійкість.

Основні передумови до реструктуризації наступні:

1. Відсутність ефективної функціонально-організаційної структури стоматологічного ЗОЗ;
2. Неефективне використання ресурсів (матеріальних, інтелектуальних та ін.)
3. Відсутність цивілізованого ринку послуг і програмованого споживача;
4. Незадовільний технічний, технологічний і фінансовий стан муніципальних стоматологічних ЗОЗ;
5. Відсутність конкурентоспроможності послуг муніципальних стоматологічних ЗОЗ послугам приватних стоматологічних закладів;
6. Низький ступінь інвестиційної привабливості;
7. Незадовільний рівень якості послуг

Фактори процесу реструктуризації впливають на її характер, є рушійною силою системного процесу оптимізації муніципальної стоматологічної

допомоги. У дослідженні виділені та згруповані основні фактори, які впливають на розвиток муніципальних стоматологічних закладів:

**Зовнішні чинники:** – Політична і економічна стабільність у країні; – Зрозуміла фінансова політика держави і місцевих органів самоврядування щодо стоматологічних ЗОЗ; – Державні закони і розпорядження, які розвивають систему охорони здоров'я; – Імідж стоматологічних ЗОЗ; – Стан і перспективи розвитку медичної науки і техніки; – Прогрес у проектуванні нових моделей ЗОЗ; **Внутрішні чинники:** – Цілі діяльності сучасної моделі стоматологічного ЗОЗ; – Маркетингова політика керівництва стоматологічного ЗОЗ; – Фінансовий стан стоматологічного ЗОЗ; – Гідна оплата праці працівників; – Наявність форм стимулювання працівників; – Наявність кваліфікованих професійних кадрів; – Постійне навчання і вдосконалення кадрів; – Рівень витрат і рентабельність стоматологічного ЗОЗ; – Організаційно-правова форма підприємства і його управлінський потенціал; – Організація планування і маркетингу стоматологічних послуг; – Наявність контактів із зарубіжними партнерами; – Володіння сучасними технологіями і матеріально-технічною базою. Особливо слід відзначити, що висококваліфікований медичний персонал є системоутворюючим фактором реструктуризації. Якщо у стоматологічному закладі відсутні кваліфіковані лікарі, то не буде і кваліфікованої лікарської допомоги.

Зсув пріоритетів і мізерна офіційна заробітна плата у діючих муніципальних стоматологічних закладах знижують мотивацію до якісної освіти, що призводить до того, що у муніципальній стоматологічній системі вкрай важко знайти лікаря, який володіє сучасними технологіями. Важливим фактором оптимізації стоматологічних ЗОЗ є гідна оплата праці персоналу. Суспільство, в особі держави, повністю нехтує простими життєвими потребами лікаря, тому лікар вимушений думати не про здоров'я пацієнта, а про те, як забезпечити свою сім'ю. Така ситуація обумовлює реальну модель етики, моралі та поведінки лікаря у муніципальних стоматологічних ЗОЗ.

Підготовка кваліфікованого лікаря – це дорогий і тривалий процес. Крім того лікар навчається під наявне матеріально-технічне обладнання. Сучасний стоматологічний ЗОЗ повинен мати сучасне медичне лікувальне і діагностичне обладнання.

Реструктуризація - це сукупність факторів, спрямованих на комплексне приведення умов функціонування муніципального стоматологічного ЗОЗ у відповідність до сучасних вимог ефективного виробництва і визначеної стратегії його розвитку. Фактори, як рушійна сила в оптимізації виробництва, включають: вдосконалення структури і функцій управління, подолання відставання у техніко-технологічних аспектах діяльності, вдосконалення фінансово-економічної політики та досягнення на цій основі підвищення ефективності виробництва, конкурентоспроможності послуг, зростання продуктивності праці, зниження витрат виробництва, поліпшення фінансово-економічних результатів діяльності.

**Ризики пов'язані з реструктуризацією.** Реструктуризація муніципальної стоматологічної системи здійснюється у певних соціально-економічних умовах і торкається інтересів існуючого професійного середовища, а також широких верств населення, які мають стійкі уявлення щодо гарантованих державою медичних послуг. Тому необхідно оцінювати ризики пов'язані зі реструктуризацією. Слід виходити не тільки з доцільності кроків, а й з того, як ці кроки будуть сприйняті різними суспільними групами: тими чи іншими верствами населення, медичними працівниками, керівною ланкою галузі. Однак оцінка - це лише перший етап, головне завдання - мінімізація ризиків.

Основні групи можливих ризиків реструктуризації муніципальних ЗОЗ:

#### **Фінансові ризики**

- Недостатні обсяги державного фінансування сектора охорони здоров'я
- Відсутність окремих коштів у бюджеті для підготовки до здійснення реформ, коштів на переоснащення, перенавчання і т. д.

#### **Ризики пов'язані з управлінням**

- Недосконалість законодавчої та нормативної бази для проведення перетворень в муніципальному секторі стоматології
- Недосконалість системи відповідальності органів муніципальної влади за реформи у системі медичної допомоги необхідні для населення
- Низький рівень пріоритетності системи охорони здоров'я для органів місцевої влади

**Ризики пов'язані з поінформованістю і підготовленістю зацікавлених груп**

- Недостатня або відсутня інформованість та підготовленість персоналу муніципальних стоматологічних ЗОЗ і населення

У ході реструктуризації необхідно управляти ризиками, цілеспрямовано формувати у різних груп певні уявлення про цілі реструктуризації. Формуючи для кожного окремого ЗОЗ перелік ризиків, слід оцінити кожен випадок за ступенем ризику за шкалою: високий - середній - низький; провести аналіз можливого впливу факторів ризику на соціально-політичну ситуацію та на хід реструктуризації системи охорони здоров'я у регіоні; розробити заходи щодо управління ризиками і здійснити реалізацію цих заходів. Ризики, пов'язані з реакцією населення і лікарської спільноти на реструктуризацію, можна розбити на дві групи. До першої увійдуть ті, що виникають внаслідок недостатнього врахування інтересів і сформованих переваг різних категорій громадян. У другу - обумовлені помилками планування та реалізації реформ. Для попередження ризиків, процес реструктуризації необхідно контролювати здійснюючи постійний моніторинг.

**5.3. Концептуальні напрями реструктуризації муніципальної стоматології в умовах ринку**

Концептуальні напрями реструктуризації муніципальної стоматології є методологією концептуального розвитку системи, тобто системного підходу до розвитку об'єкта, його функцій, структури, організації, управління,

перебудови всіх сфер його діяльності, починаючи від виробничо-технічних і адміністративно – організаційних, і завершуючи фінансовими аспектами і проблемами власності. Метою реструктуризації є перетворення існуючої муніципальної стоматологічної системи, підвищення її медичної, соціальної та економічної ефективності та якості наданої населенню стоматологічної допомоги. Нами розроблена концептуальна програма реструктуризації системи за окремими напрямами.

**За нормативно-правовим напрямом:**

- прийняття законодавчої бази для розвитку муніципально-приватного партнерства у стоматології;
- законодавче врегулювання майнових відносин у сфері обігу державної та муніципальної нерухомості у системі охорони здоров'я та закріплення пріоритету та захисту державно-приватної муніципальної стоматологічної організації;
- розробка правових та нормативних актів, які регулюють організаційні, майнові відносини у новій системі муніципальних стоматологічних закладів та узгодження їх з нормами адміністративного, трудового, екологічного, кримінального, цивільного права України;
- законодавче визначення і затвердження переліку державних соціальних стандартів у стоматологічній допомозі, яка надається за рахунок бюджетного фінансування;
- законодавче визначення та розробка гарантованої базової програми стоматологічних послуг для населення, можливих державних гарантій на отримання населенням безкоштовної медичної допомоги;
- законодавче закріплення джерел фінансування закладів у новій системі муніципальної стоматологічної допомоги (державна і бюджет місцевих органів управління за обсягами базових програм стоматологічної допомоги, страхові фонди, благодійні організації, роботодавці, громади, громадяни);

- розробка нормативів, які визначають види і обсяг стоматологічної допомоги, що фінансується з коштів місцевого, муніципального бюджету.

**За фінансово - економічним напрямом:**

- обґрунтування і розробка сучасної моделі муніципального стоматологічного закладу, який працює на принципах державно-приватного партнерства, юридичної самостійності суб'єкта стоматологічної діяльності з інтеграцією муніципального і приватного секторів та видів фінансування, а також орієнтований на інтенсивні методи роботи;

- розробка зразку адекватного договору з фінансування муніципального замовлення з урахуванням об'ємних показників послуг, собівартості медичних послуг і необхідного рівня якості;

- створення інструментів розрахунку вартості соціальних і платних програм у лікувально-профілактичній практиці нової системи муніципальних стоматологічних закладів та оцінка їх соціальної та економічної ефективності;

- запровадження медико-економічних стандартів у практику нової системи муніципальних стоматологічних закладів;

- здійснення розрахунку необхідних витрат, розробка цінових програм у новій системі муніципальних стоматологічних закладів.

**За інформаційним напрямом:**

- використання найбільш передових автоматизованих систем і технологій управління;

- впровадження єдиної галузевої системи обліку, узагальнення і аналізу інформації про стоматологічну захворюваність, яка дозволяє проводити моніторинг стоматологічного здоров'я населення і розробляти державні, регіональні, муніципальні програми профілактики;

- створення постійно діючого системного моніторингу ефективності функціонування сучасної моделі та соціально-гігієнічного моніторингу стану стоматологічного здоров'я населення на основі сучасних комп'ютерних технологій;

- запровадження автоматизованої системи управлінського обліку у практичній стоматології;

- використання комп'ютерної техніки в регулюванні потоків пацієнтів, в інформаційному забезпеченні фінансових і матеріально-технічних ресурсів.

**За організаційно - управлінським напрямом:**

- запровадження нових методів організації та управління виробництвом стоматологічних послуг на базі державно-приватного партнерства, що забезпечить об'єднання коштів, зусиль державних організацій і приватних інвесторів для досягнення соціально вагомої мети - підвищення якості та доступності наданої стоматологічної допомоги населенню на взаємовигідній основі;

- здійснення стратегічного планування діяльності нової системи муніципальних стоматологічних закладів (кадри, обладнання, технології), запровадження економічно доцільних організаційних форм стоматологічного обслуговування;

- обґрунтування організаційних засад формування нової системи муніципальних стоматологічних закладів (договірна система надання стоматологічних послуг, тарифи на вартість стоматологічних послуг, норми оплати праці персоналу, тощо);

- добір, розподіл і призначення кадрів на основі кадрового менеджменту, психології, соціології та права. Запровадження прогнозування кадрового ресурсу за категоріями медичного персоналу у відповідності до стратегічних планів;

- забезпечення високого рівня знань лікарів-стоматологів, середнього медичного персоналу, а також консалтинг (консультування) - керівників, управлінців з широкого кола питань у сфері фінансової, юридичної, технологічної, технічної, експертної діяльності;

- розробка методології формування медико-соціальних груп споживачів стоматологічної допомоги та обсягів їх профілактичного обстеження серед приписного населення;

- переорієнтація нової системи муніципальних стоматологічних закладів на масову первинну профілактику і високоякісну своєчасну невідкладну допомогу;
- постійний моніторинг об'ємних показників попиту на стоматологічні послуги серед населення;
- стандартизація всіх видів медичних послуг;
- функціонально - організаційна реструктуризація муніципальних стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів, формування нової моделі муніципальної стоматологічної поліклініки на базі принципів державно-приватного партнерства (ДПП) - господарського механізму, який об'єднає державного і приватного інвесторів і забезпечить перехід стоматологічних муніципальних поліклінік з невиробничої сфери у виробничу.

Розроблені на основі системного підходу та ситуаційного аналізу концептуальні напрями реструктуризації муніципальної стоматології ми розглядаємо як методологію оптимізації муніципальної стоматології, яка обґрунтовує доцільність розробки сучасної економічної та організаційної ідеології розвитку управління муніципальною стоматологічною амбулаторно-поліклінічною допомогою та служить основою для побудови сучасної моделі стоматологічного ЗОЗ, нового об'єкта зі своєю структурою та взаємозв'язками.

У новій моделі муніципальної стоматологічної поліклініки на базі принципів державно-приватного партнерства пропонується організувати два відділення:

- відділення Б, яке надає безкоштовну (за рахунок держави) стоматологічну допомогу певним групам населення і здатне забезпечити рівний доступ до стоматологічної допомоги у межах встановленого державою гарантованого набору стоматологічних послуг;
- Відділення П - платних послуг, яке функціонує як комерційне і забезпечує висококваліфіковані послуги з високим рівнем сервісу та

інформування пацієнтів. Воно обслуговує пацієнтів, у яких є можливість платити. У даному відділенні пацієнти можуть отримати послуги, які не входять до складу встановленого державою гарантованого переліку. Відділення платної медицини, як приватне відділення, є невід'ємним компонентом внутрішньої інтеграції нового муніципального стоматологічного амбулаторно-поліклінічного закладу.

Об'єднання двох відділень забезпечує економічну ефективність моделі за рахунок політики фінансування, соціальну солідарність і більш повне охоплення населення стоматологічними послугами.

Основним джерелом отримання грошових ресурсів для господарської діяльності моделі є грошові кошти, отримані від реалізації стоматологічних послуг. Політика фінансування моделі сповідує принцип господарської самостійності, самофінансування, фінансового планування і комерційного розрахунку, економічної ефективності, матеріальної зацікавленості.

Практичне формування і накопичення доходів у моделі полягає в тому, що доходи обох відділень надходять у об'єднаний грошовий фонд закладу, який формується з наступних складових:

- доходів від пацієнтів відділення Б, які мають право на отримання гарантованих послуг, у відповідності до угоди стоматологічного закладу (моделі) з органами місцевої влади та доходів від пацієнтів даного відділення, які беруть участь у соплатежі (оплата додаткової послуги непередбаченої гарантованим рівнем);

- доходів від пацієнтів відділення П, які оплачують повну вартість всіх отриманих послуг.

При такому інструменті отримання доходів діяльність платного відділення сприяє залученню додаткових коштів до стоматологічного закладу і більш матеріально забезпечена частина населення бере участь у соплатежі за незаможних. Рівень оплати набуває прозорості, оскільки обов'язок здійснювати платежі буде оформлений відповідними документами.

Внесення елементів ринкових відносин у сферу муніципального стоматологічного закладу виправдане, як з точки зору посилення принципу вибору споживачем стоматологічних послуг, так і активного впливу на якість послуг і професіоналізм працівників. До того ж, платне відділення всередині моделі муніципального стоматологічного закладу виконуватиме функцію санітарно-економічної (валеологічної) освіти і виховання людей у сфері споживання медичних послуг. Це важливо з точки зору стимулювання громадян до збереження власного здоров'я та збільшення уваги до доступних видів профілактичної стоматологічної допомоги.

З іншого боку, платне відділення виконуватиме не менш важливу функцію новатора у застосуванні науково-технологічних досягнень і передового досвіду в наданні стоматологічної допомоги населенню. Відкриття у державному закладі платного відділення, в доповнення до бюджетного, забезпечить компенсацію негативних сторін державного ЗОЗ, а отже, і посилить потенціал інтегрованого медико-соціального комплексу.

Включення недержавного сектора стоматологічних послуг у муніципальний слід розглядати як одну з ланок реструктуризації системи охорони стоматологічного здоров'я, тісно пов'язуючи його з реаліями соціально-економічного стану громадян, їх можливостями обирати ті послуги, які вони здатні оплатити.

Результати проведеного нами дослідження ринку платних медичних послуг показали, що кожен п'ятий респондент, який звернувся за допомогою до приватного стоматологічного закладу, позитивно ставиться до платної медицини, а 90% мають намір відвідати його повторно. Однак слід врахувати, що за різними даними, високий рівень доходів має 15 - 20% населення, і пацієнти даної категорії готові оплачувати високу якість медичної допомоги.

Викладене підтверджує необхідність створення і розвитку інтегрованих муніципальних стоматологічних закладів з державним регулюванням і

частковою заміною безкоштовних медичних послуг платними для впорядкування видатків бюджету.

Такий підхід впливає з ключових прав на життя і здоров'я людини, принципів доступності медичних послуг, їх достатності, об'єктивності, а також гнучкості регулювання соціально-економічних відносин, адекватних сучасному стану медицини та організації охорони здоров'я, очікуванням споживачів і виробників.

Об'єднання у новій моделі муніципального стоматологічного закладу двох різнопланових відділень вимагає створення нового господарського механізму і системи його підтримки.

Особливість формування нового господарського механізму у моделі муніципального стоматологічного закладу полягає у тому, що дана установа буде представником державної системи охорони здоров'я, суб'єктом медичної діяльності, якому муніципалітет (держава) передасть в оренду об'єкт охорони здоров'я, тобто муніципальний стоматологічний ЗОЗ буде володіти майном на правах власності.

Підтримка держави повинна полягати в тому, що переданий в оренду суб'єкт медичної діяльності, об'єкт охорони здоров'я - стоматологічний ЗОЗ, на початку своєї діяльності потребує компенсації орендних платежів і податкових пільг. Обґрунтування концептуальних напрямів реструктуризації муніципальної стоматологічної допомоги базувалось на методології, яка реалізує системний і ситуаційний підхід до вирішення основних структурно-організаційних, управлінських, економічних і соціальних проблем.

Що стосується державної політики у муніципальній стоматології, то необхідно, спираючись на наявні напрацювання, передбачити розвиток правових напрямків у сфері договірного права, стандартизацію послуг, нормування праці персоналу, розробку посадових інструкцій стоматологів для нової організаційної форми стоматологічних закладів, а також ціноутворення вартості стоматологічних послуг, впровадження державних і

муніципальних актів, програм, спрямованих на адаптацію діяльності муніципальних стоматологічних закладів до нових економічних умов.

Розроблена концептуальна програма реструктуризації системи муніципальної стоматології за окремий напрямками, як система сукупних методичних рекомендацій отриманих в процесі проведеного дослідження, сприяла науковому обґрунтуванню змін виробничої, економічної та організаційної структури муніципальної стоматології та підвищенню ефективності виробництва, фінансової стійкості стоматологічних закладів та якості стоматологічної допомоги.

Для адаптації процесу реструктуризації до практики виробництва були розроблені концептуальні напрями реструктуризації системи муніципальної стоматології.

Концептуальні напрями реструктуризації системи муніципальної стоматології на принципах МПП сформовані на основі науково-методичного забезпечення у вигляді сукупності сучасних управлінських, економічних і організаційно-технологічних принципів, які реально забезпечують вдосконалення діяльності системи надання населенню доступних та адекватних обсягів якісної стоматологічної допомоги.

Таким чином, формування цілей розвитку системи муніципальної стоматології має наукове обґрунтування і орієнтоване на пріоритетні соціально-економічні напрями реструктуризації системи муніципальної стоматологічної допомоги у сучасних економічних умовах.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

1. Савчук О. В. Концептуальна модель збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я школярів /О. В. Савчук// Східноєвропейський журнал. – 2012. - №1(17) - С. 64-66.
2. Савчук О. В. Концептуальні напрями формування економічно орієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні / О. В. Савчук // Вісник стоматології. - 2013. - №2 (83) - С. 100-103.
3. Савчук О. В. Научное обоснование концепции экономически-ориентированной реорганизации здравоохранения/ О. В. Савчук. , И. В. Корецкий, В. В. Горачук // Стоматологический журнал (республика Беларусь). - 2013. - Том XIV, №1. - С. 78-80. [ Дисертант брав участь у науковому обґрунтуванні концепції економічно-орієнтованої модернізації галузі охорони здоров'я].
4. Маляр Р. В. Концептуальні напрями розвитку стоматологічної допомоги дитячому населенню/ Р. В. Маляр, О. В. Савчук // Науковий вісник Ужгородського університету (серія Медицина). – 2013. - №1 (46). -С. 167-169. [Дисертант брав участь у науковому обґрунтуванні концептуальних напрямків розвитку дитячої стоматології шляхом оптимізації її організації та управління].
5. Савчук О. В. Концептуально-методичні основи вдосконалення стоматологічної допомоги населенню у нових соціально-економічних умовах/ О. В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. - 2014. - Випуск 23, книга 1. - С. 503-509.
6. Савчук О. В. Розширення профілактичної спрямованості стоматологічної допомоги /О. В. Савчук// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2015. - №3(65). – С. 14 -16.

## **РОЗДІЛ 6**

### **НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ**

Реструктуризація муніципальної системи стоматологічної допомоги нами розглядається як система способів, заходів, методів і засобів структурних змін виробничої, економічної та організаційної складових муніципальних стоматологічних закладів з метою підвищення ефективності виробництва, якості праці та капіталу, набуття муніципальними стоматологічними закладами більшої економічної стійкості у нових економічних умовах.

Наукове обґрунтування реструктуризації стоматологічних закладів на муніципальному рівні формувалось на основі узагальнення передового міжнародного та вітчизняного досвіду, рекомендацій ВООЗ, нормативно-правових документів КМ та МОЗ України, результатів власних досліджень та включало: обґрунтування системної парадигми структурних змін виробничої, економічної та організаційної діяльності муніципальних стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства, обґрунтування необхідних умов для здійснення реструктуризації; розробку моделі об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки та методології управління нею за допомогою економічних методів.

#### **6. 1. Наукова парадигма реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства**

Наукова парадигма реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів на принципах ДПП - це концептуальна схема, модель постановки проблем та їх вирішення, сукупність методів, підходів і засобів, спрямованих на впорядкування діяльності системи з чітко визначеними змінами

виробничої, економічної та організаційної структури муніципальних стоматологічних закладів з метою підвищення ефективності виробництва, якості стоматологічної допомоги та набуття стоматологічними закладами більшої фінансової стійкості у нових економічних умовах. Практично це методологія реструктуризації.

Стратегічним напрямом розвитку муніципальної стоматології, на нашу думку, є проведення реструктуризації, тобто структурних змін виробничої, економічної та організаційної діяльності муніципальних стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства, перехід на принципи ринкової економіки, впровадження економічних методів господарювання, що має забезпечити підвищення ефективності виробництва, якості праці та капіталу, більш ефективне використання кадрових, матеріальних і фінансових ресурсів і задоволення потреб населення у кваліфікованій стоматологічній допомозі. Використання державно-приватного партнерства (ДПП) дозволить уникнути, з одного боку, недоліків прямого регулювання держави, а з іншого - "провалів ринку".

Про перспективність використання державно-приватного партнерства у системі охорони здоров'я, у тому числі у сфері муніципальної стоматології, свідчить той факт, що у розвинених країнах Заходу приблизно 2/3 проектів у сфері охорони здоров'я реалізуються на умовах державно-приватного партнерства (Шейман І. М. , 2002). У найбільш економічно розвинених країнах світу проекти державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я є затребуваними з простої причини: жоден навіть найбагатший бюджет країни не в змозі профінансувати всі структури для забезпечення якісної і доступної медичної допомоги.

ДПП - це інституційний та організаційний альянс між державою і бізнесом з метою реалізації суспільно вагомих проектів і програм у широкому спектрі галузей та інноваційній сфері. Суть ДПП полягає у тому, що воно є інструментом вирішення важливих завдань соціально-економічної політики, при якому держава, в особі муніципальної влади, зберігає контроль над

об'єктом і здійснює стратегічне управління ним. У разі, якщо стоматологічна організація переходить у програму державно-приватного партнерства, то держава не вкладає ніяких коштів, ні у створення спеціалізованих стоматологічних закладів, ні в управління ними. Держава, у даному випадку, зможе зосереджуватись не на створенні матеріально - технічної бази, яка зараз вимагає величезних коштів, а на оптимізації оплати медичних послуг за економічно обґрунтованими тарифами, які вона, безперечно, повинна контролювати.

Проекти державно-приватного партнерства створюються і для того, щоб послуги приватних медичних організацій були доступними для всіх громадян країни в рамках державних програм медичної допомоги. При реалізації ДПП у сфері стоматології держава є домінуючим суб'єктом, вона визначає «правила гри», і її участь сприяє вирішенню важливого соціально-економічного завдання. Але для того, щоб зацікавити приватного інвестора в участі у проекті, державний партнер (муніципалітет) повинен забезпечити йому певний зиск, а також взяти на себе частину ризиків проекту. Тому невід'ємним елементом ДПП є розподіл ризиків і вигод між партнерами.

Підставою для організації закладів із державно-приватним партнерством у сфері муніципальної стоматології є Закон України «Про державно - приватне партнерство» № 2404 VI від 01. 07. 2010 року (набув чинності 31 жовтня 2010 року). Закон визначає організаційно-правові засади взаємодії державних партнерів з приватними та основні принципи державно-приватного партнерства на договірній основі.

В цілому Закон України «Про державно-приватне партнерство» встановлює досить ліберальні правила для проектів ДПП. Однак норми, які стосуються питань власності на об'єкти ДПП, виписані на «користь» державної власності. Так, передача об'єктів, що перебувають у державній або комунальній (муніципальній) власності, приватному партнеру для виконання умов договору в рамках державно-приватного партнерства, не передбачає переходу права власності на ці об'єкти приватному партнеру (ст. 7). Після закінчення проекту

ДПП такі об'єкти підлягають поверненню державному партнеру. Пропозиції щодо організації стоматологічного закладу у рамках ДПП повинні розглядатись місцевими органами влади. Цими ж органами здійснюється проведення конкурсу та затвердження його результату у вигляді рішення про переможця і дозволу на організацію закладу на принципах державно-приватного партнерства, а також укладення договору з переможцем конкурсу. Для реструктурованих на принципах державно-приватного партнерства муніципальних стоматологічних закладів необхідна системна підтримка, до якої, у першу чергу, слід віднести оптимізацію законодавчої і ресурсної бази [107].

#### **У законодавчій частині:**

- законодавче визначення і затвердження переліку державних соціальних стандартів у сфері стоматології, які забезпечуються за рахунок бюджетного фінансування;
- чітке нормативно-правове регулювання та організаційне забезпечення взаємодії учасників інвестиційного проекту;
- розробка і економічне обґрунтування тарифу на платні стоматологічні послуги;
- розмежування інтересів держави і економіки муніципальних стоматологічних закладів, переведення їх зі сфери суспільного споживання у сферу суспільного відтворення;
- законодавче визначення муніципального стоматологічного закладу з державно-приватним партнерством, яке забезпечить однаково прийнятні та вигідні умови для населення, держави і приватного капіталу.

#### **У частині розвитку ресурсної бази - це:**

- фінансова підтримка держави на період становлення сучасної моделі муніципального стоматологічного закладу;
- модернізація технічного та матеріального компонентів виробничого процесу сучасної моделі муніципального стоматологічного закладу (оновлення парку стоматологічного обладнання, впровадження новітніх

технологій, матеріалів), створення належного вигляду закладу (зовнішній і внутрішній дизайн), що відповідає вимогам до сучасного ЗОЗ. Характеристика системної підтримки розвитку функціонально-організаційної моделі муніципального стоматологічного закладу з державно-приватним партнерством представлена у таблиці 6.1.

Таблиця 6.1.

**Характеристика системної підтримки розвитку функціонально-організаційної моделі муніципального стоматологічного закладу з державно-приватним партнерством**

Нормативно-правові інститути	Принципи організації	Соціально-економічний потенціал
Закон України "Про державно-приватне партнерство" № 2404 - VI від 01. 07. 2010 р. вступив в силу 31 жовтня 2010 р.	Розробка сучасної моделі муніципального стоматологічного закладу з ДПП	Наявність перспективної бази фінансування, матеріально-технічного забезпечення і кадрових ресурсів
Довгостроковий адміністративний договір між об'єктом стоматологічної діяльності та департаментом охорони здоров'я на обсяги, якість і періодичність надання послуг з гарантією їх оплати. Оформлення оренди робочих площ об'єкта	Визначення критеріїв, структури моделі, обсягу послуг з урахуванням економічної ефективності. Розробка документів регламенту роботи моделі. Стратегічне планування, моніторинг діяльності	Впровадження систем менеджменту якості на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000, які відображають "кращу практику" організації діяльності стоматологічних клінік
Економічне обґрунтування та затвердження тарифу на стоматологічні послуги, які надаються об'єктом	Організація наукового управління моделлю. Визначення організаційно-методичних переваг моделі	Визначення характеристик і груп медичного бізнес-процесу з метою формування єдиних підходів у моделі
Міжнародні, державні, регіональні стандарти надання стоматологічної допомоги	Оновлення парку стоматологічного обладнання, впровадження новітніх технологій, зміцнення кадрового потенціалу, створення зовнішнього вигляду та інтер'єру моделі, який відповідає вимогам до сучасного ЗОЗ	Розмежування інтересів держави і економіки стоматологічної моделі з ДПП. Переведення об'єкта зі сфери суспільного споживання у сферу суспільного відтворення

Для розвитку муніципальної стоматології найбільш оптимальним варіантом є стоматологічна поліклініка як об'єднаний заклад, заснований на

принципах ДПП на базі державної власності. У такому закладі майно, яке є державною власністю, закріплюється за об'єднаним закладом на правах оперативного управління. Реалізуючи право оперативного управління, об'єднаний стоматологічний заклад володіє і користується зазначеним майном.

Організаційна форма об'єданого закладу ґрунтується, за законами України, на об'єднанні майна різних форм власності. Переваги використання ДПП у сфері стоматології полягають у тому, що державно-приватне партнерство:

- здійснюється у сфері відповідальності держави;
- спрямоване на розвиток соціальної інфраструктури;
- забезпечує приватному інвестору ширші можливості для участі в управлінні проектами;
- носить довгостроковий характер;
- забезпечує розподіл ризиків проекту між партнерами.

У системі муніципальної стоматології заклади з ДПП працюють на умовах: договірних відносин, визначених термінів контрактів, поділу ризиків між партнерами. Можна виділити наступні основні умови реалізації проекту державно-приватного партнерства у сфері медицини:

- спрямованість на вирішення соціального завдання (метою реалізації проектів ДПП має стати не стільки отримання прибутку учасників, скільки підвищення якості стоматологічних послуг);
- необхідність інтеграції результатів у сфері охорони здоров'я на основі створення тристороннього партнерства: держави, приватних інвесторів і медичних організацій;
- пріоритетність ролі приватних інвесторів в процесі реалізації проектів ДПП та чітке розмежування функцій кожного з партнерів;
- забезпечення прозорості середовища для формування державно-приватного партнерства на основі побудови довірчих відносин між партнерами.

У відповідності до викладеного, механізм ДПП у сфері муніципальної стоматології можна визначити як форму об'єднання державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом із ДПП, при збереженні власності держави на стоматологічний об'єкт. При цьому в практичну діяльність об'єднаного стоматологічного закладу впроваджуються найбільш перспективні технології, які використовуються бізнес - структурами. Фактично використання ДПП можна розглядати як часткову приватизацію державних функцій, яка дозволяє істотно підвищити якість і збільшити асортимент стоматологічних послуг.

ДПП забезпечує вирішення важливого завдання соціально-економічної політики, дозволяє підвищити ефективність інвестицій за рахунок розподілу ризиків і вигод між партнерами. Двічі, у 1998 і 2002 роках, Конституційний Суд України розглядав питання про конституційність оплати пацієнтами медичних послуг. У травні 2002 р. їм було прийнято рішення, що у державних і комунальних (муніципальних) закладах медична допомога повинна надаватись усім громадянам, незалежно від її обсягу, «без попередніх, поточних чи подальших розрахунків». Одночасно було зроблено уточнення, що на платній основі в державних і комунальних (муніципальних) закладах можуть надаватися медичні послуги, які виходять за межі медичної допомоги. Таким чином, муніципально - приватний стоматологічний заклад заснований на принципах державно-приватного партнерства, погоджує із замовником - місцевим органом влади економічно обґрунтовані тарифи на стоматологічні послуги та уникає проблеми подвійного тлумачення безкоштовної медицини. Слід відзначити, що при укладанні договору - замовлення на стоматологічні послуги з місцевим органом державної влади, об'єднаний муніципально-приватний стоматологічний заклад отримує гарантоване замовлення на тривалий період часу, що дозволяє планувати і прогнозувати його діяльність.

Таким чином, наукова парадигма реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства в

нових економічних умовах розглядається як проведення структурних змін виробничої, економічної, організаційної діяльності в муніципальних стоматологічних закладах на основі сучасних наукових уявлень з даного питання, які поділяються науковим співтовариством.

Парадигма узгоджуються з принциповими змінами у системі охорони здоров'я, передбаченими проектом Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України, розробленої і презентованої Міністерством охорони здоров'я 7 серпня 2014 року - в частині запровадження суспільно-адміністративної моделі управління, при якій МОЗ та управління охорони здоров'я на місцях керують системою спільно з самоврядною організацією. На підставі викладеної парадигми нами розроблена модель муніципальної стоматологічної поліклініки на принципах партнерства держави і бізнесу.

## **6. 2. Медико-соціальне обґрунтування моделі об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки**

В основу комплексного системного вирішення проблеми розробки моделі об'єднаної муніципально - приватної стоматологічної поліклініки закладені концептуальні напрями оптимізації системи муніципальної стоматологічної допомоги на принципах державно - приватного партнерства, парадигма реструктуризації діяльності муніципальних стоматологічних закладів на принципах державно-приватного партнерства в нових економічних умовах, принципи і методологія моделювання об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки (МПСП) з ефективними механізмами виробничої і соціальної інфраструктури, спрямованими на підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги.

Окремим напрямом моделювання була розробка методичних засад моделювання сучасної об'єднаної моделі стоматологічного муніципально-приватного закладу, який працює на принципах ДПП (табл. 6. 1.).

Таким чином, обґрунтування методичних засад формування сучасної моделі муніципальної стоматологічної поліклініки передбачає перехід від муніципальних бюджетних і госпрозрахункових закладів до системи стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів, які працюють на основі державно-приватного партнерства та характеризуються сучасною технологією організації управління, профілактики, лікування, підготовки кадрів.

Таблиця 6. 1.

### Принципи, та напрями моделювання і розвитку сучасної моделі МПСП

Системності	Забезпечення сукупності процесорного, ситуаційного і програмно-цільового підходів при моделюванні
Науковості	Розробка заходів щодо формування моделі з урахуванням досягнень науки в галузі соціальної медицини та законів розвитку суспільного виробництва у ринкових умовах.
Первинності функцій	Формування структури моделі та чисельності персоналу в залежності від змісту, кількості і трудомісткості робочих функцій.
Оптимальності організаційних і управлінських функцій	Дотримання пропорцій між функціями, спрямованими на організацію і розвиток виробництва моделі та функціями управління, спрямованими на забезпечення функціонування її виробництва у нових економічних умовах.
Економічності	Ефективна економічна організація моделі, яка забезпечує зниження частки витрат на одиницю продукції та підвищення ефективності виробничих процесів.
Прогресивності	Відповідність організації та управління моделі передовим зарубіжним аналогам.
Перспективності	При формуванні моделі враховуються перспективи її розвитку
Комплексності	Врахування всіх факторів, що впливають на систему (стан об'єкта управління, зв'язки з вищестоящими органами, договірні зв'язки і т. д.) при формуванні моделі
Оперативності	Своєчасне прийняття рішень щодо аналізу і удосконалення моделі, які попереджають або оперативно усувають відхилення
Оптимальності	Багатоваріантне опрацювання пропозицій щодо формування моделі і вибору найбільш раціонального варіанту для конкретних умов виробництва
Ієрархічності	Забезпечення у моделі ієрархічної взаємодії між структурними підрозділами та їх керівниками.
Автономності	Забезпечення раціональної автономності структурних підрозділів та їх керівників
Узгодженості	Узгодження з основними цілями виробництва в цілому робочих планів усіх ланок моделі.
Багатоаспектност і	Управління персоналом моделі за різними каналами: правовим, адміністративно-господарським, економічним і т. п.
Комфортності	Система управління персоналом повинна забезпечити максимум зручностей для творчих процесів обґрунтування, розробки, прийняття і реалізації рішень менеджерів.
Розмежування	Розмежування інтересів держави і економіки моделі

**Принципи, та напрями моделювання і розвитку сучасної моделі МПСП**

Взаємовигідності	Відпрацювання механізму взаємовигідного державно-приватного партнерства
Концентрації	Концентрація зусиль персоналу моделі на вирішенні основних завдань. Концентрація однорідних функцій в одному підрозділі моделі, що усуває дублювання
Спеціалізації	Розподіл праці у моделі (виділяється праця керівників, спеціалістів і службовців). Формуються окремі кабінети, які спеціалізуються на виконанні властивих тільки їм функцій
Адаптивності (гнучкості)	Здатність системи управління моделі пристосовуватись до зміни цілей і умов її роботи
Стандартизації	Передбачає єдину методичну основу стандартизації робіт у моделі і нормування праці фахівців, які у ній працюють.

Муніципальна стоматологія нового типу покликана вирішувати соціальні завдання охорони стоматологічного здоров'я громадян, забезпечуючи інтереси: - держави і муніципалітетів - у забезпеченні стоматологічного здоров'я населення; в управлінні службою на основі закону; в доступності стоматологічної допомоги для різних верств населення; в соціальній та економічній прийнятності (для держави і населення) форм надання стоматологічної допомоги;- населення - в доступності стоматологічної допомоги; в соціальній, економічній прийнятності та привабливості форми наданої допомоги, можливості вибору стоматологічного закладу і лікаря-стоматолога;- медичного персоналу - в гідній оплаті праці; професійній і соціальній захищеності; незалежності вибору (у межах закону) форми, місця роботи, професійної поведінки; можливості регулярного вдосконалення.

Методичні принципи моделювання орієнтували дослідження на використання адекватної сукупності підходів та їх взаємодії при реалізації задачі моделювання сучасної концептуальної моделі стоматологічного закладу. Для практичної реалізації запропонованих напрямів реструктуризації нами розроблено функціонально - організаційну модель об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах державно-приватного партнерства та її структуру. Специфікою

моделі є підвищення ефективності господарської діяльності, оптимізація бюджетних витрат і поліпшення якості наданих стоматологічних послуг.

Для забезпечення моделювання розроблена методологія - сукупність методів, завдань, які вирішувались при моделюванні стоматологічного об'єкта на умовах державно-приватного партнерства (табл. 6. 2.).

Таблиця 6. 2.

**Сукупність і послідовність завдань розробки моделі об'єднаної  
МПСП на принципах ДПП**

Послідовність виконання завдань моделювання МПСП	
Визначення змісту моделі як суб'єкта	Держава, в особі муніципалітету, допускає приватного інвестора у сферу своєї відповідальності. Створюється самоврядний юридично і господарсько-самостійний об'єднаний заклад - муніципально-приватна стоматологічна поліклініка. Суб'єкти МПСП управляють об'єктом протягом певного терміну згідно договору
Мета організації моделі	Підвищення ефективності економічного управління стоматологічними закладами муніципальної власності, якості та доступності стоматологічної допомоги
Функції муніципалітету	Стратегічне управління та оплата наданих у МПСП стоматологічних послуг населенню на основі договорів-замовлень
Вигоди для муніципалітету	Скорочення бюджетних витрат; фінансування проектів без збільшення дефіциту бюджету і державного боргу; підвищення ефективності та зниження вартості реалізації, використання більш ефективних технологій, у т. ч. у сфері управління
Вигоди для приватного інвестора	Розширення діяльності, що є особливо актуальним в умовах насичених ринків збуту; гарантоване отримання прибутку в середній та довгостроковій перспективі, що є гарантією стабільності бізнесу; можливість залучення позик коштів на більш вигідних умовах під гарантії держави
Механізми	Форма об'єднання державних і приватних інвестицій в організації спільного управління муніципальним стоматологічним закладом, яка націлена на вирішення важливих завдань соціально-економічної політики, що дозволяє забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу за рахунок поділу ризиків і вигод між партнерами
Технологія	Сукупність методів, процесів, які використовуються у виробничій діяльності, із застосуванням сучасних технологій надання послуг, що узгоджуються з останніми досягненнями науки
Інструменти	Бюджетне фінансування, приватні інвестиції, державні гарантії
Інститути	Державні цільові програми, регіональні, муніципальні програми

Суб'єктами управління у моделі МПСР є виконавчий орган місцевої державної адміністрації (департамент охорони здоров'я) та самоврядний юридично і господарсько самостійний об'єднаний заклад - МПСР з приватним капіталом.

Взаємодія партнерів закріплюється на офіційній, юридичній основі (угоди, договори, контракти і т. п.). Основна особливість структури моделі полягає в об'єднанні двох секторів, муніципального (державного) та приватного, які володіють своїми власними унікальними характеристиками і перевагами, при об'єднанні яких створюється можливість більш ефективно діяти і досягати кращих результатів. Форма реалізації моделі забезпечується схемою взаємодії партнерів і розподілу ризиків і вигод проекту. Можна виділити такі основні умови практичної реалізації проекту державно-приватного партнерства у сфері стоматології:

- спрямованість на вирішення переважно соціальних завдань (метою реалізації проектів ДПП повинно стати не стільки отримання прибутку учасниками, скільки підвищення якості наданих стоматологічних послуг);
- необхідність інтеграції результатів у сферу стоматології на основі створення тристороннього партнерства: держави, приватних інвесторів і соціальних відділень стоматологічних (муніципальних) поліклінік;
- пріоритетність ролі приватних інвесторів у процесі реалізації проектів ДПП та чітке розмежування функцій кожного з партнерів;
- забезпечення прозорості середовища для формування ДПП на основі побудови довірчих відносин між партнерами.

Особливості роботи МПСР на принципах державно-приватного партнерства полягають у партнерських відносинах двох суб'єктів моделі:

- приватний інвестор вкладає фінансові ресурси, професійний досвід управління, інноваційність в експлуатації обладнання, матеріалів та в обслуговуванні населення;
- держава, у свою чергу, крім вкладення інвестицій, надає ресурси та інфраструктуру, податкові та інші пільги, гарантії.

Ризики виробництва партнери ділять порівну.

Партнерські відносини у МПСП мають свої особливості:

- довгостроковість договірних відносин місцевих органів влади і МПСП (від 5 до 50 років);
- договірні відносини між МПСП та департаментом охорони здоров'я, це:
- інвестиційні договори з визначенням прав на новостворюваний фінансово і господарсько самостійний суб'єкт - муніципально-приватну поліклініку з новим господарським механізмом на принципах державно-приватного партнерства;
- договори - замовлення на обсяги фінансування програм надання стоматологічних послуг муніципальним відділенням МПСП;
- реальне фінансування стоматологічних програм муніципального відділення МПСП з місцевого бюджету;
- партнерське співробітництво приватного і громадського відділення;
- сервісні контракти (контракти на обслуговування, експлуатацію, управління);
- симетричний розподіл шансів і ризиків між відділеннями моделі, розподіл ризиків здійснюється відповідно до принципу, згідно якого кожен несе той ризик, з яким він може впоратись краще за іншого партнера.

Оптимізована, фінансово і господарсько самостійна функціонально-організаційна модель МПСП, створена на принципах ДПП, з економічно ефективною виробничою і соціальною інфраструктурою, джерелами реального фінансування, необхідним матеріально-технічним забезпеченням та кадровими ресурсами, сучасними механізмами управління, орієнтованими на підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги, представлена на рисунку 6. 1.

**Структура МПСП.** У структурі об'єднаної муніципально-приватної поліклініки з новим господарським механізмом на принципах державно-приватного партнерства об'єднані два лікувально-профілактичні стоматологічні відділення із різними джерелами фінансування та ряд спеціалізованих кабінетів зі змішаним фінансуванням. Примірна структура МПСП представлена на рисунку 6. 2.

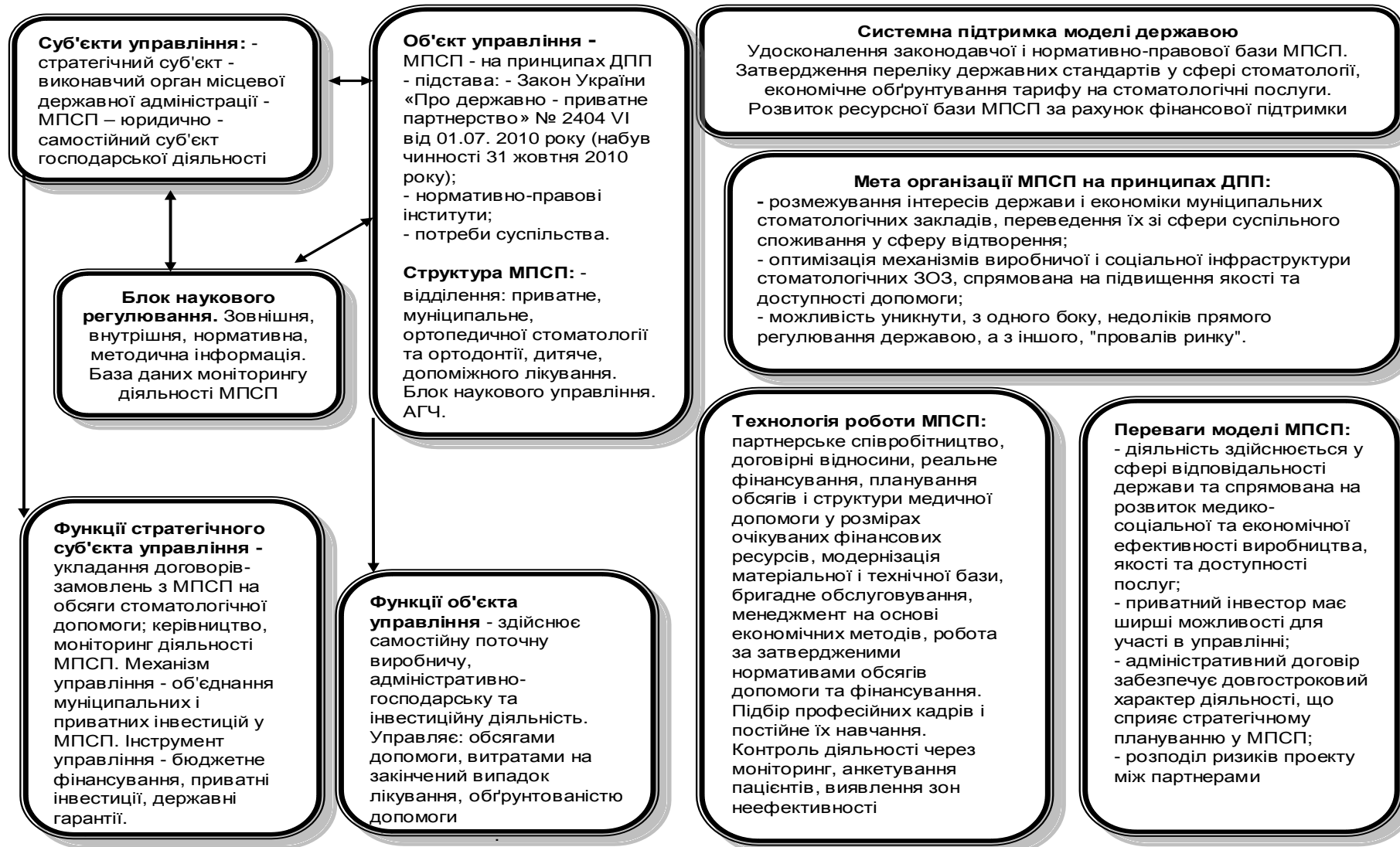


Рис. 6. 1. Функціонально-організаційна модель МПСП на принципах ДПП.

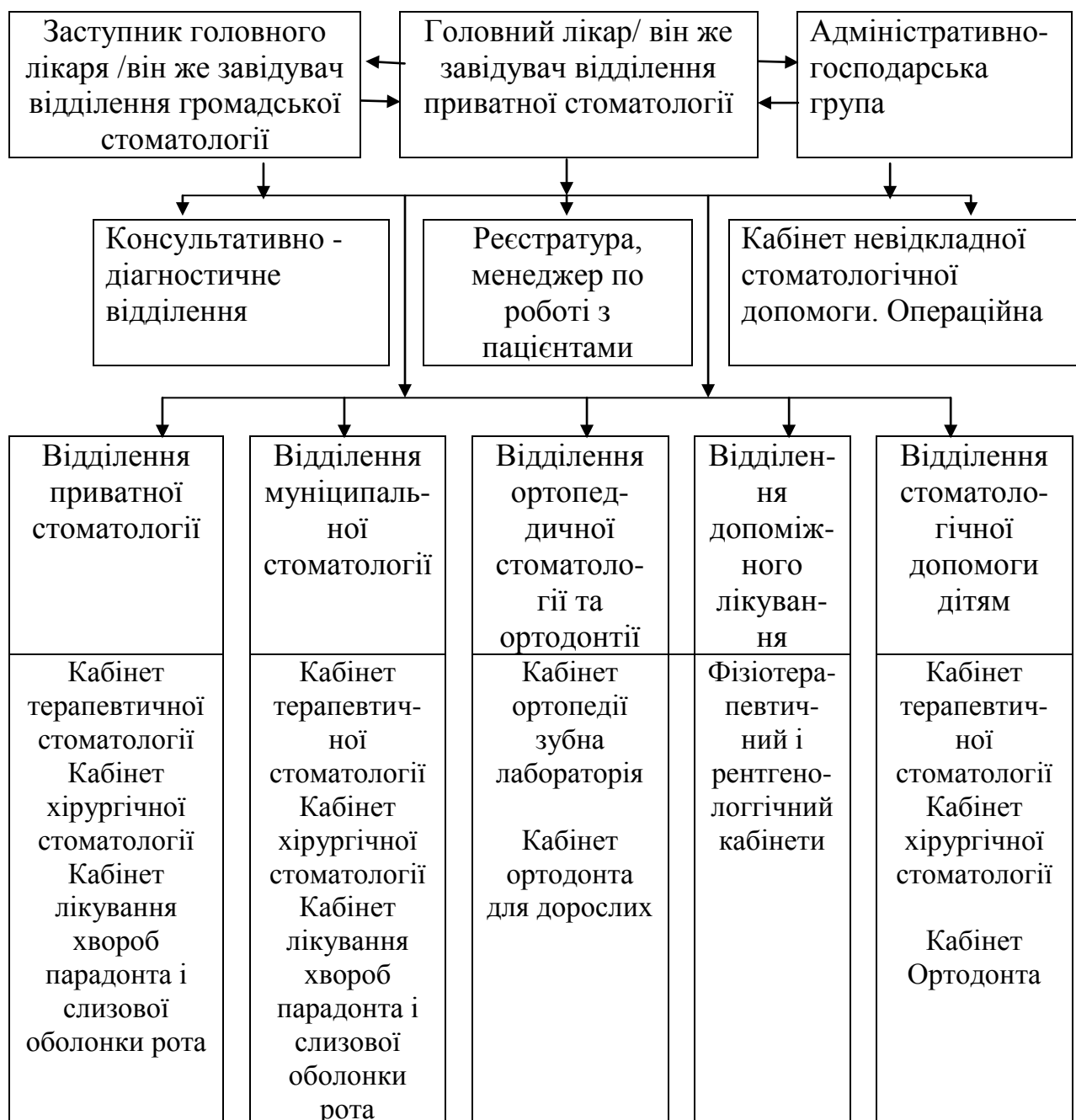


Рис. 6. 2. Примірна структура МПСП

Перше відділення МПСП - муніципальної стоматології - надає стоматологічну допомогу прикріпленому населенню, відповідно до статті 49 Конституції України та статті 35-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я (зі змінами від 07. 07. 2011). Також надає стоматологічну допомогу пільговим категоріям населення, які відповідно до низки законів України (№ 3551-ХП від 16. 12. 1993р. «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні», № 796-ХІІ від 18. 02. 1991р. «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали

внаслідок Чорнобильської катастрофи»), мають право на безоплатне надання стоматологічної допомоги у повному обсязі. Фінансується відділення муніципальним інвестором.

Друге відділення - приватне (комерційне) - функціонує на основі госпрозрахунку як комерційний механізм, надає висококваліфіковані послуги з високим сервісом обслуговування, інформованістю, сучасними дорогими технологіями. Фінансується приватним інвестором. До складу структури МПСП також входять відділення: - ортопедичної стоматології та ортодонтії, стоматологічної допомоги дітям та допоміжного лікування. Вони мають змішане фінансування. Конкретна структура МПСП встановлюється територіальним органом охорони здоров'я. У доповненні до поданої структури у приватному відділенні може виділятися кабінет для вузькоспеціалізованого прийому: ендодонтичного, імплантології, реставраційної терапії і т. п. МПСП як нова функціонально-організаційна структура створена на принципах ДПП має особливості технологічного процесу. Технологія нами розглядається як сукупність методів, процесів, які використовуються у діяльності нової моделі із застосуванням сучасних способів виробництва послуг та узгоджуються з принципами системи охорони здоров'я і конституцією України.

Комерційне відділення МПСП є невід'ємним компонентом моделі, однак має свої особливості технології. Має свою нішу, задовольняючи попит певної частини населення, забезпечуючи залучення додаткових коштів до бюджету МПСП. Сприяє можливості вибору пацієнтом певного виду стоматологічних послуг, активно впливає на якість послуг і професіоналізм медичного персоналу. До того ж, сектор платної стоматології є важливим стимулом до збереження стоматологічного здоров'я та профілактичної стоматології. З іншого боку, комерційне відділення МПСП виконує не менш важливу функцію новаторства в застосуванні науково-технологічних досягнень і передового досвіду у стоматологічній допомозі населенню. Наявність двох відділень - платного і муніципального, сприяє дотриманню ключових прав на життя і здоров'я людини, принципів доступності медичних послуг, їх достатності,

об'єктивності, а також гнучкості регулювання соціально-економічних відносин, адекватних сучасному стану економіки і організації охорони здоров'я, очікуванням споживачів і виробників. МПСП на принципах державно - приватного партнерства має дві технологічні особливості, по-перше, муніципалітет передає їй в оренду муніципальний об'єкт стоматологічної діяльності (робочі площі) і стоматологічне майно, що дозволить МПСП управляти собівартістю стоматологічних послуг, які оплачуються за рахунок бюджетних коштів, що виділяються на фінансування договорів-замовлень, а також впливати на рентабельність виробництва. По-друге, муніципальна стоматологічна поліклініка, з об'єкта споживання державних ресурсів, перетворюється на господарсько і юридично самостійний суб'єкт стоматологічної діяльності, суб'єкт відтворення послуг, засобів виробництва.

Основою організації стоматологічної допомоги у МПСП є інтегрована бригадна практика, яка забезпечує комплексне надання послуг пацієнтам. Бригадна практика - це об'єднання декількох лікарів стоматологів різних стоматологічних спеціальностей у бригаду (стоматолога-терапевта, стоматолога-хірурга, ортодонта, ортопеда і т. д.) для проведення комплексу діагностичних, профілактичних і лікувальних заходів, згідно укладеної угоди між пацієнтом та МПСП, а також залучення, у разі потреби, лікарів-консультантів інших спеціальностей. Штати МПСП залежать від кількості населення, яке обслуговується і обсягу виконуваної роботи. Найменування посад приводяться у відповідності до штатних нормативів МОЗ України.

Алгоритм стоматологічної допомоги з бригадним принципом обслуговування пацієнтів у МПСП представлений на рисунку 6. 3.

Черговий лікар-стоматолог повинен надати пацієнту наступні послуги:

а) провести комплексне обстеження пацієнта: лабораторну і рентгенодіагностику, призначити консультацію стоматологів фахівців - ортодонта, ортопеда і т. д. та лікарів інших спеціальностей; б) оцінити індивідуальний ризик, тобто визначити звички і умови, які становлять ризик для органів і тканин порожнини рота і організму пацієнта;

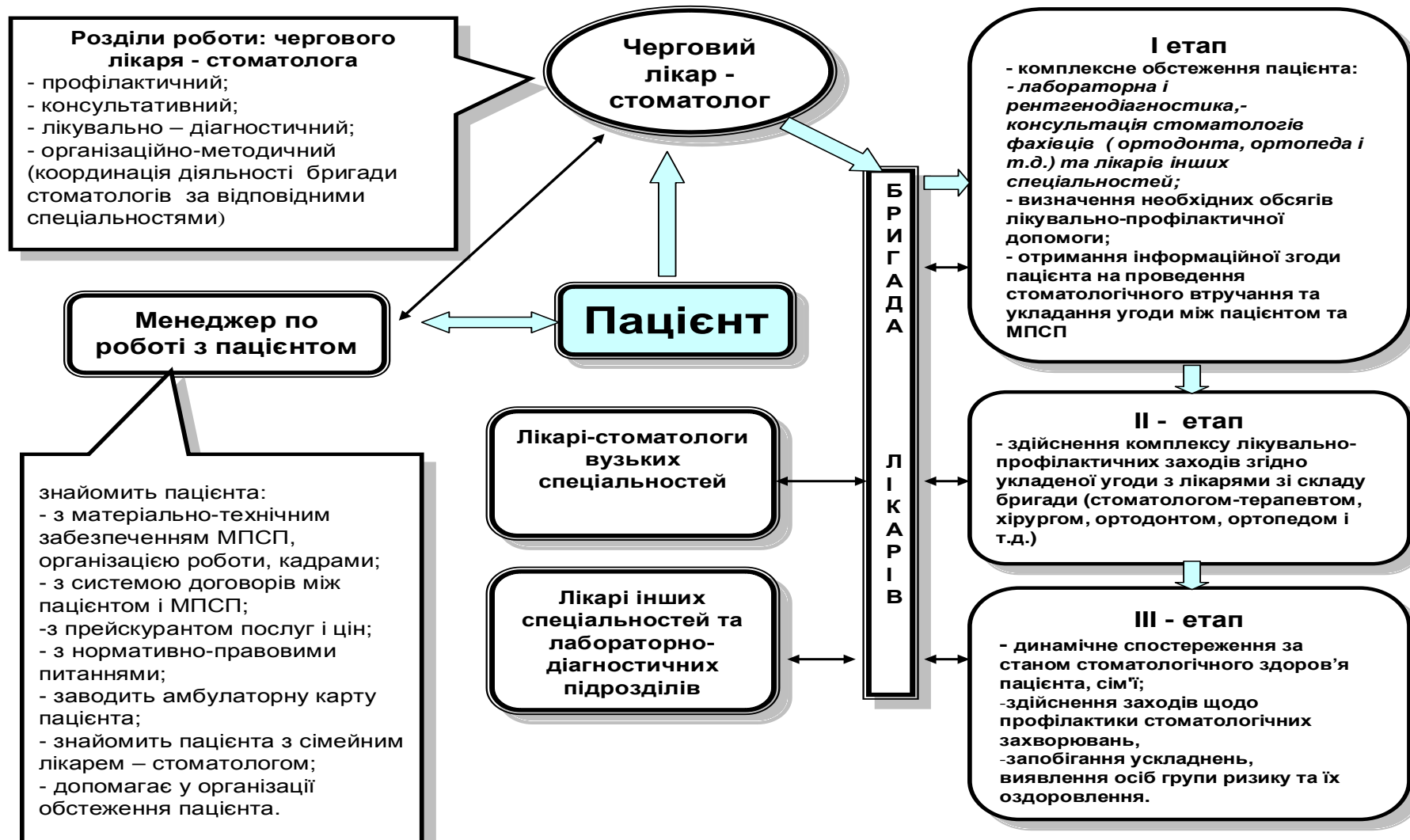


Рис. 6. 3. Алгоритм стоматологічної допомоги з бригадно-етапним принципом обслуговування.

в) виявити стоматологічне захворювання на ранній стадії його розвитку; г) скористатись консультаціями вузьких фахівців-стоматологів (ортодонта, імплантолога і т. д.); д) визначити необхідні обсяги лікувально-профілактичної допомоги; ж) отримати інформаційну згоду пацієнта на проведення стоматологічного втручання та укласти угоду між пацієнтом та МПСП на необхідні обсяги стоматологічного лікування; з) скласти пацієнту маршрут відвідування необхідних лікарів-стоматологів бригади.

Крім того, черговий лікар-стоматолог проводить комплекс заходів, спрямованих на профілактику стоматологічних захворювань. Важливу роль у роботі моделі МПСП відіграє стоматологічний бізнес-процес. Бізнес-процес - це сукупність взаємопов'язаних заходів, спрямованих на створення певної послуги для споживачів. Нами розроблена методологія управління стоматологічним бізнес-процесом для МПСП.

#### ***Методологія управління медичним бізнес-процесом у моделі МПСП.***

Методологія управління медичним бізнес-процесом у моделі МПСП нами визначається як формування такої технології процесу, яка забезпечить єдині підходи до управління в умовах нового господарського механізму, з урахуванням специфіки відділень моделі та створить систему його підтримки. Етапи управління медичним бізнес-процесом у МПСП, представлені у таблиці 6. 3. Формування управління медичним бізнес-процесом відбувається із урахуванням наступних чинників: – характер обслуговування (послуги у межах територіальних програм державних гарантій, послуги за фактом звернення пацієнта до МПСП, комерційні послуги за договором); – програма обслуговування (обсяг послуг); – причина звернення (захворювання, діагностика, профілактика та ін.); – характер взаємин ЗОЗ і клієнта (регулярність); – якість діагностики (обґрунтованість діагнозу, відповідність плану ведення пацієнта); – якість лікування (правильність обсягу лікування); – гнучкість у наданні стоматологічних послуг (перезапис на прийом, заміна лікаря, послуг); – автоматизація стоматологічної діяльності.

### Етапи управління медичним бізнес-процесом моделі МПСП

Етапи технології управління бізнес-процесом	Зміст етапів технології управління бізнес-процесом
Визначення цілей розвитку стоматологічного закладу	Підвищення якості (структурування і регламентація діяльності). Зниження витрат (оптимізація медичних процесів). Проектування і впровадження МІС (узгодження стоматологічних процесів з алгоритмом МІС)
Виділення основних процесів технології	Угрупування основних медичних бізнес-процесів і визначення їх змісту за відділеннями МПСП
Визначення стратегічних пріоритетів	Виділення ключових умов діяльності з надання стоматологічних послуг, які впливають на досягнення бізнес-цілей
Визначення потоку бізнес-процесу	Побудова послідовності стоматологічних бізнес-процесів за відділеннями МПСП як ланцюжка створення доданої вартості
Побудова моделей бізнес-процесу за відділеннями	Опис типових моделей основних стоматологічних бізнес-процесів за відділеннями
Деталізація моделей бізнес-процесу за відділеннями	Декомпозиція типових моделей основних стоматологічних бізнес-процесів за відділеннями

Методологія управління медичним бізнес-процесом у МПСП ґрунтується на концепції інтеграції, яка передбачає цілісний погляд на бізнес-процеси і включає кілька варіантів методик («До встановлення діагнозу», «Встановлення діагнозу», «Після встановлення діагнозу»), об'єднаних у межах системного підходу. Переваги методології є наступними: – комплексний підхід до аналізу належності пацієнта до певної групи обслуговування; – можливість розглядати пацієнта з різних позицій (належність до групи обслуговування, добір програми лікувально-діагностичного процесу з технологічними фазами обслуговування і т. п.), забезпечує цілісне уявлення про пацієнта в процесі обслуговування; – варіативність методик обслуговування; – наочність процесу обслуговування; – диференційований підхід до обслуговування пацієнтів. Особливості методик управління стоматологічним бізнес-процесом у залежності від технологічної фази обслуговування представлені у таблиці 6. 4.

В якості графічного опису управління медичним бізнес-процесом застосовуються блок-схеми. Методика управління медичним бізнес - процесом «До встановлення діагнозу» представлена у блок - схемі 6. 1.

Таблиця 6. 4.

**Особливості методики управління бізнес-процесом у залежності від технологічної фази та групи обслуговування**

Технологічні фази обслуговування	Методика стоматологічного бізнес-процесу в залежності від групи обслуговування пацієнтів		
	Група пацієнтів, яка обслуговується в межах територіальних програм державних гарантій	Група пацієнтів, яка обслуговується за фактом звернення	Група пацієнтів, яка обслуговується комерційним відділенням
До встановлення діагнозу	Ідентифікація, прикріплення пацієнта до групи обслуговування	Ідентифікація програми обслуговування	Оформлення договірних відносин
Встановлення діагнозу	Вибір діагностичних та консультативних послуг в обсязі програм державних гарантій	Вибір діагностичних та консультативних послуг може бути обґрунтовано розширений	Вибір діагностичних та консультативних послуг. Посилена сервісна складова
Після встановлення діагнозу	Вибір обсягу лікування у межах соціального відділення МПСП обмежений програмою державних гарантій	Вибір обсягу лікування та обґрунтування доповнень за згодою пацієнта	Повний обсяг лікування у межах комерційного відділення. Активна організація повторної явки

Блок - схема 6. 1.

**Методика управління медичним бізнес-процесом «до встановлення діагнозу»**

Вхідна подія	Звернення пацієнта з метою запису на прийом (первинний /вторинний), отримання довідкової інформації
Функція	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первинне спілкування з клієнтом</li> <li>• Укладання договору</li> <li>• Узгодження умов надання медичної допомоги (часу, місця, лікаря і т. д.)</li> <li>• Формування медичної карти, статистичного талона, запису в розкладі</li> <li>• Контроль явки пацієнта (нагадування про візит)</li> <li>• Підготовка робочого місця лікаря до візиту пацієнта</li> </ul>
Керуючий вплив	Ініціативне звернення пацієнта (дзвінок або відвідування реєстратури) та / або ініціативне звернення лікаря), посадові інструкції та інші внутрішні нормативні документи (локальні клінічні протоколи і т. п.), відмітка у базі даних інформаційної системи
Ресурси	Реєстратура, комерційний (договірний) кабінет, середній мед. персонал, медична інформаційна система
Вихідна подія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Явка пацієнта на прийом</li> <li>• Відмова пацієнта від обслуговування</li> <li>• Направлення на лабораторну та інструментальну діагностику</li> </ul>

Методика управління медичним бізнес - процесом під час «Встановлення діагнозу» представлена на схемі 6. 2.

**Методика управління бізнес-процесом «під час встановлення діагнозу»**

Вхідна подія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Явка пацієнта на прийом (первинний / вторинний).</li> </ul> Направлення на лабораторну та інструментальну діагностику
Функція	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прийом хворого, діагностика, встановлення попереднього діагнозу, надання невідкладної допомоги</li> <li>• Визначення обсягу лікувально-діагностичних послуг, їх відповідності програмам: добровільного медичного страхування, гарантованих послуг, договору.</li> <li>• Визначення необхідності надання додаткових послуг</li> <li>• Попереднє узгодження оплати додаткових послуг</li> <li>• Оформлення медичної документації</li> <li>• Визначення стану, дати повторної явки (запускає вхідну подію бізнес-процесу «До встановлення діагнозу»)</li> <li>• Консультації вузьких спеціалістів, лабораторні та інструментальні дослідження</li> <li>• Аналіз результатів лабораторних та діагностичних досліджень, встановлення остаточного діагнозу</li> </ul>
Керуючий вплив	Розклад / наряд на надання допомоги, план ведення хворого, стандарт лікування, законодавство України, програма добровільного медичного страхування, посадова інструкція, локальні клінічні протоколи і т. п.
Ресурси	Лікарі та середній мед. персонал відділень МПСП, реєстратура, лабораторне та діагностичне обладнання, МІС
Вихідна подія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направлення пацієнта на консультації всередині МПСП до стоматологів вузьких спеціальностей</li> <li>• Встановлення остаточного діагнозу</li> <li>• Направлення пацієнта на лікувальні процедури до фізіотерапевтичного кабінету МПСП</li> <li>• Направлення пацієнта до сімейного лікаря-стоматолога для диспансерного спостереження</li> </ul>

Методика управління медичним бізнес-процесом «Після встановлення діагнозу» представлена на схемі 6. 3. Особливість даної методики у диференційованості підходу при визначенні обсягу лікувально-діагностичних послуг відповідно до статусу, діагнозу і віку пацієнтів, наявності програми добровільного медичного страхування, програми гарантованих обсягів послуг та договорів-замовлень на надання стоматологічних послуг, укладених пацієнтом договорів на надання платних послуг. Найважливішою складовою роботи з управління, менеджеризму є моніторинг та оцінка виконання перерахованих завдань. Особливо важливо підкреслити, що даний алгоритм менеджеризму - системи принципів і практичних рекомендацій, в основі якої лежить вдосконалення процесу управління, є ефективним способом вирішення широкого кола економічних і соціальних проблем.

### Методика управління медичним бізнес-процесом

#### «Після встановлення діагнозу»

Вхідна подія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Встановлено остаточний діагноз</li> <li>• Направлення на лікувальні процедури</li> <li>• Взяття на диспансерний облік та спостереження</li> </ul>
Функція	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надання обсягу і методів лікування у відповідності до групи обслуговування пацієнтів і програм: добровільного медичного страхування, гарантованих договором послуг</li> <li>• Надання додаткових послуг (оплата узгоджується)</li> <li>• Виконання планових лікувальних процедур і маніпуляцій</li> <li>• Організація аптечного обслуговування та забезпечення пацієнта необхідними медикаментами</li> <li>• Контроль ефективності лікування</li> <li>• Формування медико - статистичної інформації</li> <li>• Забезпечення динамічного спостереження</li> </ul>
Керуючий вплив	<p>Розклад роботи лікаря, план ведення хворого, стандарт лікування, законодавство України, програми добровільного медичного страхування, обсяги гарантованих послуг, інформована добровільна згода пацієнта на надання платних стоматологічних послуг у комерційному відділенні.</p> <p>Ініціативне звернення лікаря (виклик для динамічного спостереження пацієнта), посадові інструкції, локальні клінічні протоколи, маркетингове забезпечення.</p>
Ресурси	Лікарі та середній мед. персонал відділень МПСП, реєстратура
Вихідна подія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Звернення пацієнта з метою запису на вторинний прийом</li> <li>• Вторинний прийом</li> <li>• Відмова пацієнта від обслуговування</li> </ul>

Він базується на переконанні, що управління, яке ґрунтується на тверезому врахуванні реальних фактів і ясному баченні перспективи, може сприяти реалізації фундаментальних змін і надати організації нового потужного імпульсу в її діяльності.

### 6. 3. Методика оптимізації управління структурою МПСП

Методика оптимізації управління розроблялась як комплекс, який містить: стратегічні напрями оптимізації управління, основний ряд економічних завдань, що вирішуються менеджерами в МПСП, порядок фінансового планування та управління використанням ресурсів, механізми реалізації стратегії оптимізації управління за напрямками: організаційно-

правовим, структурно-технологічним, ресурсним, мотиваційним і управління науково-технічною інформацією. Це було пов'язано з тим, що розроблена нами сучасна структура МПСР формулює ряд вимог щодо вибору методів управління і важливу роль ми надаємо економічним методам управління.

МПСР розглядається нами як суб'єкт економічно керованої стоматологічної допомоги на муніципальному рівні, який володіє власним комплексом управлінських, організаційно-економічних і клінічних заходів, спрямованих на подолання недоліків системи в наданні та фінансуванні стоматологічної допомоги та в забезпеченні більш високої ефективності функціонування всього комплексу МПСР.

Стратегічними напрямками, які оптимізують управління МПСР, на нашу думку, є наступні: - комплексний підхід до оцінки поточної діяльності МПСР, її відділень, окремих лікарів, аналізу медико-економічної ефективності; - повне відділення функцій замовника і виконавця; - відокремлення фінансування від надання стоматологічної допомоги та затвердження договірних відносин між МПСР і замовником їх послуг; - виконання стороною, яка здійснює фінансування, функцій інформованого покупця стоматологічної допомоги; - першочерговий розвиток тих ланок надання лікувально-профілактичної допомоги, які здатні брати на себе основну частину випадків лікування захворювань; - надання переваги, у межах кожного відділення, медичним технологіям з найбільшою ефективністю; - планування потоків пацієнтів, визначення найбільш раціональних обсягів і структури надання кожного виду стоматологічної допомоги; - суворі стандартизація виду послуг, які надаються, методів оплати допомоги, процедур управління ресурсами і планування стоматологічної допомоги.

Слід уточнити, що у структурі МПСР створюється інтегрована система фінансування і надання стоматологічної допомоги, яка діє як комплекс взаємопов'язаних керованих операцій. Вона має свої об'єкти управління. Об'єктами управління є: - обсяги медичної допомоги в кожному відділенні

МПСП; - структура надання стоматологічної допомоги; - витрати на закінчений випадок лікування (включаючи всі етапи надання стоматологічної допомоги); - обґрунтованість наданої допомоги, консультацій фахівців, профілактичної терапії; - кінцеві результати роботи у вигляді показників здоров'я населення. Управління процесом надання стоматологічної допомоги важливо здійснювати в комплексі взаємопов'язаних правил, загальних для всіх відділень МПСП. Тому основним напрямком діяльності є створення спільних для всіх відділень економічних стимулів і забезпечення їх функціонування за узгодженими правилами.

**Комплекс економічних завдань, які вирішуються у структурі МПСП:** - забезпечення оптимального співвідношення між службою терапевтичної стоматологічної допомоги, лікарями-стоматологами вузьких спеціальностей та допоміжними службами; - створення загальної системи економічних інтересів для всіх відділень надання стоматологічної допомоги; - забезпечення координації та наступності роботи відділень МПСП; - вибір економічно найбільш раціонального варіанту лікування конкретного випадку без шкоди для якості допомоги; - мотивування лікарів на пошук ресурсозберігаючих технологій; - стимулювання інтересу населення до здорового способу життя і раціональної поведінки пацієнтів. Для МПСП у ринкових умовах важливою умовою розвитку є планування за принципом узгодження обсягів і структури стоматологічної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами.

Цей принцип суттєво відрізняється від того принципу планування, який домінував донедавна у вітчизняній системі охорони здоров'я - планування мережі ЗОЗ на основі нормативів. Схематично, порядок фінансового планування у МПСП полягає у наступному: - розрахунок очікуваних фінансових ресурсів з усіх джерел надходжень; - аналіз обсягів і структури надання стоматологічної допомоги, виявлення зон неефективності; - розробка рекомендацій за обсягами стоматологічної допомоги; - розробка натуральних і фінансових нормативів, тобто середніх витрат в розрахунку на обрану одиницю

обсягів за окремими статтями; - узгодження обсягів допомоги з муніципальними органами; - розробка сценаріїв проведення фінансового моделювання; - розробка планів перенавчання та стимулювання кадрів; - формування замовлень на надання стоматологічної допомоги; - ведення переговорів та укладання договорів між місцевими покупцями стоматологічної допомоги та МПСП; - моніторинг і оцінка виконання договорів.

Особливо важливо підкреслити, що у ході планування накопичується об'єктивна економічна інформація, яка служить основою для прийняття рішень щодо раціонального розміщення замовлення на надання стоматологічної допомоги, зокрема, для формування вимог до замовника стоматологічних послуг і оцінки заявок на отримання замовлення. Крім того, фінансове планування формує навички економічного мислення у замовників і виконавців, що є умовою ринкових перетворень. У системі МПСП важливим моментом економічного управління є методи управління використанням ресурсів. Вони є комплексом заходів по управлінню використанням ресурсів, які включають: - планування програм з надання стоматологічної допомоги з акцентом на пошук варіантів з найбільшою ефективністю; - розробку клінічних стандартів та критеріїв використання ресурсів при наданні стоматологічної допомоги; - аналіз поточної економічної діяльності МПСП, її відділень і окремих лікарів; - контроль за обґрунтованістю стоматологічної допомоги.

Особливо велике значення має обов'язковий комплекс заходів щодо забезпечення найбільшої ефективності витрат при застосуванні найбільш складних і високозатратних стоматологічних технологій. У цих випадках використовується загальний набір методів управління. Специфіка полягає лише в інтенсивності використання деяких з них. Крім того, модель МПСП розглянута нами як модель керованої стоматологічної допомоги на муніципальному рівні, має низку важливих механізмів реалізації стратегії оптимізації управління, представлених на рисунку 6. 5.

Розроблена методика управління - це пошук стратегії і методів, які оптимізують управління МПСП з метою більш раціонального використання

ресурсів, запровадження економічно і соціально прийнятних методів обслуговування пацієнтів. Разом з тим, основним моментом в управлінні МПСП є державно-приватне партнерство, як важливий механізм реорганізації та управління системою. Основою механізму ДПП є розподіл сфер відповідальності між сторонами, регламентування шляхів прийняття рішення всередині МПСП, законодавче та юридичне оформлення і закріплення договорів (рис. 6. 6). ***Стратегія менеджменту у МПСП.*** Ефективність управління МПСП полягає в інтеграції трьох методів управлінського, виробничого та кадрового обліку, що дозволяє успішно реалізовувати виробничу стратегію і досягати основної стратегічної мети - підвищення якості стоматологічної допомоги населенню. Планування, організація, мотивація і контроль є основними інструментами менеджменту, які забезпечують процес координації діяльності підрозділів МПСП.

Головну роль у менеджменті відіграє фінансовий менеджмент, в якому робота з людськими ресурсами має два аспекти: - кожен менеджер повинен бути висококласним фахівцем у сфері фінансів, що потребує спеціальної фінансової підготовки менеджерів усіх рівнів, особливо - головного лікаря МПСП, його заступника, керівників відділень; - кожен співробітник МПСП повинен у достатній мірі розбиратися в основних фінансових питаннях, кваліфіковано розглядати проблеми бізнесу, фінансової складової будь-якої господарської проблеми.

Важливим моментом в управлінні є розробка керівником МПСП концепції управління трудовим колективом. Організація праці колективу базується на здатності менеджера чітко розподіляти обов'язки між працівниками, визначати і ставити конкретні завдання, відображати їх кількісними і якісними параметрами, визначати час, потрібний для практичної реалізації завдання, забезпечувати інформаційну базу і необхідні технічні засоби, конкретизувати послідовність виконання завдань, виходячи з їх терміновості та важливості.

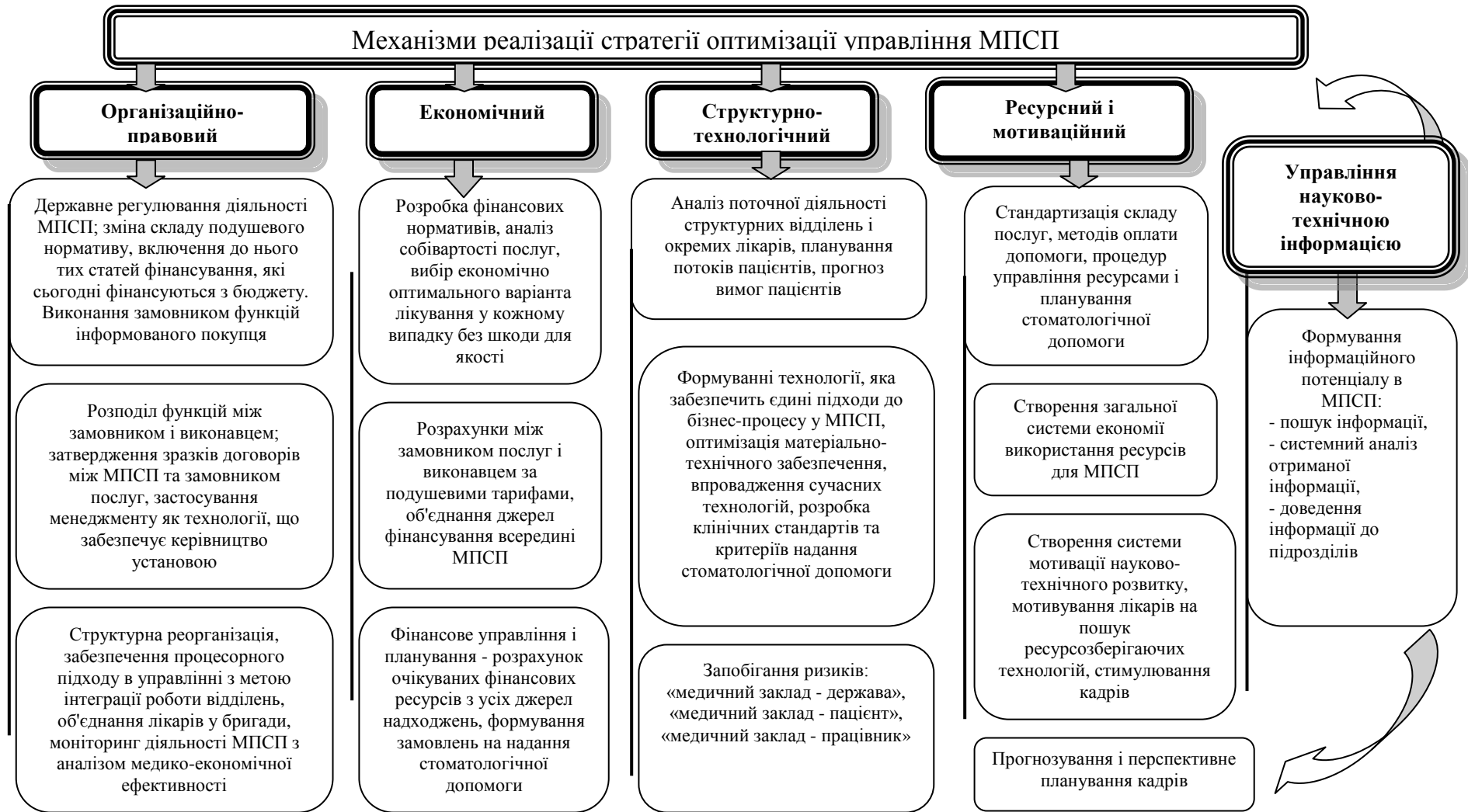


Рис. 6. 5. Механізми реалізації стратегії оптимізації управління МПСП.



Рис. 6. 6. Механізми ДПП у МПСП.

У сучасних умовах важливою складової діяльності менеджера МПСП, яка визначає можливості досягнення стратегічного успіху, є створення та функціонування еластичних, саморегульованих структур, які зазвичай іменуються командою. Команда - це ретельно сформований, добре керований, само організований колектив, який швидко і ефективно реагує на будь-які зміни ринкової ситуації та вирішує всі завдання як єдине ціле. Будь-який учасник команди повинен

постійно вдосконалювати свою кваліфікацію, щоб володіти універсальними, енциклопедичними у своїй сфері знаннями, трудовими навичками.

Вивчення споживачів стоматологічних послуг є однією із основних складових елементів аналітичної функції маркетингу. Для того щоб розраховувати на успіх при реалізації послуг, слід з'ясувати психологію їх споживачів і механізми задоволення потреб у послугах.

Важливим елементом діяльності МПСП є правильна організація прийому пацієнтів. Організація прийому має бути такою, щоб час очікування пацієнтом прийому максимально влаштовував би його, тобто був максимально коротким.

Велику роль у діяльності МПСП має визначення оптимальної системної цінової політики. Від неї залежить той рівень, який забезпечить отримання найбільшого прибутку при найменших витратах. Призначаючи ціну на послуги, МПСП визначає дуже конкретне коло пацієнтів, на яких можете розраховувати. Ціни повинні бути вказані від мінімальної до максимальної з вказівками на можливі знижки і пільги, можливі варіанти оплати. Остаточний рахунок не повинен перевищувати той, який передбачався до надання послуги.

На початку лікування пацієнт повинен знати конкретну суму, яку йому слід буде заплатити і не повинен мати неприємних сюрпризів обумовлених її зростанням. Опитування пацієнтів виявляє необхідність представлення, як остаточної суми, так і докладного звіту щодо її складових. Доцільно також конкретно визначитися щодо поняття та переліку сервісних послуг, які надає стоматологічний заклад.

У поняття «сервісний» має входити супровід хворого при обстеженні з метою уникнення черг і непорозумінь, особливо в умовах змішаної форми обслуговування. МПСП, яка претендує на сервісне обслуговування, зобов'язана надати бездоганне приміщення, апаратуру іменитих фірм, ретельно відібраний і прекрасно навчений персонал. Високі ціни на стоматологічні послуги у значній мірі залежать саме від сервісної складової стоматологічної допомоги. А забезпечення сервісу, у свою чергу, - від оптимально підібраного персоналу і рівня його мотивації. Проблема мотивації персоналу є дуже важливою. Для роботи з «дорогими» пацієнтами слід здійснювати психологічний добір персоналу. При існуванні можливості вибору між платними і

безкоштовними послугами, на платні піде той потік пацієнтів, які можуть собі дозволити певний рівень обслуговування. З них можна сформувати постійний потік споживачів, якщо їх очікування не будуть обмануті і в результаті вони вважатимуть свої витрати виправданими. Поріг чутливості до змін ціни буде залежати від рівня матеріального становища пацієнта.

Велику роль у діяльності МПСП відіграватиме раціональна організація матеріально-технічного постачання, яка суттєво впливає на накладні витрати і таким чином на собівартість послуги. Добре відомо, що надлишкові запаси витратних матеріалів та обладнання можуть різко знизити швидкість обороту капіталу, погіршити фінансове становище і конкурентні позиції МПСП. Найбільш оптимальним строком планування придбання матеріалів є квартал. Цей термін достатній для формування таких обсягів закупівель, які дозволяють розраховувати на знижки. Практично за кожною групою витратних матеріалів у МПСП повинні сформуватися постійні постачальники, обсяги закупівель у яких перевищують  $\frac{2}{3}$  всіх витратних матеріалів.

На відміну від державних стоматологічних ЗОЗ, МПСП протягом певного часу буде характеризуватися наявністю значної питомої ваги капітальних вкладень на розширення виробничих площ, отже і в цій ситуації потрібно мати досить високий рівень фінансового менеджменту. Але в основі стратегії відтворення основних фондів все одно має бути прагнення удосконалювати технологічний процес з метою забезпечення високого рівня доступності та якості стоматологічних послуг для споживача. Визначальним моментом у взаємовідносинах між пацієнтом і лікарем-стоматологом буде принцип етапності в організації стоматологічної допомоги та особистої відповідальності. Для забезпечення виконання даного принципу має бути сформована та послідовно реалізовуватись стратегія бригадно - етапної стоматології з акцентом на формування нової мотивації лікарів-стоматологів у МПСП. Порівняльний аналіз діючих муніципальних стоматологічних ЗОЗ і моделі МПСП, в організаційно-правовому, структурно-технологічному, ресурсно-економічному та інформаційному аспектах, дозволив виявити основні переваги моделі та представити їх у систематизованому вигляді у таблиці 6. 5.

Таблиця 6. 5.

**Переваги моделі МПСР (з економічним менеджментом) над муніципальними стоматологічними ЗОЗ**

Діюча модель	Модель МПСР
<b>Основні організаційно – правові елементи</b>	
Діючі муніципальні стоматологічні ЗОЗ утримуються виконавчими органами місцевої державної адміністрації, є об'єктами громадського споживання. Фінансуються за залишковим принципом. Не забезпечують конституційне право громадян на безкоштовне отримання стоматологічної допомоги.	- моніторингу фінансової та поточної діяльності МПСР за всіма відділеннями і всіх лікарів.
<b>Основні структурно - технологічні елементи</b>	
Структура діючої муніципальної стоматологічної поліклініки в основному складається з відділень, які надають стоматологічні послуги в обмежених обсягах і не високої якості.	- Структурна інтеграція двох організаційно і фінансово різнопланових відділень у юридично і господарсько самостійну МПСР забезпечить надання необхідних обсягів послуг усім верствам населення. Інтеграція у виробництві МПСР високотехнологічних сучасних технологій, високо кваліфікованих кадрів, технології бригадно-етапного методу роботи забезпечить професіоналізм, координацію і наступність у роботі з пацієнтом і якість послуг.
Для діючих муніципальних стоматологічних ЗОЗ притаманне недостатнє ресурсне забезпечення, неукомплектованість кадрів, відсутність можливості забезпечити населення доступною та якісною медичною допомогою. Наявність залишкового фінансування обмежує можливість розвитку матеріально-технічної бази і впровадження сучасних технологій.	- Підвищення рівня професіоналізму кадрів за основними напрямками, елементів мотивації, фінансового менеджменту, логістики, участі в управлінні якістю допомоги сприятиме підвищенню якості послуг і зниженню стоматологічної захворюваності.
<b>Основні ресурсні елементи. Основні економічні елементи</b>	
- Законодавчо оформлене тільки одноканальне бюджетне фінансування стоматологічних муніципальних ЗОЗ не сприяє їх економічній ефективності.	Забезпечення економічної ефективності моделі МПСР досягається за рахунок: - переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення; - реального фінансування, планування обсягів і структури допомоги в розмірах очікуваних фінансових ресурсів; - оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва; - оптимізації механізмів управління МПСР. Запровадження фінансового планування у МПСР забезпечує розрахунок очікуваних фінансових ресурсів, аналіз обсягів і структури наданої допомоги, виявлення зон неефективності, розробку рекомендацій за обсягами допомоги і натуральними та фінансовими нормативами

**Переваги моделі МПСР (з економічним менеджментом) над муніципальними  
стоматологічними ЗОЗ**

<b>Основні інформаційні елементи</b>	
У діючій моделі недостатньо використовуються інформаційні технології управління.	Запровадження автоматизованої технології управління, яка включає аналіз інформаційних потоків, бази даних і алгоритми обслуговування пацієнтів, оцінку рішень і контроль за їх виконанням, забезпечить ефективність роботи МПСР.

Порівняльна характеристика діючої моделі та моделі МПСР має ряд переваг та недоліків

**6. 4. Експертна оцінка ефективності розробленої моделі МПСР для сучасних економічних умов**

Одним із завдань даної роботи було здійснення експертної оцінки розробленої моделі МПСР. Експертна оцінка проведена керівниками стоматологічних поліклінік, вченими фахівцями з соціальної медицини (всього 30 експертів, з них 2 доктори, 4 кандидати медичних наук, 24 організатора охорони здоров'я, які мають вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я»).

Експертна оцінка проводилась за спеціально розробленою програмою експертизи, яка містила перелік основних параметрів розробленої моделі. Експертна оцінка здійснювалась у декілька етапів. Спочатку був складений перелік основних параметрів моделі, які підлягали оцінці та проведена їх експертна оцінка за методом Дельфі. Потім у три етапи здійснювалась сама експертна оцінка. На першому етапі кожен з 30 - ти експертів виставляв незалежні оцінки (за десятибальною шкалою) за кожним з параметрів затвердженого переліку. На другому і третьому етапах експерти порівнювали свою думку з колективною оцінкою всієї експертної групи, при цьому вони могли змінити або скоректувати свою позицію. За результатами третього етапу експертної оцінки, крім середніх значень кожного показника у балах, були розраховані коефіцієнти

варіації, за допомогою яких визначався ступінь узгодженості думок експертів за кожним параметром оцінки. Значення коефіцієнтів варіації ( $C_v$ ) за всіма параметрами моделі, оцінювалось у ході експертизи, не перевищувало 10, 0%, що свідчить про низький ступінь варіації оцінок експертів. Високий ступінь узгодженості думок експертів підтверджує також значення коефіцієнта конкордації ( $W = 0,81, p < 0,05$ ) (табл. 6. 6).

Таблиця 6. 6

### Результати експертної оцінки моделі МПСР ( $W=0,81$ )

Основні переваги моделі	Середній бал	$C_v$ (у %)
1. Об'єднання в юридично і господарсько самостійній моделі МПСР державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом на принципах ДПП, при збереженні власності держави на стоматологічний об'єкт і впровадженні в практичну діяльність найбільш перспективних економічних технологій бізнес процесу.	9, 60±0, 09	8, 2
2. Структурна інтеграція у моделі МПСР муніципального (державного) та приватного відділення, кожне з яких має свої переваги, забезпечить можливість підвищити ефективність господарської діяльності, оптимізувати витрати, підвищити якість та доступність стоматологічних послуг.	9, 67±0, 09	5, 4
3. Забезпечення економічної ефективності моделі МПСР за рахунок: 3. 1. - переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення; 3. 2. - реального фінансування, планування обсягів і структури допомоги відповідно до очікуваних фінансових ресурсів; 3. 3. - оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва; 3. 4. - оптимізації механізмів управління МПСР.	9, 73±0, 08 9, 37±0, 09 9, 40±0, 12 9, 07±0, 05	4, 6 5, 2 7, 2 2, 8
4. Забезпечення медичної ефективності моделі за рахунок: 4. 1 розробки алгоритму стоматологічної допомоги з бригадно-етапним принципом обслуговування; 4. 2. розробки методології стоматологічного бізнес-процесу, який забезпечує підвищення обсягів і якості стоматологічної допомоги; 4. 3. переведення моделі на принципи оплати конкретних обсягів стоматологічної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних заявок.	9, 70±0, 09 9, 23±0, 13 9, 44±0, 09	4, 8 7, 9 5, 0
5. Впровадження ефективних механізмів менеджменту в МПСР	9, 40±0, 12	7, 2

Аналіз результатів експертних оцінок дозволив виділити основні переваги моделі, які засвідчують відповідність розробленої моделі сучасним вимогам науки і практики. Перелік переваг моделі МПСР, які отримали найбільшу кількість балів за результатами експертної оцінки, підтверджує прогнозну ефективність

розробленої моделі та доцільність її використання для надання стоматологічної допомоги в умовах великих міст. Модель МПСР сприяє оптимізації технологічних потоків, узгодженню потреб у стоматологічному обслуговуванні населення з ресурсами і економічними можливостями громадян. Медична і економічна ефективність розробленої моделі забезпечується за рахунок оптимізації організованих структур, інтеграції двох різнопланових відділень та їх технологічних функцій, упорядкування потоків пацієнтів і забезпечення наступності між організованими рівнями.

Викладена у розділі стратегія оптимізації діяльності муніципальних стоматологічних закладів у нових економічних умовах на принципах ДПП сприяє тому, що держава за допомогою механізму ДПП, може провести структурні зміни у муніципальній стоматології і використавши наявні бюджетні, адміністративні, правові можливості, як інвестиційний важіль, забезпечити підвищення якості праці і капіталу, ефективності господарської діяльності та якості стоматологічних послуг. Використана у дослідженні методологія реструктуризації, яка базується на системному підході, структурній інтеграції двох різнопланових підрозділів, а також нових економічних підходах до організації муніципальних стоматологічних закладів на принципах ДПП, дозволила обґрунтувати модель об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки (МПСР) на принципах ДПП. Для практичної реалізації обґрунтованої моделі розроблена її орієнтовна функціонально-організаційна структура, алгоритми стоматологічної допомоги з бригадним принципом обслуговування у МПСР та методологія стоматологічного бізнес-процесу у МПСР.

Для оптимізації менеджменту у МПСР розроблена методологія економічного управління, яка містить: стратегічні напрями оптимізації управління, комплекс економічних завдань, які вирішуються менеджерами у МПСР, порядок фінансового планування. Крім того, розроблені механізми реалізації стратегії оптимізації управління за напрямками: організаційно-правовим, економічним, структурно-технологічним, ресурсним, мотиваційним і управління науково-технічною інформацією. Розроблена методологія економічного управління - це пошук стратегії

і методів, які оптимізують управління МПСР з метою більш раціонального використання ресурсів, впровадження економічно і соціально прийнятних методів обслуговування пацієнтів. Порівняльний аналіз діючих муніципальних стоматологічних закладів і моделі МПСР, в організаційно-правовому, структурно-технологічному, ресурсно-економічному та інформаційному аспектах, дозволив виявити основні переваги моделі. Проведена експертна оцінка розробленої моделі МПСР дозволила виділити основні переваги моделі, які засвідчують її відповідність сучасним вимогам науки і практики. Переваги моделі МПСР, які отримали найбільшу кількість балів за результатами експертної оцінки, підтверджують прогностичну ефективність розробленої моделі та доцільність її використання для надання стоматологічної допомоги населенню.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

1. Савчук О. В. Актуальність переходу дитячих бюджетних стоматологічних закладів на договірні відносини / О. В. Савчук // Галицький лікарський вісник. - 2011. - №2. - С. -166-168.
2. Савчук О. В. Пріоритетні напрями організації державних стоматологічних амбулаторно - поліклінічних закладів у нових економічних умовах / О. В. Савчук //Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2014. - Випуск 23, книга 4. - С. 181-186.
3. Савчук О. В. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки: методичні рекомендації затверджені МОЗ України //О. В. Савчук. – Київ, 2014. -23с.
4. Савчук О. В. Розвиток комунальних стоматологічних закладів на базі державно-приватного партнерства / О. В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. - 2015. - №3. - С. 94-96.
5. Савчук О Менеджмент в стоматологии в новых экономических условиях /О. Савчук// Modern Science - Moderni veda. - Praha. - Ceska republika, Nemoros. - 2016- N» 2. С. 160-164

## РОЗДІЛ 7.

### КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОТОКОЛІВ Р4 МЕДИЦИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТУ В КОМУНАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІКЛІНІКАХ

#### **7.1. Значення мікробіому ротової порожнини у процесі реалізації принципів персоналізованої медицини в стоматології**

Згідно визначення ВООЗ від 2013 року персоналізована медицина представляє собою медичну модель, що завдяки залученню молекулярних технологій профілювання дозволяє визначити найбільш аргументовану терапевтичну стратегію лікування для індивіда у відповідний момент часу, дозволяючи також спрогнозувати рівень поширеності захворювання серед населення та забезпечити реалізацію вчасної програми профілактики. Реалізація принципів персоналізованої медицини у клінічній стоматологічній практиці сприяє оптимізації процесу лікування через індивідуалізацію вибору відповідних лікарських препаратів, методів терапії та схем профілактики з урахуванням вихідних умов стоматологічного статусу та специфічної реакції організму пацієнта на різні види ятрогенних втручань, що обґрунтовано можливостями вивчення змін мікробіому порожнини рота в умовах норми та патології [63, 119, 139, 140, 313, 322, 329, 338, 345, 351, 356, 359, 360, 367-369, 390 ].

Структура мікробіому ротової порожнини представлена сумарною кількістю мікроорганізмів, їхніх геномів та сформованих екосистем, які можуть різнитися як за якісним складом, так і за співвідношенням у структурі системи біологічного співіснування. Стан мікробіому ротової порожнини одночасно є доволі динамічним через постійний контакт із факторами зовнішнього середовища. Для співіснування кожного окремого мікробіому ротової порожнини, кількісний та якісний бактеріальний профілі можуть відрізнятися у різних анатомічних областях порожнини рота. Згідно специфіки побудови базової та варіативної моделей мікробіому ротової порожнини їх можна представити у вигляді кругової діаграми у центрі котрої формується набір ключових видів мікроорганізмів, які наявні у нормі –

стрептококів, вейлонел, актиноміцетоїв, коринебактерій, гемофілів, лактобактерій, ейкінел, преволет, капноцитофагів, нейшерій, пептострептококів, стафілокоїв, еубактерій та пропінібактерій, а по периферії у даній діаграмі можуть бути відмічені, або ті мікроорганізми, які взагалі не спостерігаються при здоровому стані стоматологічного статусу, або ж така зміна їх співвідношення, що характеризує розвиток патології ротової порожнини. Слід однак, приймати до уваги і міжіндивідуальну відмінність базового мікробіому, що розширюється паралельно із збільшенням чисельності досліджуваної вибірки. Даний фактор також служить обґрунтуванням до індивідуалізації підходів до медикаментозного лікування стоматологічних захворювань виходячи із врахуванням якісних та кількісних характеристик базового складу мікробіому [318-322, 325, 342, 352, 354, 362, 364, 378, 379, 386, 389].

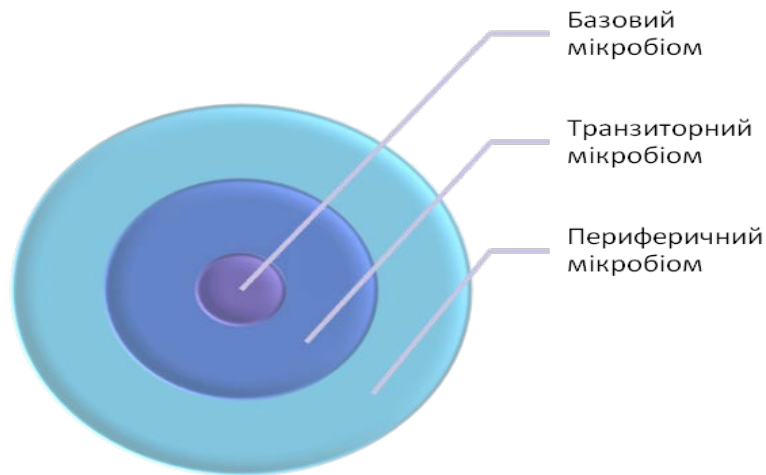
Модель варіативності мікробіому ротової порожнини передбачає врахування аспектів коменсалізму (по відношенню різних мікроорганізмів порожнини рота один до одного) та мутуалізму (по відношенню різних мікроорганізмів порожнини рота до організму-хазяїна). В нормі обидва ці аспекти є одними з ключових у формуванні метабіому, що в свою чергу сприяє вдосконаленню ланцюжків імунної реакції, метаболізму та підтримку гомеостазу в умовах обмежених ресурсів організму людини. Зміни у екосистемі мікробіому, які провокують виникнення патологічних процесів передбачають розвиток трьох можливих варіантів сценарію порушень: зміну взаємодії між мікробами та організмом-хазяїна; зростання показника відносної поширеності певного виду мікроорганізмів; вплив вірулентних факторів [323, 329, 343, 353, 358, 371, 372, 381]. Зниження показників рівня гігієни порожнини рота та зміни у структурі систем специфічного та неспецифічного імунітету призводять до зміни якісного та кількісного взаємовідношення складу мікробіому, зростання ролі вірулентних факторів, та зміщення від коменсалістичної ролі мікроорганізмів до опортуністичної, а також від мутуалістичної до паразитарної. Усі вищеперелічені умови відповідають за процес розвитку патології ротової порожнини – карієсу, гінгівіту, пародонтиту та інших запальних та запально-дистрофічних уражень щелепно-лицевої ділянки.

Складність широкого застосування принципів персоналізованої терапії у стоматологічній практиці полягає у переважній полімікробній природі більшості стоматологічних захворювань, при цьому більшість збудників яких переважно опортуністичними. Крім того, навіть у випадках патологій, що були первинно спричинені дією одного провокуючого мікроорганізму, спостерігається зміна в структурі усього варіативного мікрообіому ротової порожнини, з проліферацією інших опортуністичних форм мікроорганізмів.

Обґрунтування запровадження персоналізованих схем лікування найпоширеніших стоматологічних захворювань у структурі популяцій побудовано на тому, що мікробіоми однієї і тієї ж ділянки тіла у різних людей (конкретно – ротової порожнини) є більш схожими, у порівнянні із мікробіомом різних ділянок тіла у однієї ж і тієї людини. Таким чином, серед представників популяцій, що проживають у відносно однакових умовах доцільним є розробка уніфікованих, і в той же час, індивідуалізованих алгоритмів лікування патологій ротової порожнини, етіологія та клінічна картина котрих залежить від домінуючого впливу окремих видів умовно-патологічних мікроорганізмів, що за умов порушення біологічного балансу та впливу компрометуючих факторів виступають в ролі детермінуючих збудників. Рівень варіацій (відмінностей) у структурі таких алгоритмів може визначатися ще на етапах проведення первинної діагностики пацієнтів, з визначенням показників чутливості окремих мікроорганізмів до відповідних медичних середників, змін у структурі специфічного та неспецифічного імунітету, вихідного дисбалансу мікробіоценозу та відповідного йому метабеному, після чого модифіковані та коректовані до індивідуальних потреб схеми терапевтичних втручань забезпечуватимуть вищу успішність лікування.

Для вибірок пацієнтів, що проживають у різних екосистемах та характеризуються критичними відмінностями локального мікробіому доцільним є розробка так званих первинних послідовностей лікувальних схем, корекція та вдосконалення котрих буде проводитися експериментально та адаптовано у відповідності до реєстрації та аналізу кожного окремого клінічного випадку. Такий підхід обґрунтований науковою концепцією існування так званого основного

(базового) мікробіому ротової порожнини, який є характерним для усіх здорових індивідів незалежно від вибірки. В результаті впливу різних факторів, серед яких особливості способу життя, фенотипічні та генотипічні зміни, мікробіом починає модифікуватися, видозмінюючись поза межами базового складу і проходячи через стадію транзиторного, досягає рівня варіативного (рис. 7. 1).



**Рис. 7. 1. Варіативна модель мікробіому ротової порожнини.**

В залежності від різного складу саме варіативного мікробіому захворювання ротової порожнини можуть проявлятися у різних індивіду по-різному, прогресуючи по різних патернах розвитку, видозмінюючись у тривалості та особливостях вираження клінічних проявів. Вищеописані наукові концепції є теоретичним підґрунтями для розвитку практичних підходів персоналізованої медицини в стоматології, врахування аспектів котрої сприятиме оптимізації показника якості надання стоматологічної допомоги населенню. З іншої сторони вивченням стабільності та видозміну складу мікробіому в умовах норми та при дії різних визначальних факторів сприятиме розробці індивідуально-обґрунтованих схем не тільки лікування, а й профілактики з метою попередження розвитку механізмів, що компрометують стан стоматологічного статусу.

Найвищий рівень вивчення метагеному організму людини полягає у дослідженні патогенних мікроорганізмів, виходячи із можливостей геномного секвенування, котре дозволяє проаналізувати найменші частинки бактеріального геному, які не піддаються класичному культивуванню. Таким чином вдається

встановити роль досі не ідентифікованих у структурі патогенезу стоматологічних захворювань генів, ензимів та інших біологічних факторів, дія котрих може бути модифікована шляхом впливу низки антибактеріальних середників та конкретних фармакологічних препаратів. Після того, як окремі складові метагеному уже були синтезовані паралельно із ідентифікацією відповідних видів мікроорганізмів, подальша їх верифікація в майбутньому може проводитися за допомогою класичних лабораторних методів діагностики із використанням принципів бактеріологічних досліджень, мікроскопії, ферментного аналізу та імунологічних досліджень.

Однак дослідження лише мікробіому без встановлення відповідної клінічної картини, що відповідає його змінам та стабільному стану, не дозволяє в майбутньому впроваджувати результати дослідження чутливості впливу антибактеріальної терапії на мікробіологічними чинники розвитку захворювання. Ефективність дії антибіотиків визначається індивідуальним складом не тільки мікробіому ротової порожнини, проти патогенних складових котрого вони націлені, але індивідуальним складом мікробіому шлунково-кишкового тракту, в якому відбувається всмоктування протимікробного середника. Таким чином дослідження складу мікробіому ротової порожнини відіграє одну з ключових ролей у виборі та розвитку адаптованих схем лікування, що становлять основу персоналізованої медицини.

Крім власне індивідуалізованого вибору антибіотиків, реалізація принципів Р4-медицини полягає у застосування пробіотиків (бактеріотерапії), спрямованої не на елімінацію патогенного чинника, а на відновлення балансу екосистеми ротової порожнини. Так, попередньо був доведений факт прогресування пародонтальних захворювань при перевищенні рівнів *S. ochracea* у порівнянні із *P. gingivalis*. Використання пробіотиків з метою нормалізації співвідношення рівнів двох вищезгаданих типів мікроорганізмів сприяє мінімізації ризику розвитку пародонтологічних ускладнень. Препробіотики, що представляють собою комплекси вуглеводи та олігосахаридів, сприяють росту позитивної мікрофлори у складі мікробіому ротової порожнини. Проте призначення певного виду пробіотиків також повинно бути обґрунтоване результатами дослідження

вихідного стану мікробіому ротової порожнини з встановленням дефіциту чи надмірної концентрації специфічних видів мікроорганізмів.

Використання принципів Р4-медицини також обґрунтоване з точки зору параметру витрат-ефективності. На етапі базової оцінки ризиків та схильності до розвитку певної патології ротової порожнини пацієнт повинен пройти відповідне дослідження складу мікробіому ротової порожнини з верифікацією потенційних змін співвідношень та загальної кількості окремих видів мікроорганізмів. У випадках ідентифікації відповідних змін, що відрізняються від стану гомеостазу, навіть при відсутності відповідних клінічних проявів (на етапі преклінічного прогресування захворювання) реалізується етап ранньої молекулярної детекції порушень з виокремленням основних механізмів розвитку патології. На даному етапі можливе призначення пробіотиків, якщо причина змін полягала у кількісному превалюванні одних мікроорганізмів над іншими з чітким обґрунтуванням конкретно такого механізму розвитку патології. При відсутності повної доказовості відповідного патогенетичного механізму лікар повинен дочекатися стану первинних клінічних проявів, і уже попередньо знаючи про первинний механізм розвитку патології застосувати відповідну медикаментозну терапію. Так забезпечується гальмування механізму розвитку захворювання і спостерігається його регресія до рівня впливу базових факторів ризиків. З цієї точки зору мінімізується також і кількість витрат, затрачених на лікування, оскільки переважний їх обсяг спрямований на верифікацію складу та первинних змін мікробіому, а не на апробацію різних схем антибактеріальної терапії чи варіативні інвазійні втручання. Крім того, дані точної реєстрації первинного індивідуального мікробіому людини використовуються і в майбутньому при профілактиці низки інших патологій ротової порожнини, лікуванні резистентних форм інфекцій та для попередженні розвитку ускладнень при поширенні локального патологічного вогнища на оточуючі структури зубо-щелепового апарату [139, 140, 356 ].

Таким чином, можна резюмувати, що мікробіом ротової порожнини по суті є комплексним біомаркером захворювань ротової порожнини, а розроблення підходів його аналізу та корекції сприятиме індивідуалізації протоколів лікування запальних

захворювань щелепно-лицевої ділянки. Для вдосконалення структури функціонування стоматологічних клінік стоматологи повинні бути обізнані не тільки із загальними принципами патогенезу стоматологічних захворювань, а й з можливостями дослідження його окремих складових елементів, які можуть бути ідентифіковані в ході лабораторної діагностики та скоректовані шляхом призначення відповідних фармацевтичних препаратів, пробіотиків та імунорегуляторів.

## **7.2. Обґрунтування персоналізованого підходу до лікування захворювань пародонту**

У структурі захворювань пародонта в умовах неконтрольованого зростання кількості опортуністичних мікроорганізмів, відмічається паралельне вивільнення ними протеолітичних ферментів, які відповідальні власне за розвиток запальних змін маргінального пародонту, втрату пародонтального прикріплення, формування пародонтальних кишень, деструкцію підтримуючої кісткової тканини. Окремі етіологічні бактеріальні фактори володіють також вірулентними характеристиками, що ускладнюють процес їх лікування із застосуванням класичних схем антибіотикотерапії. Одні види патогенів здатні до інкапсуляції, інші уникають дії протимікробних препаратів знаходячись у структурі зубної бляшки. Навіть за умов підбору відповідного антибактеріального препарату та успішної його дії на цільові мікроорганізми, високим залишається ризик реколонізації пролікованих ділянок пародонта, зважаючи на можливість реверсивного розвитку патогенів у структурі слизової оболонки порожнини рота.

Крім того, необхідно забезпечити виживання в умовах інтенсивної антибактеріальної терапії низки грам-позитивних бактерій, які відіграють захисну роль відносно руйнування складових м'яких та твердих тканин пародонту. Крім того, необхідність забезпечення індивідуалізованої терапії захворювань пародонту обґрунтована механізмом модуляції системних захворювань зі сторони запалення ясен. Наявність та активна діяльність пародонтопатогенів викликає не тільки зростання безпосередньо їх концентрації, а й концентрації продуктів їх

життєдіяльності, що з однієї сторони можуть провокувати розвиток бактеріємії при досягненні гранично критичних рівнів, а з іншої сторони – імунну реакцію за участі С-реактивного білка, сироваткового амیلлоїду А та фібриногену. Через механізм бактеріємії та запальні медіатори (інтерлейкіни-1, 6, а також фактор некрозу пухлин-альфа), відбувається ураження печінки та органів-мішеней. Зі сторони кровоносного поширення бактерій така реакція відбувається за рахунок бактеріально індукованої агрегації тромбоцитів, порушення цілісності епітелію та змін в міжклітинному матриксі, а зі сторони імунної реакції – через крос-реактивну дію протибактеріальних антитіла на тканин організму–хазяїна.

Згідно додатку до Наказу МОЗ №566 від 23. 11. 2004 щодо стандартів надання медичної допомоги в Україні протокол лікування генералізованого пародонтиту передбачає наступну схему ятрогенних втручань: усунення місцевих подразнюючих факторів (каріозних порожнин, травматичної оклюзії, аномалій прикріплення м'яких тканин ротової порожнини, зубних відкладень), гігієнічне навчання та виховання, проведення професійної гігієни порожнини рота та ортодонтичного лікування за показами.

Подальший підхід до лікування в залежності від ступеню захворювання передбачає реалізацію низки ятрогенних втручань із супроводом антибіотиками місцево з урахуванням чутливості мікрофлори кишені, проте в умовах критеріїв діагностики не передбачено відповідних лабораторних методів дослідження, які б дозволяли визначити цільовий фактор розвитку чи укладення пародонтальної патології через зміни співвідношення у структурі мікробіомі, превалювання етіологічно-визначальних видів чи поєднаній формі із залученням низки опортуністичних мікроорганізмів. Крім того, лише визначення чутливості збудника до певного антибактеріального препарату не сприяє нормалізації стану мікробіому в цілому, а лиш забезпечує елімінацію найбільш патогенних форм, в той час, як подальший та паралельний супровід пробіотиками сприятиме нормалізації біосистеми у межах ротової порожнини.

Доцільність реалізації принципів персоналізованої медицини саме в умовах розвитку пародонтиту обґрунтована не тільки запально-інфекційним характером

розвитку даного порушення, а й тим фактом, що його виникнення та розвиток пов'язані безпосередньо з впливом не окремого виду мікроорганізмів, а низки їхніх асоціацій між представниками умовно-патогенної мікрофлори ротової порожнини. Відповідно необхідно враховувати не тільки ізольовану чутливість окремих мікробів до антибактеріальних середників, а й зміну цієї чутливості із формування відповідних комплексів та ізолятів.

Первинне дослідження складу мікробіому пацієнтів на етапах профілактики та лікування пародонтиту може забезпечувати реалізацію принципу стратифікації пацієнтів, що відповідає на практиці поділу їх на відповідні підгрупи згідно різних захворювань, а у випадках верифікації специфічних порушень складу мікробіому – на відповідні підгрупи в залежності від специфіки змін у якісному та кількісному складі мікробіому при одній і тій же патології.

Даний підхід до етапу стратифікації дозволить виокремити пацієнтів, у котрих клінічна картина пародонтиту супроводжувалась аналогічними змінами у структурі та співвідношенні опортуністичних мікроорганізмів, і у яких відповідно до цих змін можна забезпечити реалізацію аналогічної схеми лікування із врахуванням чутливості детермінуючих бактеріологічних факторів на відповідні протимікробні середники. Тобто, по суті стратифікації пацієнтів відбувається не на нозологічному рівні, оскільки чутливість різних індивідів в умовах прогресування захворювання до стандартизованих схем лікування характеризується високим рівнем варіативності, а на рівні мікробіому – етіо- та патогенетичному рівнях. З точки зору модифікації структури надання стоматологічної допомоги в умовах нової моделі поліклініки такий підхід є більш ефективним виходячи із параметру витрати-ефективність, оскільки кількість витрат на проведення первинної діагностики мікробіому та його змін завжди є меншою за кількість витрат, пов'язаних із лікуванням резистентної форми патології, корекцію ускладнень та повторною терапією рецидиву захворювання.

Модифікація класичного підходу до лікування пародонтиту виходячи із положень персоналізованої медицини (стоматології) в умовах зміни структури надання стоматологічної допомоги в межах клініки обґрунтована також розподілом

траєкторій розвитку пародонтиту, запропонованим Лое та колегами, згідно якого первинна стратифікація пародонтологічних пацієнтів проводилася із врахування традиційних факторів ризику, які тепер можуть бути доповненні даними щодо зміни мікробіому та чутливості провокуючих мікроорганізмів до різних форм антибактеріальної терапії. Крім того, динаміка змін мікробіому ротової порожнини на стадіях активного лікування пародонтиту може бути також використана з метою подальшої диспансеризації пацієнтів, яка таким чином базуватиметься не тільки на усереднених рівнях ураження структур пародонту та ризику виникнення рецидиву, а й на суто індивідуальних критеріях відповідних біомаркерів.

Траєкторіальний графік Лое передбачає, що рутинні заходи щодо зниження бактеріального навантаження характеризуються достатнім рівнем ефективності, однак близько у 8-13% осіб відбувається прогресування патології до середнього чи важкого ступеня (так звана траєкторія А за Лое). Пацієнти на траєкторіях кривих В та С за Лое отримують аналогічне лікування, яке є загальним з точки зору профілактики пародонтиту, і у 81% пацієнтів спостерігається розвиток легкої або середньої форми патології (так звана траєкторія В за Лое), а у 11% не відмічається розвитку пародонтиту (так звана траєкторія С за Лое). У випадках ранньої верифікації складу мікробіому ротової порожнини та його змін ще на етапі між стадією 1 (доклінічні зміни) та стадією 2 (первинні клінічні прояви) у відповідності до траєкторіальної діаграми Лое вдасться шляхом імплементації індивідуалізованих схем лікування із застосування пробіотиків та пребіотиків забезпечити зниження рівня траєкторії А та підвищити відносного нього рівні траєкторії В (з ризиком розвитку легких форм патології) та особливо траєкторії С (з відсутністю патології) (рис. 7. 2).

З точки зору витрат при досягненні траєкторії А кількість таких зростає в залежності від чергування стадій ремісій та рецидиву пародонтиту, в той час як на рівні траєкторій В та С девіації витрат є порівняно нижчими, а конкретно на траєкторії С вони не відхиляються від середньої лінії (включаючи витрати на моніторинг та періодичне відвідування стоматолога для корекцій факторів ризику, які потенційно можуть спровокувати розвиток пародонтиту) (рис. 7. 3).

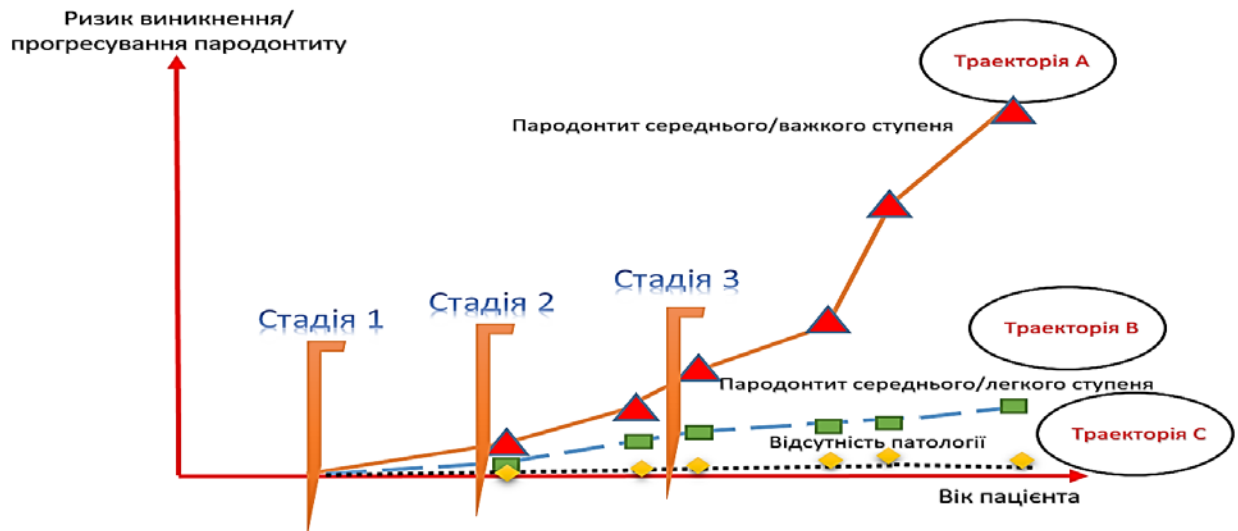


Рис. 7. 2. Модель розвитку пародонтиту в умовах класичної системи надання стоматологічної допомоги (за Loe): Стадія 1 – доклінічні зміни, Стадія 2 – первинні клінічні прояви, Стадія 3 – період критичних змін у розвитку патології

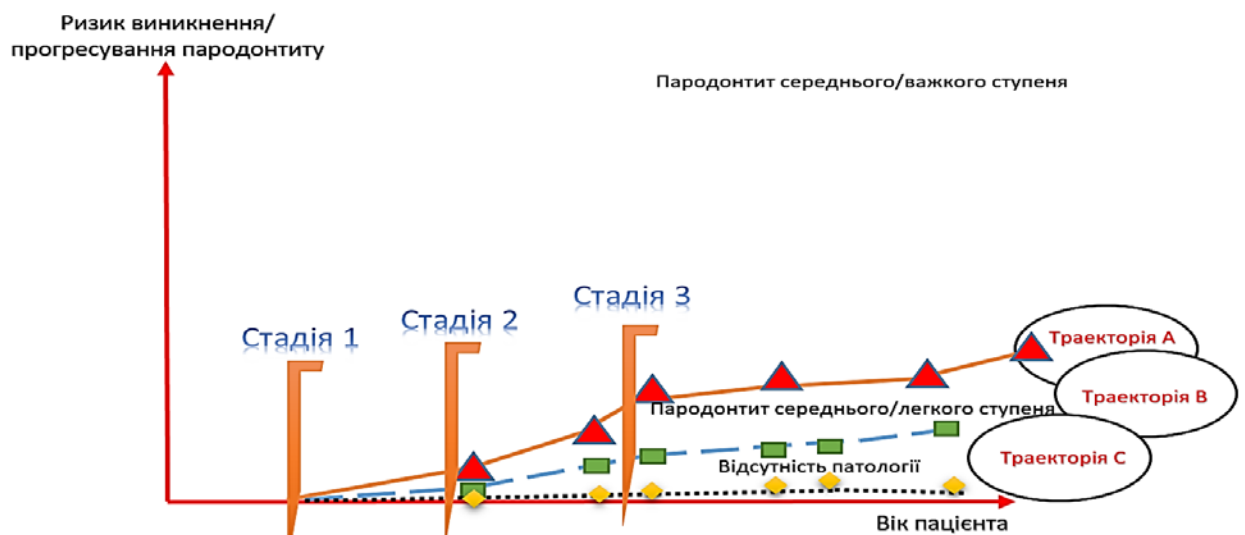


Рис. 7. 3. Модель розвитку пародонтиту в умовах персоналізованої системи надання стоматологічної допомоги: Стадія 1 – доклінічні зміни, Стадія 2 – первинні клінічні прояви, Стадія 3 – період критичних змін у розвитку патології

Таким чином, забезпечується реалізація принципів персоналізованої стоматології, як вид персоналізованої медицини також є моделлю надання стоматологічної допомоги, що сфокусована на врахування унікальних даних щодо клінічних проявів, генетичних варіацій, геномних змін та факторів оточення індивіду в умовах норми та патології. При чому реалізація даної моделі може

проводитися як на державному рівні, що однак потребує забезпечення модифікації відповідних протоколів надання медичної допомоги, так і на рівні окремих поліклінік, в залежності між можливостей проведення відповідних лабораторних методів діагностики та імплементації отриманих результатів у практичну діяльність.

### **7.3. Аналіз результатів клінічного застосування принципів персоналізованої медицини при лікуванні пародонтиту**

В процесі побудови дизайну дослідження було сформульовано його подвійно-сліпу контрольовану модель. Критеріями попереднього відбору потенційних пацієнтів були наступні: вік пацієнтів понад 30 років, наявність ознак хронічного пародонтиту (наявність як мінімум 5 одиниць зубного ряду уражених патологією, що проявляється глибиною зондування пародонтальних кишень понад 4 мм та втратою клінічного прикріплення понад 1 мм, ознаками кровоточивості при зондуванні на рівні 20%, а також рентгенологічними фактам вертикальної деструкції кісткової тканини в області уражених зубів у відповідності до модифікованих підходів, щодо класифікації пародонтиту запропонованих van der Velden, 2005) [323, 368], відсутність ознак загострення патології хронічного пародонтиту на момент проведення первинного огляду, відсутність попередніх фактів лікування пародонтиту, відсутність супутніх соматичних захворювань чи протипоказів до проведення антибіотикотерапії, відсутність фактів прийому антибіотиків, пробіотиків, протизапальних чи інших медикаментозних препаратів з приводу будь-яких соматичних чи стоматологічних порушень на протязі останніх шести місяців. Виключення під час попереднього відбору пацієнтів тих, у котрих уже відмічалися факти лікування пародонтиту чи прийому лікарських засобів у найближчі півроку було обґрунтовано безпосереднім впливом даних факторів на зміну варіативного мікробіому ротової порожнини, взаємовідношення штамів мікроорганізмів в структурі котрого і визначає ризик прогресування та виникнення пародонтальної патології. Після формування первинної вибірки пацієнтів кожному з них був

пояснений дизайн та умови проведення дослідження. При погодженні на участь у клінічному дослідженні пацієнт підписував письмову згоду. Таким чином, із пацієнтів, які відповідали критеріям включення та підписали письмову згоду було сформовано кінцеву вибірку дослідження кількістю 221 особа.

Схема візитів пацієнтів усіх досліджуваних та контрольної групи передбачала реалізацію як планових шести візитів, включаючи вихідне скринінгове дослідження, так і низки позапланових візитів, що проводилися за стоматологічними показами. В ході первинного скринінгового візиту проводив клінічний огляд ротової порожнини із визначенням контрольних пародонтологічних індексів, ортопантомографія (при відсутності факту виконання такої на протязі останніх шести місяців), забір біологічних зразків вмісту пародонтальних кишень (з метою визначення чутливості ідентифікованих мікроорганізмів до різних схем лікування). Подальших огляд пацієнтів проводився на 30-ий, 90-ий, 270-ий та 360-ий день у відповідності до протоколу моніторингу, підтвердженого у низці попередньо проведених досліджень.

Позапланові візити проводилися з приводу прогресування патології, загострення вираженості клінічних симптомів, формування пародонтальних абсцесів чи в умовах необхідності екстракції уражених зубів, а також з інших стоматологічних причин, що безпосередньо могли бути не пов'язані зі схемою лікування хронічного пародонтиту, однак потребували стоматологічного втручання (пульпіт, періодонтит, карієс, травма та ін.). Усі пацієнти були поділені на три групи у відповідності до форми важкості патології: 1) пацієнти із хронічним пародонтитом легкого ступеня важкості (74 пацієнти); 2) пацієнти із хронічним пародонтитом середнього ступеня важкості (71 пацієнт); 3) пацієнти із хронічним пародонтитом важкого ступеня (76 пацієнтів).

Лікування пацієнтів у кожній групі проводили за чотирма алгоритмами. Перший передбачав реалізацію протоколу базової пародонтальної терапії, яка включала проведення процедури професійної гігієни, скейлінгу, очистку поверхні коренів, навчання базовим гігієнічним навичкам та їх корекцію в ході подальшого моніторингу. Другий алгоритм лікування проводився шляхом реалізації протоколу базової пародонтальної терапії із емпіричним призначенням азитроміцину в якості

антибактеріального агента. Згідно третього алгоритму лікування пацієнти окрім базової пародонтальної терапії, отримували лікування в залежності від результатів дослідження чутливості мікроорганізмів ротової порожнини до дії різних антибактеріальних середників в умовах хронічного генералізованого пародонтиту. Четвертий алгоритм лікування був аналогічний до вищеописаного, проте крім призначення антибіотиків в залежності від рівня вираженої чутливості до них пацієнтам також призначали пробіотики у формі препарату «Ацидолак», який приймався пацієнтами після завершення курсу антибіотикотерапії та у відповідності до схем прийому препарату.

Виходячи із результатів досліджень чутливості верифікованих форм мікроорганізмів у групах дослідження, лікування пацієнтів у ній відбувалось із застосуванням антибіотика офлоксацину, до якого преваліююче патогенні форми мікроорганізмів проявили найвищу чутливість. Доведено, що вибір препарату для антибактеріальної терапії базуючись на результатах визначення чутливості скорочує термін лікуванні у порівнянні із емпіричним застосуванням антибіотиків. У групі пацієнтів із хронічним пародонтитом легкого ступеня 23 пацієнтам (31,08%) проводили базову пародонтальну терапію (з яких пацієнти віком 30-35 років складали 10,81% (8 осіб), пацієнти віком 35-40 років – 9,46% (7 осіб), 40-45 років – 6,76% (5 осіб), 45-50 років – 4,05% (3 особи). Базову пародонтальну терапію, що супроводжувалася емпіричною антибіотикотерапією проводили 21 пацієнт (28, 38%), у їх числі пацієнти віком 30-35 років – 13,51% (10 осіб), пацієнтам віком 35-40 років – 6, 75% (5 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 5,40% (4 особи), пацієнтам віком 45-50 років – 2,70% (2 особи). Базову пародонтальну терапію, що супроводжувалася призначенням антибіотиків відповідно до попередньо отриманих результатів чутливості проводили 16 пацієнтам (21,62%), з яких пацієнти віком 30-35 років складали 5,40% (4 особи), пацієнти віком 35-40 років – 10, 81% (8 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 4, 05% (3 особи), пацієнти віком 45-50 років – 1, 35% (1 особа). Базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася призначенням антибіотиків у відповідно до результатів чутливості та супровідною пробіотикотерапією проводили 14 пацієнтам (18,92%), з яких

пацієнти віком 30-35 років склали 4,05% (3 особи), пацієнти віком 35-40 років – 9,46% (7 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 2,70% (2 особи), пацієнти віком 45-50 років – 2,70% (2 особи) (рис. 7. 4).

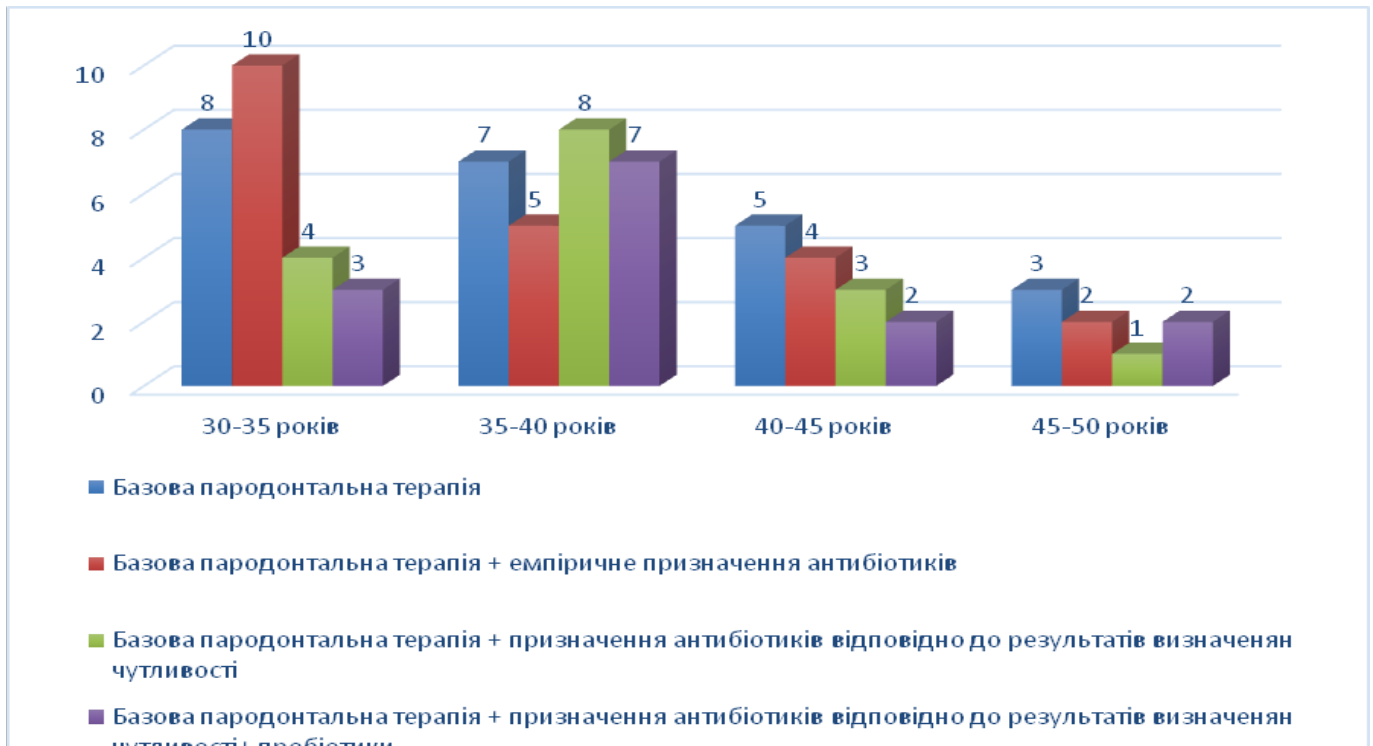


Рис. 7. 4. Розподіл кількості пацієнтів із хронічним пародонтитом легкого ступеня.

Розподіл за гендерною ознакою у групі проведення базової пародонтальної терапії був наступним – 13 чоловіків (17, 57%) та 10 жінок (13, 51%) (середній вік - 35,  $3 \pm 3, 9$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії – 9 чоловіків (12, 16%) та 12 жінок (16, 21%) (середній вік - 31,  $8 \pm 4, 5$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості – 10 чоловіків (13, 51%) та 6 жінок (8, 11%) (середній вік -  $37,2 \pm 5,1$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії, виходячи із результатів чутливості, та супровідної пробіотикотерапії – 8 чоловіків (10, 81%) та 6 жінок (8, 11%) (середній вік -  $36, 4 \pm 4, 7$ ).

Середні вихідні рівні втрати пародонтального прикріплення (глибина пародонтальних кишень + рівень рецесії оточуючих м'яких тканин) та глибини пародонтальних кишень у групі проведення базової пародонтальної терапії склали

3,  $7 \pm 0, 2$  мм та 2,  $5 \pm 0, 1$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії - 3,  $9 \pm 0, 2$  мм та 2,  $7 \pm 0, 2$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості - 3,  $2 \pm 0, 2$  мм та 2,  $4 \pm 0, 1$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії, виходячи із результатів чутливості, та супровідної пробіотикотерапії - 3,  $5 \pm 0, 2$  мм та 2,  $6 \pm 0, 2$  мм відповідно. Вихідна оцінка пародонтологічного статусу також проводилася із врахування індексів кровоточивості та індексу КПП за П. А. Леусом, які у групі проведення базової пародонтальної терапії до початку лікування становили 18,  $4 \pm 1, 8\%$  та 1,  $8 \pm 0, 1$  відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії - 24,  $3 \pm 2, 2\%$  та 1,  $9 \pm 0, 2$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості - 21,  $5 \pm 2, 8\%$  та 1,  $5 \pm 0, 2$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії - 22,  $8 \pm 1, 9\%$  та 1,  $9 \pm 0, 1$  відповідно. Після проведення відповідного лікування серед пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом першого ступеня були відмічені послідовні зміни показників пародонтологічного статусу протягом річного моніторингу (табл. 7. 1).

У групі проведення базової пародонтальної терапії реєстрували: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних 3,  $7 \pm 0, 2$  мм через 1 місяць після лікування досягало показника 3,  $5 \pm 0, 3$  мм. Через 3 місяці після лікування - 3,  $2 \pm 0, 2$  мм, через 9 місяців після лікування - 3,  $2 \pm 0, 4$  мм, через 1 рік після лікування - 3,  $1 \pm 0, 4$  мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних 2,  $5 \pm 0, 1$  до 2,  $2 \pm 0, 2$  через 1 місяць після лікування, до 1,  $9 \pm 0, 3$  через 3 місяці після лікування, до 1,  $8 \pm 0, 3$  через 9 місяців після лікування та до 1,  $8 \pm 0, 2$ , через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію: 18,  $4 \pm 1, 8\%$  - до початку лікування, 12,  $4 \pm 2, 2\%$  - через один місяць після лікування;

Таблиця 7. 1.

**Вихідні пародонтологічні параметри досліджуваних пацієнтів при ураженні  
хронічним генералізованим пародонтитом легкого ступеня**

Параметри дослідження	Базова пародонтальна терапія (кількість осіб - 23)	Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків (кількість осіб - 21)	Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості (кількість осіб - 16)	Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості+пробіотики (кількість осіб - 14)
Вік	35, 3±3, 9	31, 8±4, 5	37, 2±5, 1	36, 4±4, 7
Чоловіки	13	9	10	8
Жінки	10	12	6	6
Втрат пародонтального прикріплення	3, 7±0, 2	3, 9±0, 2	3, 2±0, 2	3, 5±0, 2
Глибина пародонтальних кишень	2, 5±0, 1	2, 7±0, 2	2, 4±0, 1	2, 6±0, 2
Індекс кровоточивості (%)	18, 4±1, 8	24, 3±2, 2	21, 5±2, 8	22, 8±1, 9
Індекс КПП (за Леус П. А.)	1, 8±0, 1	1, 9±0, 2	1, 5±0, 2	1, 9±0, 1

11, 0±2, 5% - через 3 місяці після лікування; 10, 0±1, 9% - через 9 місяців після лікування; 10, 0±1, 1 – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з 1, 8±0, 1 на початку лікування до 1, 6±0, 5 через 1 місяць після лікування, 1, 7±0, 4 через 3 місяці після лікування, 1, 5±0, 5 через 9 місяців після лікування, 1, 3±0, 8 через 1 рік після лікування. У групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикорепаїї: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних 3, 9±0, 2 мм через 1 місяць після лікування досягало показника 3, 6±0, 5 мм, через 3 місяці після лікування - 3, 2±0, 2 мм, через 9 місяців після лікування - 3, 1±0, 7 мм, через 1 рік після лікування - 3, 2±0, 6 мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних 2, 7±0, 2 мм до 2, 5±0, 3 мм через 1 місяць після лікування, до 2, 3±0, 5 мм через 3 місяці після

лікування, до  $2, 1 \pm 0, 6$  мм через 9 місяців після лікування та до  $2, 0 \pm 0, 4$  мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію:  $24, 3 \pm 2, 2\%$  - до початку лікування,  $18, 7 \pm 2, 5\%$  - через один місяць після лікування;  $17, 4 \pm 3, 1\%$  - через 3 місяці після лікування;  $12, 5 \pm 1, 0\%$  - через 9 місяців після лікування;  $10, 0 \pm 1, 9\%$  - через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПІ з  $1, 9 \pm 0, 2$  на початку лікування до  $1, 7 \pm 0, 4$  через 1 місяць після лікування,  $1, 3 \pm 0, 5$  через 3 місяці після лікування,  $1, 3 \pm 0, 5$  через 9 місяців після лікування,  $1, 3 \pm 0, 9$  через 1 рік після лікування.

У групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикорепаїї у відповідності до отриманих результатів чутливості: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних  $3, 2 \pm 0, 2$  мм через 1 місяць після лікування досягало показника  $3, 0 \pm 0, 6$  мм, через 3 місяці після лікування -  $2, 9 \pm 0, 4$  мм, через 9 місяців після лікування -  $2, 5 \pm 0, 4$  мм, через 1 рік після лікування -  $2, 3 \pm 0, 6$  мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних  $2, 4 \pm 0, 1$  мм до  $2, 1 \pm 0, 5$  мм через 1 місяць після лікування, до  $1, 9 \pm 0, 4$  мм через 3 місяці після лікування, до  $1, 6 \pm 0, 5$  мм через 9 місяців після лікування та до  $1, 5 \pm 0, 3$  мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію:  $21, 5 \pm 2, 8\%$  - до початку лікування,  $18, 3 \pm 1, 9\%$  - через один місяць після лікування;  $14, 7 \pm 2, 1\%$  - через 3 місяці після лікування;  $12, 5 \pm 2, 1\%$  - через 9 місяців після лікування;  $10, 5 \pm 2, 7\%$  - через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПІ з  $1, 5 \pm 0, 2$  на початку лікування до  $1, 5 \pm 0, 3$  через 1 місяць після лікування,  $1, 2 \pm 0, 2$  через 3 місяці після лікування,  $1, 1 \pm 0, 8$  через 9 місяців після лікування,  $1, 0 \pm 0, 7$  через 1 рік після лікування (табл. 7. 2). У групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії у відповідності до отриманих результатів чутливості, а також супровідної пробіотикотерапії: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних  $3, 5 \pm 0, 2$  мм.

Таблиця 7. 2.

**Результати лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом  
легкого ступеня (Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків)**

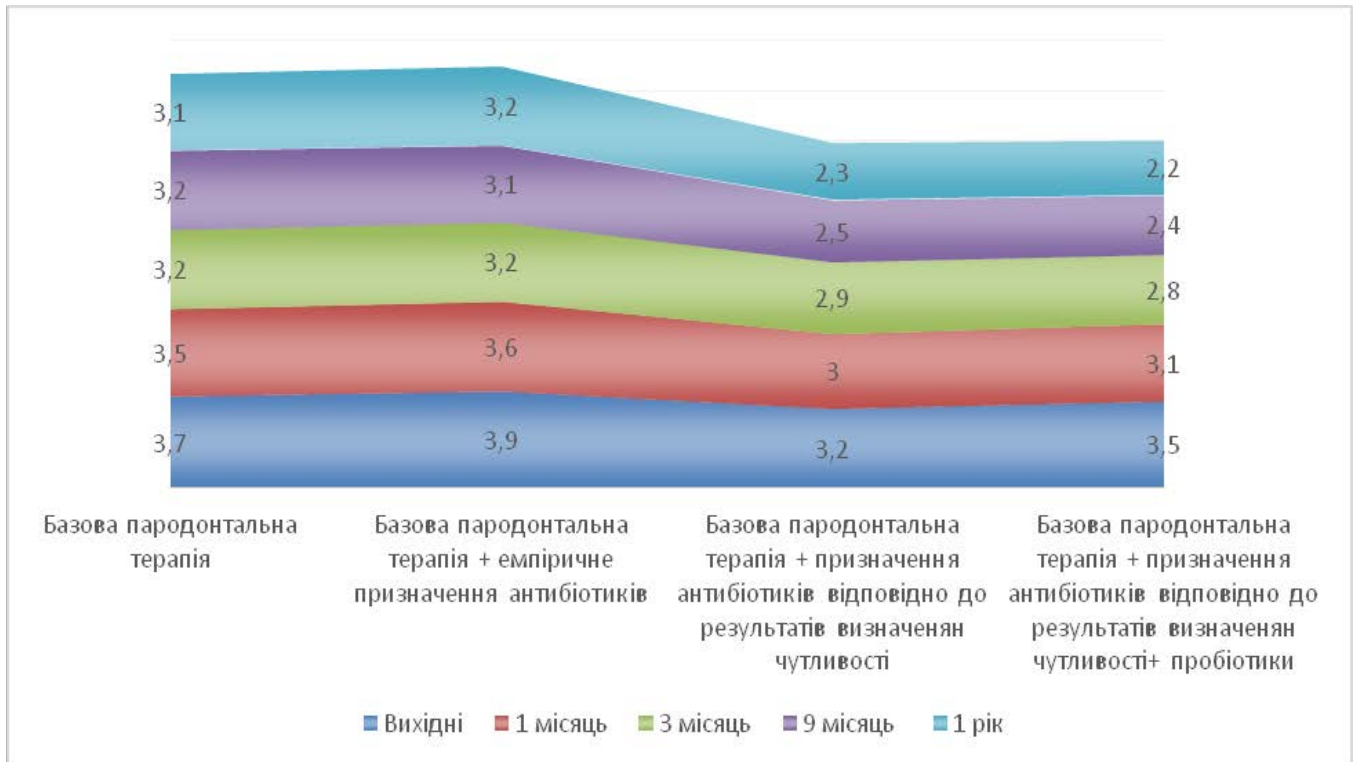
Критерії оцінки пародонтологічного статусу	Вихідні	1 місяць	3 місяць	9 місяць	1 рік
<b>Базова пародонтальна терапія</b>					
Втрат пародонтального прикріплення	3, 7±0, 2	3, 5±0, 3	3, 2±0, 2	3, 2±0, 4	3, 1±0, 4
Глибина пародонтальних кишень	2, 5±0, 1	2, 2±0, 2	1, 9±0, 3	1, 8±0, 3	1, 8±0, 2
Індекс кровоточивості (%)	18, 4±1, 8	12, 4±2, 2	11, 0±2, 5	10, ±1, 9	10, ±1, 1
Індекс КПП (за Леус П. А.)	1, 8±0, 1	1, 6±0, 5	1, 7±0, 4	1, 5±0, 5	1, 3±0, 8
<b>Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків</b>					
Втрат пародонтального прикріплення	3, 9±0, 2	3, 6±0, 5	3, 2±0, 4	3, 1±0, 7	3, 2±0, 6
Глибина пародонтальних кишень	2, 7±0, 2	2, 5±0, 3	2, 3±0, 5	2, 1±0, 6	2, 0±0, 4
Індекс кровоточивості (%)	24, 3±2, 2	18, 7±2, 5	17, 4±3, 1	12, 5±1, 0	10, ±1, 9
Індекс КПП (за Леус П. А.)	1, 9±0, 2	1, 7±0, 4	1, 3±0, 5	1, 3±0, 5	1, 3±0, 9

Через 1 місяць після лікування досягало показника 3, 1±0, 4 мм. Через 3 місяці після лікування - 2, 8±0, 5 мм, через 9 місяців після лікування - 2, 4±0, 6 мм, через 1 рік після лікування - 2, 2±0, 7 мм ( таблиця 7.3, рис. 7. 5).

Таблиця 7. 3.

**Результати лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом  
легкого ступеня (Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків  
відповідно до результатів визначення чутливості)**

Критерії оцінки пародонтологічного статусу	Вихідні	1 місяць	3 місяць	9 місяць	1 рік
<b>Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості</b>					
Втрат пародонтального прикріплення	3, 2±0, 2	3, 0±0, 6	2, 9±0, 4	2, 5±0, 4	2, 3±0, 6
Глибина пародонтальних кишень	2, 4±0, 1	2, 1±0, 5	1, 9±0, 4	1, 6±0, 5	1, 5±0, 3
Індекс кровоточивості (%)	21, 5±2, 8	18, 3±1, 9	14, 7±2, 1	12, 5±2, 1	10, 5±2, 7
Індекс КПП (за Леус П. А.)	1, 5±0, 2	1, 5±0, 3	1, 2±0, 2	1, 1±0, 8	1, 0±0, 7
<b>Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості+ пробіотики</b>					
Втрат пародонтального прикріплення	3, 5±0, 2	3, 1±0, 4	2, 8±0, 5	2, 4±0, 6	2, 2±0, 7
Глибина пародонтальних кишень	2, 6±0, 2	2, 3±0, 7	2, 0±0, 5	1, 7±0, 4	1, 5±0, 6
Індекс кровоточивості (%)	22, 8±1, 9	18, 7±2, 4	14, 9±2, 9	10, 0±3, 1	10, 0±0, 7
Індекс КПП (за Леус П. А.)	1, 9±0, 1	1, 6±0, 4	1, 4±0, 8	1, 2±0, 7	1, 0±0, 7

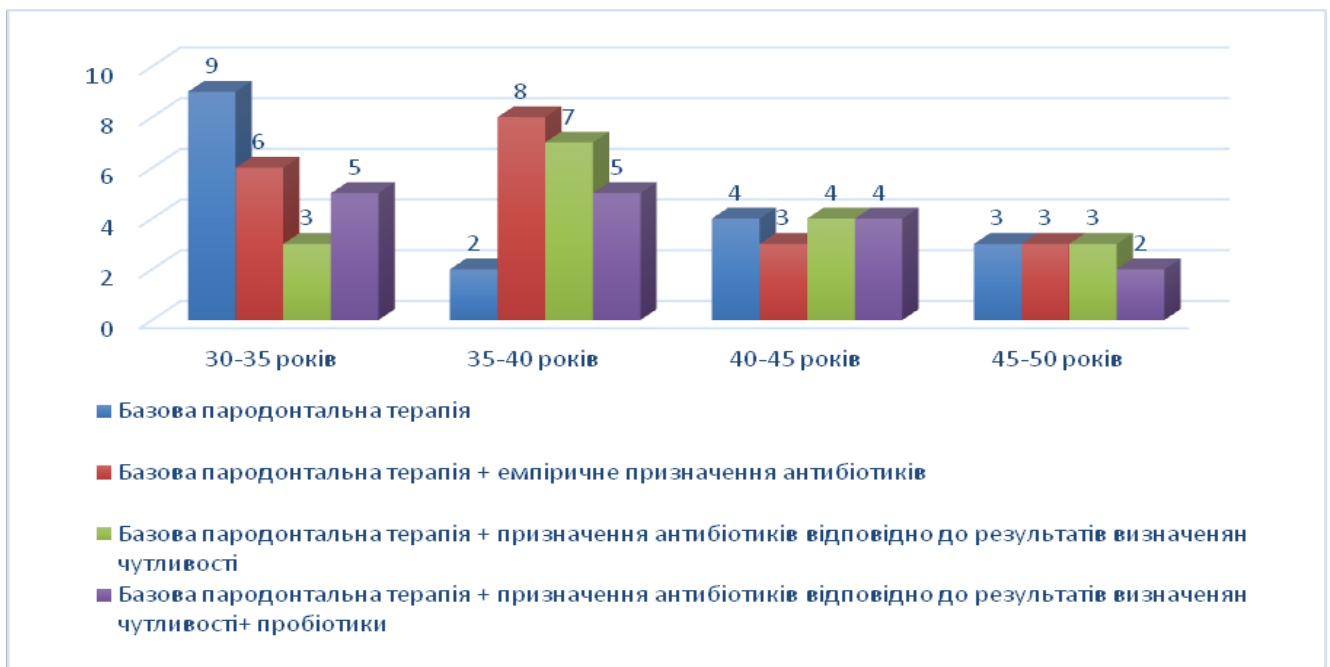


**Рис. 7. 5. Редукція рівня втрати пародонтального прикріплення серед пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом легкого ступеня, лікування котрих проходило за різними алгоритмами.**

Спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних  $2,6 \pm 0,2$  мм до  $2,3 \pm 0,7$  мм через 1 місяць після лікування, до  $2,0 \pm 0,5$  мм через 3 місяці після лікування, до  $1,7 \pm 0,4$  мм через 9 місяців після лікування та до  $1,5 \pm 0,6$  мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію:  $22,8 \pm 1,9\%$  - до початку лікування,  $18,7 \pm 2,4\%$  - через один місяць після лікування;  $14,9 \pm 2,9\%$  - через 3 місяці після лікування;  $10,0 \pm 3,1\%$  - через 9 місяців після лікування;  $10,0 \pm 0,7\%$  - через 1 рік після лікування;

Аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з  $1,9 \pm 0,1$  на початку лікування до  $1,6 \pm 0,4$  через 1 місяць після лікування,  $1,4 \pm 0,8$  через 3 місяці після лікування,  $1,2 \pm 0,7$  через 9 місяців після лікування,  $1,0 \pm 0,7$  через 1 рік після лікування. У групі пацієнтів із хронічним пародонтитом середнього ступеня важкості 18 пацієнтам (25, 35%) проводилася базова пародонтальна терапія (з яких

пацієнти віком 30-35 років склали 12, 68% (9 осіб), пацієнти віком 35-40 років – 2, 81% (2 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 5, 63% (4 особи), пацієнти віком 45-50 років – 5, 63% (4 особи)), 20 пацієнтам (28, 17%) – базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася емпіричною антибіотикотерапією (з яких пацієнти віком 30-35 років склали 8, 45% (6 осіб), пацієнти віком 35-40 років – 11, 27% (8 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 4, 23% (3 особи), пацієнти віком 45-50 років – 4, 23% (3 особи)), 17 пацієнтам (23, 94%) – базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася призначенням антибіотиків відповідно до попередньо отриманих результатів чутливості (з яких пацієнти віком 30-35 років склали 4, 23% (3 особи), пацієнти віком 35-40 років – 9, 86% (7 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 5, 63% (4 особи), пацієнти віком 45-50 років – 4, 22% (3 особи)), 16 пацієнтам (22, 54%) – базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася призначенням антибіотиків у відповідно до результатів чутливості та супровідною пробіотикотерапією (з яких пацієнти віком 30-35 років склали 7, 04% (5 осіб), пацієнти віком 35-40 років – 7, 04% (5 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 5, 63% (4 особи), пацієнти віком 45-50 років – 2, 81% (2 особи) (рис. 7. 6).



**Рис. 7. 6. Розподіл кількості пацієнтів із хронічним пародонтитом середнього ступеня.**

Розподіл за гендерною ознакою у групі проведення базової пародонтальної терапії був наступним – 7 чоловіків (9, 85%) та 11 жінок (15, 49%) (середній вік -  $32, 5 \pm 4, 1$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії – 10 чоловіків (14, 08%) та 10 жінок (14, 08%) (середній вік -  $34, 9 \pm 3, 7$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості – 9 чоловіків (12, 68%) та 8 жінок (11, 27%) (середній вік -  $38, 5 \pm 5, 1$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії – 8 чоловіків (11, 27%) та 11 жінок (11, 27%) (середній вік -  $35, 5 \pm 1, 9$ ). Середні вихідні рівні втрати пародонтального прикріплення (глибина пародонтальних кишень + рівень рецесії оточуючих м'яких тканин) та глибини пародонтальних кишень у групі проведення базової пародонтальної терапії складала  $4, 8 \pm 0, 4$  мм та  $3, 7 \pm 0, 4$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії -  $5, 2 \pm 0, 7$  мм та  $3, 9 \pm 0, 5$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості -  $5, 0 \pm 0, 4$  мм та  $3, 8 \pm 0, 5$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії -  $4, 9 \pm 0, 6$  мм та  $3, 6 \pm 0, 7$  мм відповідно.

Вихідна оцінка пародонтологічного статусу також проводилася із врахування індексів кровоточивості та індексу КПП за П. А. Леусом, які у групі проведення базової пародонтальної терапії до початку лікування становили  $37, 5 \pm 2, 2\%$  та  $2, 5 \pm 0, 4$  відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії -  $43, 4 \pm 4, 1\%$  та  $3, 1 \pm 0, 3$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості -  $49, 2 \pm 3, 7\%$  та  $2, 9 \pm 0, 5$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії -  $45, 9 \pm 2, 4\%$  та  $2, 8 \pm 0, 8$  мм відповідно (табл. 7. 4).

**Вихідні пародонтологічні параметри досліджуваних пацієнтів при ураженні  
хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеня**

Параметри дослідження	Базова пародонтальна терапія (кількість осіб - 18)	Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків (кількість осіб - 20)	Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості (кількість осіб - 17)	Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості+пробіотики (кількість осіб - 16)
Вік	32, 5±4, 1	34, 9±3, 7	38, 5±3, 2	35, 5±1, 9
Чоловіки	7	10	9	8
Жінки	11	10	8	8
Втрат пародонтального прикріплення	4, 8±0, 4	5, 2±0, 7	5, 0±0, 4	4, 9±0, 6
Глибина пародонтальних кишень	3, 7±0, 4	3, 9±0, 5	3, 8±0, 5	3, 6±0, 7
Індекс кровоточивості (%)	37, 5±2, 2	43, 4±4, 1	49, 2±3, 7	45, 9±2, 4
Індекс КПП (за Леус П. А.)	2, 5±0, 4	3, 1±0, 3	2, 9±0, 5	2, 8±0, 8

Після проведення відповідного лікування у різних групах дослідження серед пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеня були відмічені послідовні зміни показників пародонтологічного статусу протягом річного моніторингу:

У групі проведення базової пародонтальної терапії: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних 4, 8±0, 4 мм через 1 місяць після лікування досягало показника 4, 7±0, 3 мм, через 3 місяці після лікування - 4, 5±0, 4 мм, через 9 місяців після лікування - 4, 4±0, 4 мм, через 1 рік після лікування - 4, 3±0, 5 мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних 3, 7±0, 4 мм до 3, 5±0, 4 мм через 1 місяць після лікування, до 3, 4±0, 6 мм через 3 місяці після лікування, до 3, 3±0, 8 мм через 9 місяців після лікування та до 3, 1±0, 9 мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію: 37, 5±2, 2% - до початку лікування, 30, 5±4, 7% - через один місяць після лікування; 27, 4±2, 9% - через 3 місяці після лікування; 27,

$4 \pm 2$ , 9% - через 9 місяців після лікування;  $19, \pm 3$ , 5% – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з  $2, 5 \pm 0, 4$  на початку лікування до  $2, 3 \pm 0, 6$  через 1 місяць після лікування,  $2, 1 \pm 0, 9$  через 3 місяці після лікування,  $2, 0 \pm 0, 8$  через 9 місяців після лікування,  $1, 9 \pm 0, 9$  через 1 рік після лікування. У групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикорепаїї: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних  $5, 2 \pm 0, 7$  мм через 1 місяць після лікування досягало показника  $5, 0 \pm 0, 7$  мм, через 3 місяці після лікування -  $4, 8 \pm 0, 5$  мм, через 9 місяців після лікування -  $4, 7 \pm 0, 9$  мм, через 1 рік після лікування -  $4, 7 \pm 0, 8$  мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних  $3, 9 \pm 0, 5$  мм до  $3, 7 \pm 0, 4$  мм через 1 місяць після лікування, до  $3, 5 \pm 0, 2$  мм через 3 місяці після лікування, до  $3, 3 \pm 0, 9$  мм через 9 місяців після лікування та до  $3, 2 \pm 0, 5$  мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію:  $43, 4 \pm 4, 1\%$  - до початку лікування,  $35, 8 \pm 2, 9\%$  - через один місяць після лікування;  $27, 6 \pm 4, 1\%$  - через 3 місяці після лікування;  $20, 7 \pm 3, 9\%$  - через 9 місяців після лікування;  $18, 4 \pm 2, 5\%$  – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з  $3, 1 \pm 0, 3$  на початку лікування до  $2, 9 \pm 0, 6$  через 1 місяць після лікування,  $2, 6 \pm 0, 2$  через 3 місяці після лікування,  $2, 2 \pm 0, 8$  через 9 місяців після лікування,  $2, 0 \pm 0, 4$  через 1 рік після лікування (табл. 7. 5). У групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії у відповідності до отриманих результатів чутливості: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних  $5, 0 \pm 0, 4$  мм через 1 місяць після лікування досягало показника  $4, 7 \pm 0, 7$  мм, через 3 місяці після лікування -  $4, 6 \pm 0, 5$  мм, через 9 місяців після лікування -  $4, 2 \pm 0, 4$  мм, через 1 рік після лікування -  $4, 1 \pm 0, 8$  мм, спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних  $3, 8 \pm 0, 5$  мм до  $3, 6 \pm 0, 6$  мм через 1 місяць після лікування, до  $3, 3 \pm 0, 8$  мм через 3 місяці після лікування, до  $3, 1 \pm 0, 4$  мм через 9 місяців після лікування та до  $2, 9 \pm 0, 5$  мм через 1 рік після лікування;

Таблиця 7. 5

**Результати лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеня (базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків)**

Критерії оцінки пародонтологічного статусу	Вихідні	1 місяць	3 місяць	9 місяць	1 рік
<b>Базова пародонтальна терапія</b>					
Втрат пародонтального прикріплення	4, 8±0, 4	4, 7±0, 3	4, 5±0, 4	4, 4±0, 4	4, 3±0, 5
Глибина пародонтальних кишень	3, 7±0, 4	3, 5±0, 4	3, 4±0, 6	3, 3±0, 8	3, 1±0, 9
Індекс кровоточивості (%)	37, 5±2, 2	30, 5±4, 7	27, 4±2, 9	27, 4±2, 9	19, ±3, 5
Індекс КПП (за Леус П. А.)	2, 5±0, 4	2, 3±0, 6	2, 1±0, 9	2, 0±0, 8	1, 9±0, 9
<b>Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків</b>					
Втрат пародонтального прикріплення	5, 2±0, 7	5, 0±0, 7	4, 8±0, 5	4, 7±0, 9	4, 7±0, 8
Глибина пародонтальних кишень	3, 9±0, 5	3, 7±0, 4	3, 5±0, 2	3, 3±0, 9	3, 2±0, 5
Індекс кровоточивості (%)	43, 4±4, 1	35, 8±2, 9	27, 6±4, 1	20, 7±3, 9	18, 4±2, 5
Індекс КПП (за Леус П. А.)	3, 1±0, 3	2, 9±0, 6	2, 6±0, 2	2, 2±0, 8	2, 0±0, 4

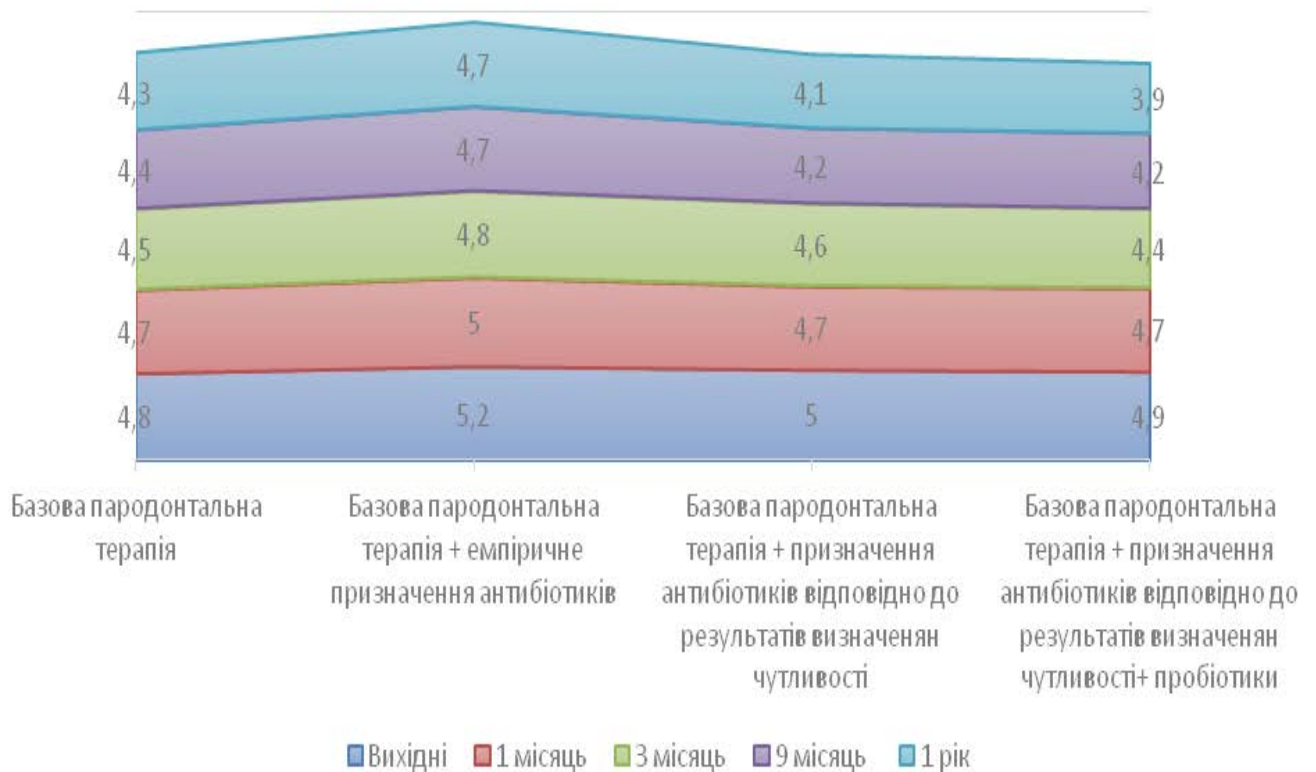
Редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію: 49, 2±3, 7% - до початку лікування, 35, 5±2, 7% - через один місяць після лікування; 30, 9±4, 2% - через 3 місяці після лікування; 20, 8±3, 3% - через 9 місяців після лікування; 17, 5±3, 5% – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з 2, 9±0, 5 на початку лікування до 2, 5±0, 4 через 1 місяць після лікування, 2, 2±0, 7 через 3 місяці після лікування, 2, 0±0, 9 через 9 місяців після лікування, 1, 9±0, 9 через 1 рік після лікування У групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії у відповідності до отриманих результатів чутливості, а також супровідної пробіотикотерапії: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних 4, 9±0, 6 мм через 1 місяць після лікування досягало показника 4, 7±0, 8 мм, через 3 місяці після лікування - 4, 4±0, 9 мм, через 9 місяців після лікування - 4, 2±0, 6 мм, через 1 рік після лікування - 3, 9±0, 6 мм (таблиця 7.6, рис. 7. 7).

Таблиця 7. 6

**Результати лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеня (базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості)**

Критерії оцінки пародонтологічного статусу	Вихідні	1 місяць	3 місяць	9 місяць	1 рік
Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості					
Втрата пародонтального прикріплення	5, 0±0, 4	4, 7±0, 7	4, 6±0, 5	4, 2±0, 4	4, 1±0, 8
Глибина пародонтальних кишень	3, 8±0, 5	3, 6±0, 6	3, 3±0, 8	3, 1±0, 4	2, 9±0, 5
Індекс кровоточивості (%)	49, 2±3, 7	35, 5±2, 7	30, 9±4, 2	20, 8±3, 3	17, 5±3, 5
Індекс КПП (за Леус П. А.)	2, 9±0, 5	2, 5±0, 4	2, 2±0, 7	2, 0±0, 9	1, 9±0, 9
Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості+ пробіотики					
4, 9±0, 6	4, 7±0, 8	4, 4±0, 9	4, 2±0, 6	3, 9±0, 6	
3, 6±0, 7	3, 3±0, 8	3, 0±0, 5	2, 8±0, 7	2, 6±0, 8	
45, 9±2, 4	32, 3±3, 3	27, 4±4, 4	19, 8±4, 3	15, 5±2, 7	
2, 8±0, 8	2, 4±0, 6	2, 1±0, 7	2, 0±0, 4	1, 8±0, 9	

Спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних 3, 6±0, 7 мм до 3, 3±0, 8 мм через 1 місяць після лікування, до 3, 0±0, 5 мм через 3 місяці після лікування, до 2, 8±0, 7 мм через 9 місяців після лікування та до 2, 6±0, 8 мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію: 45, 9±2, 4% - до початку лікування, 32, 3±3, 3% - через один місяць після лікування; 27, 4±4, 4% - через 3 місяці після лікування; 19, 8±4, 3% - через 9 місяців після лікування; 15, 5±2, 7% - через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з 2, 8±0, 8 на початку лікування до 2, 4±0, 6 через 1 місяць після лікування, 2, 1±0, 7 через 3 місяці після лікування, 2, 0±0, 4 через 9 місяців після лікування, 1, 8±0, 9 через 1 рік після лікування (див. рис. 7.7.).



**Рис. 7. 7. Редукція рівня втрати пародонтального прикріплення серед пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеня, лікування котрих проходило за різними алгоритмами.**

У групі пацієнтів із хронічним пародонтитом важкого ступеня 21 пацієнту (27, 63%) проводилася базова пародонтальна терапія (з яких пацієнти віком 30-35 років складали 13, 16% (10 осіб), пацієнти віком 35-40 років – 5, 26% (4 особи), пацієнти віком 40-45 років – 2, 63% (2 особи), пацієнти віком 45-50 років – 6, 57% (5 осіб)), 18 пацієнтам (23, 68%) – базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася емпіричною антибіотикотерапією (з яких пацієнти віком 30-35 років складали 3, 94% (3 особи), пацієнти віком 35-40 років – 11, 84% (9 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 5, 26% (4 особи), пацієнти віком 45-50 років – 2, 63% (2 особи)), 20 пацієнтам (26, 32%) – базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася призначенням антибіотиків відповідно до попередньо отриманих результатів чутливості (з яких пацієнти віком 30-35 років складали 3, 94% (3 особи), пацієнти віком 35-40 років – 11, 84% (9 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 3, 94% (3 особи), пацієнти віком 45-50 років – 6, 57% (5 осіб)), 17 пацієнтам

(22, 37%) – базова пародонтальна терапія, що супроводжувалася призначенням антибіотиків у відповідно до результатів чутливості та супровідною пробіотикотерапією (з яких пацієнти віком 30-35 років склали 3, 94% (3 особи), пацієнти віком 35-40 років – 7, 89% (6 осіб), пацієнти віком 40-45 років – 5, 26% (4 особи), пацієнти віком 45-50 років – 5, 26% (4 особи)) (рис. 7. 8.).

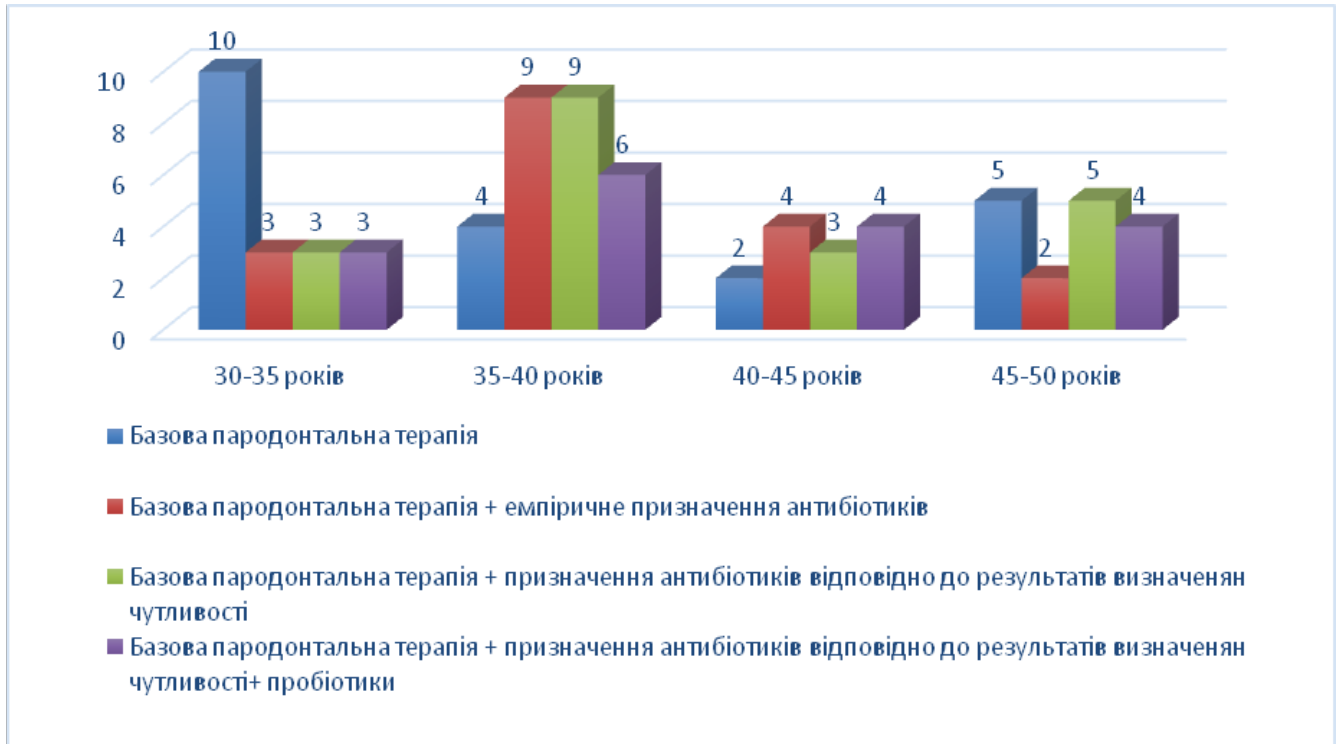


Рис. 7. 8. Розподіл кількості пацієнтів із хронічним пародонтитом важкого ступеня.

Розподіл за гендерною ознакою у групі проведення базової пародонтальної терапії був наступним – 9 чоловіків (11, 84%) та 12 жінок (15,79%) (середній вік - 34,  $7 \pm 3$ , 3); у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії – 8 чоловіків (10, 52%) та 10 жінок (13,15%) (середній вік - 37,  $6 \pm 2,5$ ); у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості – 12 чоловіків (15, 78%) та 8 жінок (10,52%) (середній вік - 39,  $9 \pm 2$ , 8); у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії – 10 чоловіків (13, 16%) та 7 жінок (9, 21%) (середній вік - 36,  $6 \pm 4,1$ ).

Середні вихідні рівні втрати пародонтального прикріплення (глибина пародонтальних кишень + рівень рецесії оточуючих м'яких тканин) та глибини пародонтальних кишень у групі проведення базової пародонтальної терапії складала  $5,8 \pm 0,7$  мм та  $5,4 \pm 0,2$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії -  $5,9 \pm 0,4$  мм та  $5,5 \pm 0,4$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості -  $5,9 \pm 0,5$  мм та  $5,3 \pm 0,1$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії -  $6,0 \pm 0,7$  мм та  $5,6 \pm 0,8$  мм відповідно. Вихідна оцінка пародонтологічного статусу також проводилася із врахування індексів кровоточивості та індексу КПП за П. А. Леусом, які у групі проведення базової пародонтальної терапії до початку лікування становили  $44,8 \pm 3,1\%$  та  $3,9 \pm 0,8$  відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикотерапії -  $50,9 \pm 2,7\%$  та  $4,4 \pm 0,8$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії виходячи із результатів дослідження чутливості -  $50,1 \pm 3,5\%$  та  $4,5 \pm 0,7$  мм відповідно; у групі проведення базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії виходячи із результатів чутливості та супровідної пробіотикотерапії -  $54,2 \pm 2,2\%$  та  $3,9 \pm 1,1$  мм відповідно (табл. 7. 7). Після проведення відповідного лікування у різних групах дослідження серед пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом важкого ступеня були відмічені послідовні зміни показників пародонтологічного статусу протягом річного моніторингу: У групі проведення базової пародонтальної терапії: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних  $5,8 \pm 0,7$  мм через 1 місяць після лікування досягало показника  $5,6 \pm 0,4$  мм, через 3 місяці після лікування -  $5,5 \pm 0,8$  мм, через 9 місяців після лікування -  $5,4 \pm 0,8$  мм, через 1 рік після лікування -  $5,4 \pm 0,9$  мм; Спостерігалось також зменшення середнього показника глибини пародонтальних кишень із вихідних  $5,4 \pm 0,2$  мм до  $5,2 \pm 0,2$  мм через 1 місяць після лікування, до  $5,1 \pm 0,7$  мм через 3 місяці після лікування, до  $5,0 \pm 0,2$  мм через 9 місяців після лікування та до  $5,0 \pm 1,1$  мм через 1 рік після лікування;

Таблиця 7. 7

**Вихідні пародонтологічні параметри досліджуваних пацієнтів при ураженні  
хронічним генералізованим пародонтитом важкого ступеня**

Параметри дослідження	Базова пародонтальна терапія (кількість осіб - 21)	Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків (кількість осіб - 18)	Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості (кількість осіб - 20)	Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості+ пробіотики (кількість осіб - 17)
Вік	34, 7±3, 3	37, 6±2, 5	39, 9±2, 8	36, 6±4, 1
Чоловіки	9	8	12	10
Жінки	12	10	8	7
Втрат пародонтального прикріплення	5, 8±0, 7	5, 9±0, 4	5, 9±0, 5	6, 0±0, 7
Глибина пародонтальних кишень	5, 4±0, 2	5, 5±0, 4	5, 3±0, 1	5, 6±0, 8
Індекс кровоточивості (%)	44, 8±3, 1	50, 9±2, 7	50, 1±3, 5	54, 2±2, 2
Індекс КПП (за Леус П. А.)	3, 9±0, 8	4, 4±0, 8	4, 5±0, 7	3, 9±1, 1

Редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію: 44, 8±3, 1% - до початку лікування, 34, 7±3, 2% - через один місяць після лікування; 29, 4±3, 1% - через 3 місяці після лікування; 24, ±1, 9% - через 9 місяців після лікування; 20, 8±4, 2% – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з 3, 9±0, 8 на початку лікування до 3, 6±0, 8 через 1 місяць після лікування, 3, 2±1, 1 через 3 місяці після лікування, 3, 0±0, 9 через 9 місяців після лікування, 3, 0±1, 2 через 1 рік після лікування. У групі проведення базової пародонтальної терапії та емпіричної антибіотикорепаїї: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних 5, 9±0, 4 мм через 1 місяць після лікування досягало показника 5, 7±0, 8 мм, через 3 місяці після лікування - 5, 6±0, 7 мм, через 9 місяців після лікування - 5, 6±0, 9 мм, через 1 рік після лікування - 5, 2±0, 4мм;

спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних  $5, 5 \pm 0, 4$  мм до  $5, 2 \pm 0, 5$  мм через 1 місяць після лікування, до  $5, 1 \pm 0, 4$  мм через 3 місяці після лікування, до  $5, 1 \pm 0, 9$  мм через 9 місяців після лікування та до  $5, 0 \pm 0, 5$  мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію:  $50, 9 \pm 2, 7\%$  - до початку лікування,  $42, 9 \pm 4, 8\%$  - через один місяць після лікування;  $35, 5 \pm 5, 6\%$  - через 3 місяці після лікування;  $26, 8 \pm 1, 2\%$  - через 9 місяців після лікування;  $19, 4 \pm 2, 9\%$  – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПІ з  $4, 4 \pm 0, 8$  на початку лікування до  $4, 1 \pm 0, 6$  через 1 місяць після лікування,  $4, 0 \pm 0, 8$  через 3 місяці після лікування,  $3, 8 \pm 0, 5$  через 9 місяців після лікування,  $3, 8 \pm 0, 7$  через 1 рік після лікування. У групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикорепаїї у відповідності до отриманих результатів чутливості: зменшення середнього рівня втрати пародонтального прикріплення із вихідних  $5, 9 \pm 0, 5$  мм через 1 місяць після лікування досягало показника  $5, 7 \pm 0, 9$  мм, через 3 місяці після лікування -  $5, 5 \pm 0, 7$  мм, через 9 місяців після лікування -  $5, 2 \pm 0, 8$  мм, через 1 рік після лікування -  $5, 1 \pm 0, 4$  мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних  $5, 3 \pm 0, 1$  мм до  $5, 1 \pm 0, 5$  мм через 1 місяць після лікування, до  $4, 9 \pm 0, 2$  мм через 3 місяці після лікування, до  $4, 5 \pm 0, 7$  мм через 9 місяців після лікування та до  $4, 4 \pm 0, 2$  мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію:  $50, 1 \pm 3, 5\%$  - до початку лікування,  $38, 7 \pm 4, 5\%$  - через один місяць після лікування;  $29, 0 \pm 3, 4\%$  - через 3 місяці після лікування;  $21, 9 \pm 5, 7\%$  - через 9 місяців після лікування;  $19, 0 \pm 2, 2\%$  – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПІ з  $4, 5 \pm 0, 7$  на початку лікування до  $4, 1 \pm 0, 6$  через 1 місяць після лікування,  $4, 0 \pm 0, 8$  через 3 місяці після лікування,  $3, 8 \pm 0, 7$  через 9 місяців після лікування,  $3, 7 \pm 1, 1$  через 1 рік після лікування. У групі проведення базової пародонтальної терапії та антибіотикотерапії у відповідності до отриманих результатів чутливості, а також супровідної пробіотикотерапії: зменшення середнього рівня втрати пародонтального

прикріплення із вихідних 6, 0±0, 7 мм через 1 місяць після лікування досягало показника 5, 8±0, 7 мм, через 3 місяці після лікування - 5, 6±0, 4 мм, через 9 місяців після лікування - 5, 2±0, 7 мм, через 1 рік після лікування - 5, 1±0, 8 мм; спостерігалось також зменшення середнього показника глибина пародонтальних кишень із вихідних 5, 6±0, 8 мм до 5, 4±0, 2 мм через 1 місяць після лікування, до 5, 2±0, 7 мм через 3 місяці після лікування, до 4, 9±0, 9 мм через 9 місяців після лікування та до 4, 7±0, 4 мм через 1 рік після лікування; редукція середнього показника індексу кровоточивості протягом періоду моніторингу демонструвала наступну тенденцію: 54, 2±2, 2% - до початку лікування, 42, 3±4, 1% - через один місяць після лікування; 34, 5±2, 6% - через 3 місяці після лікування; 22, 7±3, 2% - через 9 місяців після лікування; 18, 9±3, 0% – через 1 рік після лікування; аналогічно реєструвалося зниження вихідного показника індексу КПП з 3, 9±1, 1 на початку лікування до 3, 7±0, 5 через 1 місяць після лікування, 3, 5±0, 9 через 3 місяці після лікування, 3, 2±0, 8 через 9 місяців після лікування, 3, 0±1, 0 через 1 рік після лікування (табл. 7. 8, 7.9, рис. 7. 9).

Таблиця 7. 8

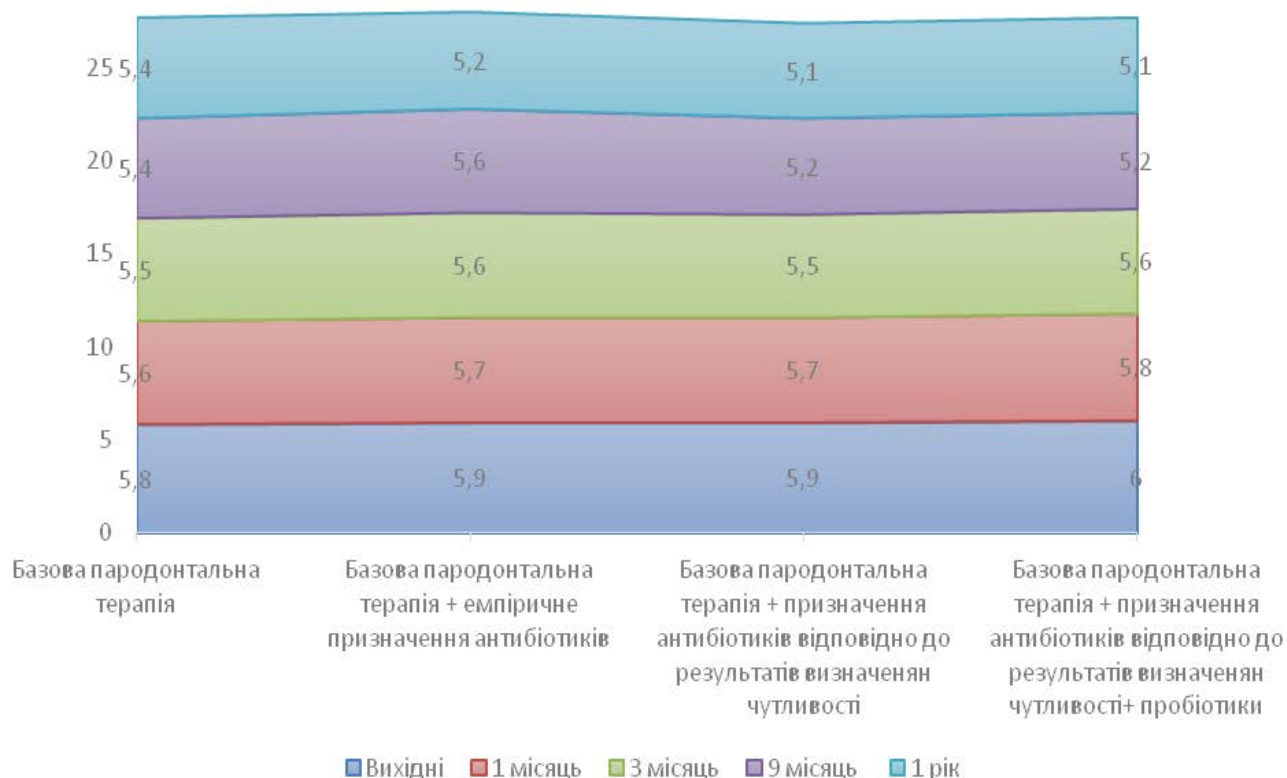
**Результати лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом важкого ступеня (базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків)**

Критерії оцінки пародонтологічного статусу	Вихідні	1 місяць	3 місяць	9 місяць	1 рік
Базова пародонтальна терапія					
Втрат пародонтального прикріплення	5, 8±0, 7	5, 6±0, 4	5, 5±0, 8	5, 4±0, 8	5, 4±0, 9
Глибина пародонтальних кишень	5, 4±0, 2	5, 2±0, 2	5, 1±0, 7	5, 0±0, 2	5, 0±1, 1
Індекс кровоточивості (%)	44, 8±3, 1	34, 7±3, 2	29, 4±3, 1	24, ±1, 9	20, 8±4, 2
Індекс КПП (за Леус П. А.)	3, 9±0, 8	3, 6±0, 8	3, 2±1, 1	3, 0±0, 9	3, 0±1, 2
Базова пародонтальна терапія + емпіричне призначення антибіотиків					
Втрат пародонтального прикріплення	5, 9±0, 4	5, 7±0, 8	5, 6±0, 7	5, 6±0, 9	5, 2±0, 4
Глибина пародонтальних кишень	5, 5±0, 4	5, 2±0, 5	5, 1±0, 4	5, 1±0, 9	5, 0±0, 5
Індекс кровоточивості (%)	50, 9±2, 7	42, 9±4, 8	35, 5±5, 6	26, 8±1, 2	19, 4±2, 9
Індекс КПП (за Леус П. А.)	4, 4±0, 8	4, 1±0, 6	4, 0±0, 8	3, 8±0, 5	3, 8±0, 7

Таблиця 7. 9

**Результати лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом важкого ступеня (базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості)**

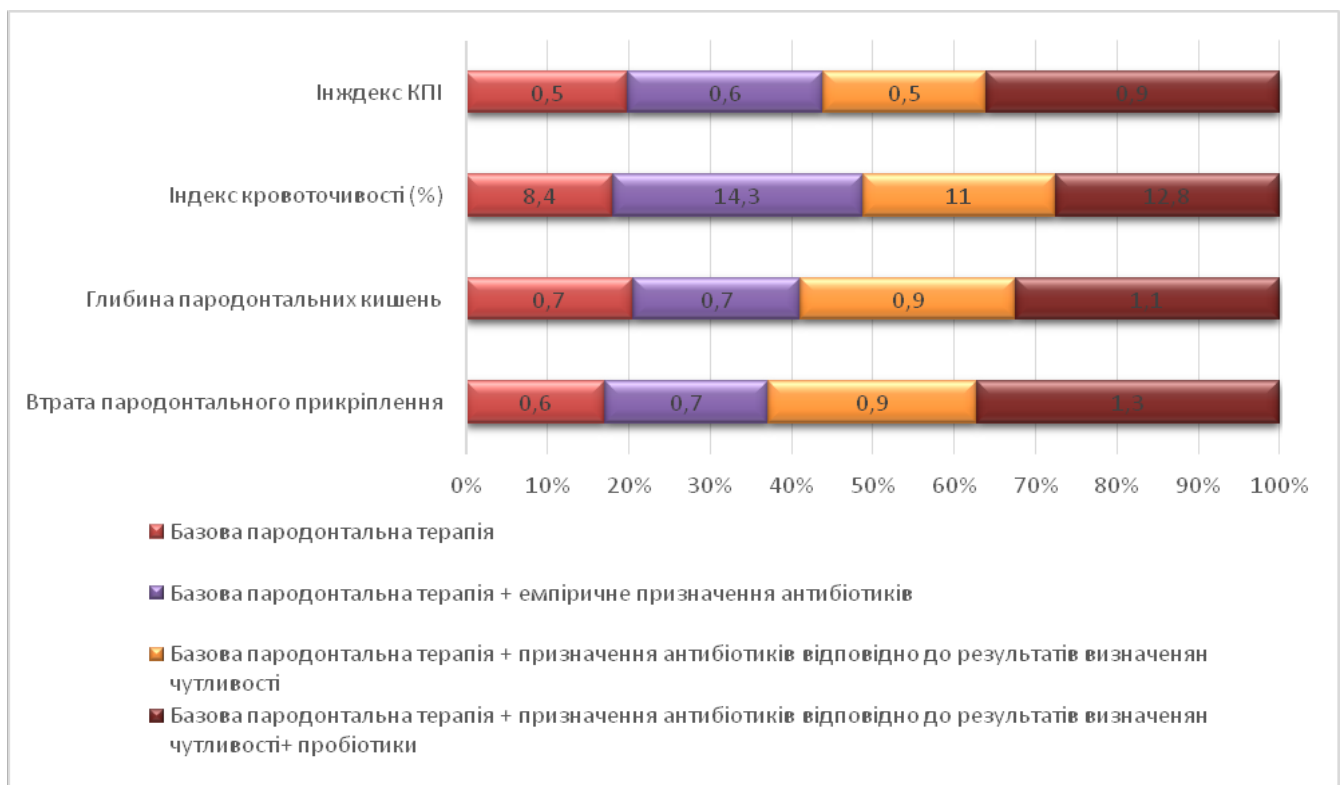
Критерії оцінки пародонтологічного статусу	Вихідні	1 місяць	3 місяць	9 місяць	1 рік
Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості					
Втрат пародонтального прикріплення	5, 9±0, 5	5, 7±0, 9	5, 5±0, 7	5, 2±0, 8	5, 1±0, 4
Глибина пародонтальних кишень	5, 3±0, 1	5, 1±0, 5	4, 9±0, 2	4, 5±0, 7	4, 4±0, 2
Індекс кровоточивості (%)	50, 1±3, 5	38, 7±4, 5	29, 0±3, 4	21, 9±5, 7	19, 0±2, 2
Індекс КПП (за Леус П. А.)	4, 5±0, 7	4, 1±0, 6	4, 0±0, 8	3, 8±0, 7	3, 7±1, 1
Базова пародонтальна терапія + призначення антибіотиків відповідно до результатів визначення чутливості+ пробіотики					
Втрат пародонтального прикріплення	6, 0±0, 7	5, 8±0, 7	5, 6±0, 4	5, 2±0, 7	5, 1±0, 8
Глибина пародонтальних кишень	5, 6±0, 8	5, 4±0, 2	5, 2±0, 7	4, 9±0, 9	4, 7±0, 4
Індекс кровоточивості (%)	54, 2±2, 2	42, 3±4, 1	34, 5±2, 6	22, 7±3, 2	18, 9±3, 0
Індекс КПП (за Леус П. А.)	3, 9±1, 1	3, 7±0, 5	3, 5±0, 9	3, 2±0, 8	3, 0±1, 0



**Рис. 7. 9. Редукція рівня втрати пародонтального прикріплення серед пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом важкого ступеня, лікування котрих проходило за різними алгоритмами.**

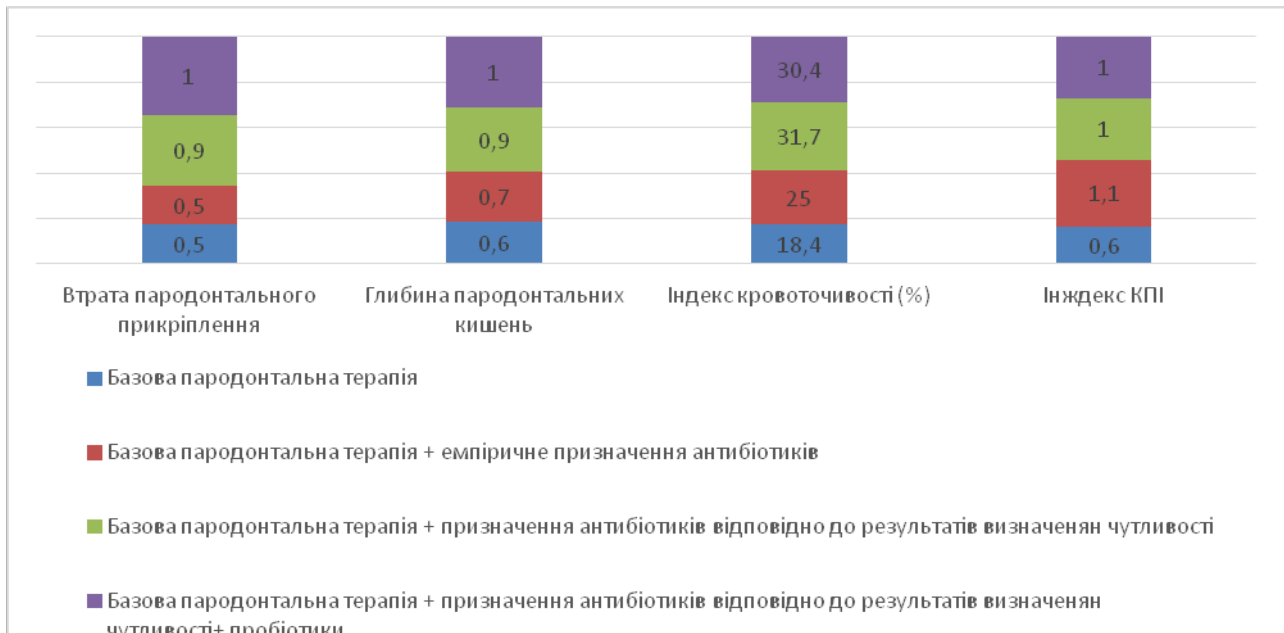
В ході проведеного аналізу результатів вдалось встановити, що найкращих показників лікування хронічного пародонтиту при порівнянні вихідних параметрів до лікування та показників через 1 рік після лікування вдалось досягти у групі пацієнтів із легкою формою даної патології при проведенні базової пародонтальної терапії, антибіотикотерапії, виходячи із результатів дослідження чутливості, із супровідною пробіотикотерапією. Таким чином вдалось досягти відновлення пародонтального прикріплення на 1, 3 мм та зменшити глибину пародонтальних кишень на 1, 1 мм.

Отримані показники статистично відрізнялися від отриманих в ході проведення лише базової пародонтальної терапії (відновлення пародонтального прикріплення на 0, 6 мм та зменшення глибини пародонтальних кишень на 0, 7 мм) ( $p < 0, 05$ ) та базової пародонтальної терапії, що супроводжувалась емпіричною антибіотикотерапією (відновлення пародонтального прикріплення на 0, 7 мм та зменшення глибини пародонтальних кишень на 0, 7 мм) ( $p < 0, 05$ ) (рис. 7. 10).



**Рис. 7. 10. Динаміка зміни критеріїв оцінки пародонтологічного статусу при лікуванні пацієнтів із хронічним пародонтитом легкого ступеня.**

Аналогічна тенденція була відмічена із серед хворих з середньою формою важкості хронічного пародонтиту: показники відновлення пародонтального прикріплення та редукції глибини пародонтальних кишень (1, 0 та 1, 0 мм відповідно) при порівнянні результатів лікування через рік та вихідних даних статистично відрізнялися від таких, що були отримані після проведення базової пародонтальної терапії та такої із супровідною емпіричною антибіотикотерпією ( $p < 0,05$ ) (рис. 7. 11).

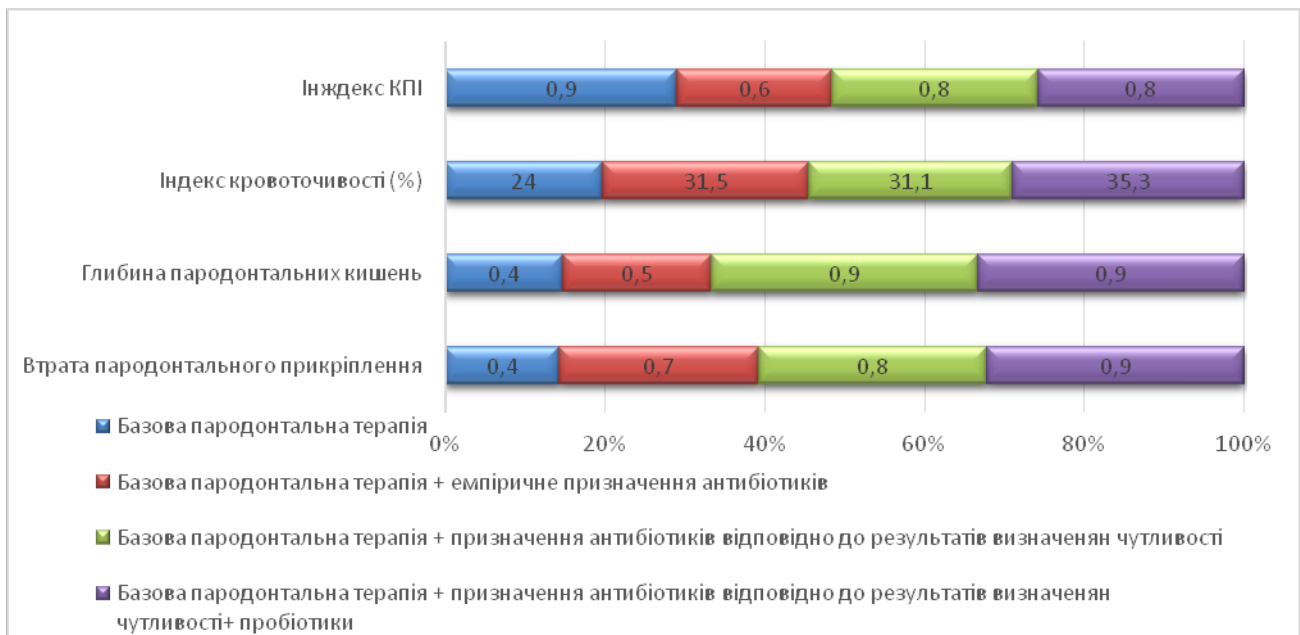


**Рис. 7. 11. Динаміка зміни критеріїв оцінки пародонтологічного статусу при лікуванні пацієнтів із хронічним пародонтитом середнього ступеня.**

Статистичної різниці між результатами лікування пацієнтів із хронічним пародонтитом середньої важкості при реалізації лише базової пародонтальної терапії та такої із супровідною емпіричною антибіотикотерапією не відмічалось ( $p \geq 0,05$ ).

При лікуванні пацієнтів із важкою формою хронічного пародонтиту було відмічено, що отримані результати через 1 після лікування демонстрували найменшу успішність у порівнянні із такими, що були отримані після лікування осіб із легкою та середньою формами важкості патології, проте статистичну відмінність між такими зареєструвати не вдалося ( $p \geq 0,05$ ). Також серед пацієнтів

із важкою формою хронічного пародонтиту було відмічено статистично значиму різницю у отриманих результатах лікування при реалізації підходів антибіотикотерапії відповідно до встановленої чутливості та такої із супровідною пробіотикотерапією у порівнянні із результатами отриманими при реалізації лише базової пародонтальної терапії та такої із супровідною емпіричною антибіотикотерапією ( $p < 0,05$ ) (рис. 7. 12).



**Рис. 7. 12. Динаміка зміни критеріїв оцінки пародонтологічного статусу при лікуванні пацієнтів із хронічним пародонтитом важкого ступеня.**

Рівні відновлення пародонтального прикріплення через рік після лікування у випадках базової пародонтальної терапії сягали лише 0,4 мм, при реалізації разом з базовою пародонтальною терапією емпіричної антибіотикотерапії – 0,7 мм, у той час, коли доповнення лікування антибіотикотерапією виходячи із показників чутливості дозволяло відновити 0,8 мм пародонтального прикріплення, а при додатковій пробіотикотерапії – 0,9 мм. Аналогічна ситуація відмічалася при аналізі результатів зменшення глибини пародонтальних кишень, яка при реалізації чотирьох схем лікування зменшилась на 0,4 мм, 0,5 мм, 0,9 мм та 0,9 мм відповідно ( $p < 0,05$ ).

Чіткої кореляції між показниками індексу кровоточивості та індексом КПП за Леусом у всіх досліджуваних групах прослідкувати не вдалося, і хоч дані параметри також поліпшувалися в ході лікування, однак тенденція їх змін не характеризувалася наявністю чітких статистичних залежностей, що може бути обґрунтовано тим, що показники індексу кровоточивості залежать не тільки від важкості пародонтальної патології, а й від індивідуальних особливостей м'яких тканин пародонту (біотипу ясен), а також фактом того, що показник КПП характеризується значним рівнем суб'єктивної інтерпретації під час вибору між рядом ознак різної важкості уражень.

Персоналізована медицина видозмінює класичну концепцію аргументації вибору методу лікування в умовах різних патологій. Класичний підхід базується на забезпеченні алгоритму лікування виходячи із результатів попередньо проведених досліджень, систематизованих та обґрунтованих у відповідності до даних отриманих при аналізі різних вибірок, в межах котрих обраний метод лікування проявляв відповідний рівень ефективності, що підтверджений фактами різного рівня доказовості. Мінімізації рівня можливої похибки щодо ефективності застосування певного методу чи фармацевтичного препарату забезпечується за рахунок збільшення чисельності досліджуваної вибірки, що дозволяє у випадку підтвердження нульової гіпотези щодо доцільності обраної схеми лікування, встановити зменшення кількості відхилення реакцій пролікованих індивідів від отриманого середньостатистичного значення. Принцип персоналізованої медицини видозмінює вищеописану модель, виходячи із положення, що індивіди в межах популяції відрізняються за складом мікробіому, а значить відрізнятимуться і за рівнем майбутньої реакції на запроваджене лікування. При такому підході можливо провести стратифікацію пацієнтів в залежності від різного шляху розвитку біологічної відповіді, навіть за умов, що клінічні ознаки патології можуть бути однаково виражені. Практично кожен пацієнт таким чином забезпечується індивідуалізованим підходом до лікування, що максимізував би позитивний ефект терапії та обґрунтований з точки зору витрат.

Аналогічним чином забезпечується реалізація принципів персоналізованої стоматології, як виду персоналізованої медицини, що також є моделлю надання стоматологічної допомоги, яка сфокусована на врахування унікальних даних щодо клінічних проявів, генетичних варіацій, геномних змін та факторів оточення індивіду в умовах норми та патології. При чому реалізація даної моделі може проводитися як на державному рівні, що однак потребує забезпечення модифікації відповідних протоколів надання медичної допомоги, так і на рівні окремих поліклінік, в залежності між можливостей проведення відповідних лабораторних методів діагностики та імплементації отриманих результатів у практичну дальність.

В ході проведеного клінічного дослідження вдалось встановити переважаючу успішність лікування усіх форм важкості (легкої, середньої, важкої) хронічного пародонтиту при реалізації підходів терапії, яка крім базових пародонтальних втручань включала також супровідну антибіотикотерапію відповідно до показників попереднього проведеного дослідження чутливості мікроорганізмів до різних форм протимікробних середників, а також допоміжну пробіотикотерапію, що за усіма досліджуваними показниками (втрата пародонтального прикріплення, глибина пародонтальних кишень, індекс кровоточивості) статистично відрізнялася від того рівня успішності, якого вдалось досягнути із використанням лише базової пародонтальної терапії чи при її супроводі емпіричною антибіотикотерапією. Враховуючи, що вибір антибактеріальних середників та супровід лікування відповідними пробіотиками є складовими моделі надання персоналізованої медичної (стоматологічної) допомоги, отримані результати свідчать, що принципи Р4 медицини можуть бути ефективно реалізовані у структурі комплексного лікування захворювань пародонту, сприяючи підвищення рівня надання стоматологічної допомоги в цілому.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

1. Костенко Є.Я. Можливості модифікації підходу до лікування пародонтиту виходячи із принципів Р-4 медицини / Є.Я. Костенко, **О.В.Савчук**, Ю.М. Бунь // Intermedical Journal. – 2018. – №1(11). – С. 67-70. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*
2. Hasyuk N. V. Additional methods of examination in dentistrya manual for self-training for practical classes. /N.V.Hasyk, V. V. Chernyak, O. V. Klitynska, Ye. Ya. Kostenko, **O.V. Savchuk** and others [ total 7 authors] // Tutorial. - Ternopil. - 2018. – 114 p. *(Дисертант брав участь у написанні розділу навчального посібника).*
3. Kostenko O.Ye. Analysis of the dominant microbial associations of the mouth cavity and their sensitivity to antibacterial substances / O.Ye. Kostenko, M.V. Krivtsova, Ye.Ya. Kostenko, **O.V.Savchuk** // Intermedical Journal. – 2018. – №2(12). – С. 11-14. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*
4. Костенко О.Є. Аналіз домінуючих мікробних асоціацій у порожнині рота й особливості їх чутливості до антибактеріальних та антисептичних препаратів /О.Є.Костенко, М.В.Кривцова, Є.Я.Костенко, **О.В.Савчук**// Современная стоматология. – 2018. – №5 (94) – С. 40-43. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

## РОЗДІЛ 8

### **МОДИФІКОВАНА МОДЕЛЬ АНАЛІЗУ ЗМІН МІКРОБНИХ АСОЦІАЦІЙ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

#### **8.1. Роль специфічних та неспецифічних методів лікування запальних уражень ротової порожнини виходячи із змін структури мікробних асоціацій**

Сучасні патогенетичні моделі розвитку більшості захворювань ротової порожнини передбачають наявність етіологічного бактеріального чинника як основної причини порушень, що характеризується відповідним комплексом симптомів та змін функції відповідних складових зубо-щелепового апарату. Проте розвиток діагностичних методів та впровадження індивідуалізованих підходів до лікування сприяє модифікації стандартизованих протоколів лікування із пошуком таких лікувальних схем та алгоритмів, які сприяють не просто елімінації основного етіологічного фактору, а й досягненню стану нормалізації співвідношень у структурі мікробіому ротової порожнини. Враховуючи кількість вилучених у випадках запальних захворювань ротової порожнини патогенів та їх присутність у складі оральної мікробної флори в умовах норми у інших чисельних співвідношеннях, доцільним є аналіз неспецифічних підходів до інтерпретації патогенезу стоматологічних уражень [16-18, 26, 27, 140, 178, 293, 313, 323, 331, 346, 372, 382, 383, 387, 388, 392, 393].

Специфічна теорія етіології пародонтиту, гінгівіту та карієсу передбачає існування ключового виду патогену, який є домінантним у структурі розвитку порушень. З цієї точки зору імплементації в структурі мікрофлори порожнини рота непатогенних форм мікроорганізмів в якості замісників повинно було б сприяти неможливості інкорпорації в комплекс стабілізованого мікробіому відповідних форм бактеріальних патогенів, і такий підхід можна було б категоризувати не лише як терапевтичний, але й як превентивний. Однак, ідентифіковані комплекси мікроорганізмів, що були вилучені за умов розвитку пародонтиту характеризуються варіативністю у різних індивідів, відсутністю

чіткого чисельного патерну співвідношень та відмінністю у якісному складі бактеріальних агрегатів. Крім того, досі не вдалось довести чітко встановлених асоціацій між характером клінічної симптоматики різних стадій розвитку однієї і тієї ж патології та різних видів уражень, та особливостями змін мікробного складу ротової порожнини в залежності від етіології порушення. Наявний на сьогодні клінічний досвід лікування пародонтиту також не дозволяє виокремити найбільш дієві лікувальні середники, які б сприяли повній ерадикації ключових патогенних мікроорганізмів, які проявляли однаковий ступінь ефективності серед пацієнтів різних досліджуваних вибірок. Крім того, принципи підходів до лікування пародонтиту та інших запальних уражень ротової порожнини, хоч і відрізняються за своїми використовуваними складовими та етапами, однак передбачають комплексний характер лікування з метою досягнення найбільш прогнозованого клінічного результату втручання, що, очевидно, дозволяє терапевтично компенсувати відсутність безпосередньо направленого лікувального ефекту на ту чи іншу складову ланку формування, розвитку та прогресування патологічних змін. Існування на сьогодні різних за категоризацією значення для патогенезу пародонтальних комплексів мікроорганізмів дозволяє враховувати чутливість останніх до дії різних форм терапевтичних середників, що в кінцевому результаті сприяє зменшенню їх активності та редукції чисельних асоціацій до межі, за умов дотримання якої клінічні симптоми патології відсутні, проте навіть за таких умов неможливо спрогнозувати термін та стабільність ремісії, враховуючи що зміни доменів вищезгаданих мікроорганізмів у структурі нормальної мікрофлори після дії антибактеріальних чи антисептичних препаратів залишаються невідповідними та у більшості випадку виходять за межі діапазону компенсації та дії механізмів саморегуляції. В таких умовах відновлення нормального балансу мікрофлори порожнини рота може відбуватися із застосуванням пре- та пробіотичних комплексів, однак призначення таких відбувається емпірично без врахування дійсних чисельних змін у структурі співвідношень мікробних асоціацій.

З іншого боку реалізація неспецифічних методів корекції запальних уражень ротової порожнини направлена не на повну ерадикацію конкретного патогенного збудника, а на зниження граничного рівня кількості та співвідношення бактеріальних агентів до того, який може бути толерований імунною системою організму та нормальним складом мікробіому порожнини рота. При врахуванні суто такого патомеханізму виникнення патології, підтримка відповідного мікробного балансу ротової порожнини відбувається за рахунок періодичного контролю за кількістю зубного нальоту та редукції його обсягу за рахунок антибактеріальних та антисептичних агентів в цілому без дослідження якісного та кількісного складу мікробних асоціацій, їх варіацій та співвідношення конкретних складових до та після проведеної терапії. Відсутність даних щодо первинного стабільного складу мікробіому ротової порожнини та неспецифічні методи терапії провокують підвищення ризику виникнення та пасивного прогресування наявних стоматологічних уражень, в таких умовах досягнення пікових значень кількості найбільш патогенних мікроорганізмів при збереженні відносно стабільного рівня фонові факультативної мікрофлори може бути інтерпретована як причина виникнення хронічних патологічних змін та затримки у їх адекватній діагностиці. Крім того, за умов реалізації такого підходу при подальшій необхідності корекції мікрофлори ротової порожнини лікар стикається із проблемою відсутності референтного патерну, відносно якого повинна проводитися терапевтична корекція існуючого дисбалансу мікробних асоціацій та його стабілізація з метою досягнення повного лікувального ефекту та тривалої ремісії.

Виділення окремих видів мікроорганізмів асоційованих із різними патологіями ротової порожнини в умовах індивідуалізації протоколів стоматологічного лікування є недостатнім для подальшого встановлення патогенетичних зв'язків та ролі цих бактеріальних агентів у конкретних складових патогенетичного ланцюга розвитку запального ураження. Лише ідентифікація сукупних бактеріальних комплексів сприяє формулюванню умов для визначення чутливості даних форм мікроорганізмів до різних антибактеріальних та антисептичних середників, проте не дозволяє досягти

вихідного стабільного стану мікробіому через відсутність чисельних даних про його первинний патерн, відтак корекція мікробних співвідношень у структурі досліджуваних асоціацій залишається емпірично-обґрунтованою.

Таким чином, зміна структури мікробних асоціацій у формі модифікацій співвідношення окремих видів мікроорганізмів та їх кількості між собою, може бути інтерпретована як одна з причин виникнення запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота та тканин пародонту. Виходячи з цього лікування таких форм уражень повинно проводитися з врахуванням не лише специфічної чутливості патогенних бактерій до впливу різних препаратів, а й з врахуванням загальної антибактеріальної дії окремих фармацевтичних форм хімічних середників проти того чи іншого комплексу різних видів мікроорганізмів, який було ідентифіковано як причинний для досліджуваної нозології. Врахування чутливості мікробних асоціацій, як комплексних мікробних структур і одночасно складових мікрофлори ротової порожнини, повинно передбачати ідентифікацію змін співвідношень у структурі самих асоціацій, та вплив як на загальне досліджуване угруповання, так і на конкретні елементи його організації. Такий підхід можливий при реалізації поетапного алгоритму аналізу, який передбачатиме верифікацію якісних та кількісних складових мікробних асоціацій:

1) якісний аналіз складу мікрофлори порожнини рота в умовах норми з метою реєстрацію вихідного стану мікробних асоціацій, як референтного патерну до показників котрого в подальшому буде проводитися корекція зареєстрованих змін в умовах патології (з верифікацією параметру специфічності як похідної від функції диференціації усіх складових мікробних асоціацій з метою виокремлення окремого компонента та інтерпретації його чисельної складової, та параметру граничного виявлення (межі виявлення) як показника мінімальної кількості (концентрації), який піддається ідентифікації за допомогою застосовуваних діагностичних методів);

2) квантитативний аналіз ідентифікованих на попередньому етапі мікробних асоціацій – кількісне вираження складових бактеріальних комплексів з

врахуванням динамічних співвідношень між показниками у різні періоди спостереження в залежності від похідних функціонального стану, наявності змін стоматологічного статусу, віку, впливу факторів внутрішнього та зовнішнього середовища в умовах відсутності патологій ротової порожнини;

3) картування відповідних маркерних ознак мікробіологічного балансу ротової порожнини з врахуванням усіх ідентифікованих мікробних асоціацій та кількісних співвідношень складових елементів у їх структурі та побудовою графіка референтного патерну динамічного мікробіому;

4) якісний аналіз змін мікрофлори ротової порожнини в умовах патології з виокремленням нових складових мікробіому нехарактерних для умов балансу мікробних асоціацій з повторенням етапів верифікації параметрів специфічності та граничного виявлення з метою встановлення лабораторної ефективності використання застосованих методів в процесі комплексної діагностики;

5) квантифікація змін у структурі ідентифікованих мікробних асоціацій з врахуванням девіацій у їх кількісному співвідношенні;

6) картування ідентифікованих змін на графіку референтного патерну фізіологічно збалансованої мікрофлори ротової порожнини;

7) компаративний аналіз відмінностей якісних та кількісних характеристик мікробних асоціацій ротової порожнини в умовах норми та патології;

8) аналіз чутливості мікробних асоціацій до дії антибактеріальних та антисептичних середників з урахуванням диференційованої чутливості кожної складової мікробного комплексу до дії препаратів, та впливу використовуваного середника на зміни у структурі балансу мікрофлори загалом;

9) реалізація індивідуалізованого алгоритму лікування з врахуванням загальної чутливості мікробних асоціацій та диференційованої чутливості їх складових до використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників та корекція відповідних змін у структурі мікрофлори ротової порожнини за рахунок пре- та пробіотиків з метою мінімізації різниці між референтним графіком балансу мікробних асоціацій та похідною досліджуваного стану ротової порожнини.

Імплементація вищеописаних етапів у структуру лікувально-діагностичного комплексу сприятиме реалізації одночасно специфічного та неспецифічного підходів терапії запальних уражень ротової порожнини та стабілізації складу ротової порожнини не тільки до рівня толерованого організмом, а до стану, що може бути інтерпретований як баланс мікробних асоціацій, зареєстрований ще на етапі відсутності патології, що в свою чергу сприятиме досягненню не лише довготривалої ремісії захворювання, а й довготривалої повної успішності реабілітації з урахуванням індивідуальних умов кожної окремої клінічної ситуації.

## **8. 2. Алгоритм дослідження та оцінки чутливості мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників**

З метою забезпечення практичної реалізації моделі аналізу мікробних асоціацій з метою підвищення якості надання стоматологічної допомоги нами було розроблено відповідний алгоритм забору та дослідження біологічного матеріалу та відповідну шкалу оцінки ефективності застосовуваних антибактеріальних та антисептичних середників.

В якості транспортної системи для забору біологічного матеріалу із ділянок слизової оболонки ротової порожнини із ознаками ураження використовували стерильний аналог FLmedical (Італія). Після чого відібраний матеріал висівали на поживних середовищах методом секторного посіву за Голдом із врахуванням принципу диференціації середників для культивування окремих видів мікроорганізмів: Sabouraud Dextrose Agar (Himedia) – для мікроскопічних грибів; кров'яний агар (МПА + 5% крові) – для бактерій роду *Streptococcus* та *Neisseria*; середовища Ендо та Левіна (Farmaktiv, Ukraine) – для бактерій родини *Enterobacteriaceae*; жовтоко-сольовий агар з манітом (Biolif-Italia) – для бактерій роду *Staphylococcus*. Використання систем ENTERO-test, STREPTO-test, STAPHYLO-test виробництва Erba Lachema (Чехія) сприяло можливості ідентифікації бактеріальних форми мікроорганізмів та мікроскопічних грибів за

відповідними морфологічними, тинкторіальними та біохімічними ознаками. Антибіотикочутливість бактерій та мікроскопічних грибів визначали диско-дифузійним методом згідно (Наказ МОЗ України № 167 05.04.2007 «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів»; EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing). Чутливість мікроорганізмів до дезінфектантів вивчали стандартними диско дифузійним методом та методом дифузії в агар (діаметр диску або лунки 6 мм). При дослідженні чутливості мікроорганізмів застосовували стандартні диски з антибіотиками виробництва «Фармактив» (Україна), відповідно до переліку, рекомендованого МОЗ України.

В якості тест-культур використовувалися бактерії та мікроскопічні гриби American Type Culture Collection, USA: *Candida albicans* ATCC 885-653; *Staphylococcus aureus* ATCC 25923; *Escherichia coli* ATCC 25922; *Enterococcus faecalis* ATCC 29212; *Streptococcus pyogenes* ATCC 19615. Клінічні ізоляти бактерій *S.aureus*, в тому числі метицилінрезистентні, *K.rhinoscleromatis*, *E.coli*, *S.hyogenes*, *S.pneumoniae*, *S.viridans* та мікроскопічних грибів *C.albicans*, *C.grabrata* були отримані із ротової порожнини пацієнтів з генералізованим пародонтитом. Для дослідження використані ізоляти, що характеризувалися множинною стійкістю до антибіотиків. Із 24 годинної культури мікроорганізмів готували суспензію (інокулюм) у стерильному фізіологічному розчині. Інокулюм у кількості 100 мкл, що відповідає 0,5 стандарту МакФарланда ( $1,5 \times 10^8$  КУО/мл) висівали на поверхню Мюллер Хінтон агару для бактерій та Сабуро агару для мікроскопічних грибів. Оптичну густину визначали на денситометрі фірми Biosan.

На поверхню середовища з культурою викладали стерильні диски з антибіотиками та інкубували при  $35 \pm 2$  С (48години) мікроскопічні гриби та при  $37 \pm 2$  С (24 години) бактерії. Діаметр зон затримки росту вимірювали у мм. Результати чутливості збудників до антимікробних засобів оцінювали за розміром діаметру зон затримки росту мікроорганізмів навколо диску. За діаметром зон затримки росту мікроорганізмів навколо стандартного диску з антибіотиком клінічні ізоляти поділяли на чутливі, помірно стійкі та стійкі до дії даного

антибактеріального засобу згідно критеріїв інтерпретації результатів згідно Наказу МОЗ України № 167 05.04.2007.

Використання з метою дослідження тест-культур та клінічних ізолятів аргументовано не тільки можливістю порівняння показників чутливості мікроорганізмів із різним середовищем походження, а й можливістю оцінки лабораторної ефективності різних форми антибактеріальних середників у порівнянні із прогнозованою клінічною. При порівнянні відповідних змін мікробних асоціацій ротової порожнини із тим станом, що був зареєстрований у період відсутності патології, запропоновано категоризувати їх за відсотковим принципом, використовуючи вихідні параметри балансу мікрофлори ротової порожнини як референтні показники. Кожну відмінність графіка змін у структурі мікробних асоціацій квантифікують у відповідний відсотковий показник, порівнюючи із графіком референтного патерну фізіологічно збалансованого стану мікрофлори ротової порожнини, та відображаючи їх у формі чисельного коефіцієнта. Таким чином, результуючу прогнозовану ефективність лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників можна представити у формі поліноміального рівняння:

$$\text{ПЕЛ} = \text{КПКЧ}_1 \times K_1 \% + \text{КПКЧ}_2 \times K_2 \% + \text{КПКЧ}_3 \times K_3 \% + \dots \text{КПКЧ}_n \times K_n \%,$$

де ПЕЛ – прогнозована ефективність лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників,  $\text{КЧЧ}_{1,2,3,n}$  - показник коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості кожної окремої складової мікробних асоціації до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників, який обраховується як співвідношення чутливості тест-культури до чутливості відібраного клінічного ізоляту тієї ж культури;  $K_{1,2,3,n}$  – відсотковий показник змін складу мікробних асоціацій на момент дослідження у порівнянні із фізіологічно збалансованим станом мікрофлори ротової порожнини. Сукупність усіх відсоткових показників змін складу мікробних асоціацій у порівнянні із вихідними параметрами балансу мікробіому порожнини рота сягає 100% та

розподіляється між зареєстрованими змінами у відповідності до їх чисельної вираженості, що була зареєстрована в ході проведення квантифікаційного та комперативного аналізів, а також в ході картування ідентифікованих змін на графіку референтного патерну фізіологічно збалансованої мікрофлори ротової порожнини. Використання ж додатково уведеного показника коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості складових мікробних асоціацій дозволяє диференціювати ефективність використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників при їх дії на культури мікроорганізмів із різного середовища походження. Якщо даний показник перевищує 1, то прогнозована чутливість досліджуваної тест-культури є вищою за відповідну чутливість клінічного ізоляту, якщо ж даний показник менше 1, то прогнозована чутливість відібраного клінічного ізоляту до дії використовуваних середників, навпаки, є вищою за чутливість тест-культури. Використання показника прогнозованої ефективності лікування уражень ротової порожнини із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників дозволяє проводити динамічний моніторинг за зміною у структурі мікробних асоціацій у порівнянні із вихідними умовами патології та із попередньо зареєстрованим станом норми, що в свою чергу в подальшому сприяє не емпірично-обґрунтованій, а індивідуалізовано-направленій корекції медикаментозного лікування з метою досягнення організації мікрофлори ротової порожнини характерного для стану норми.

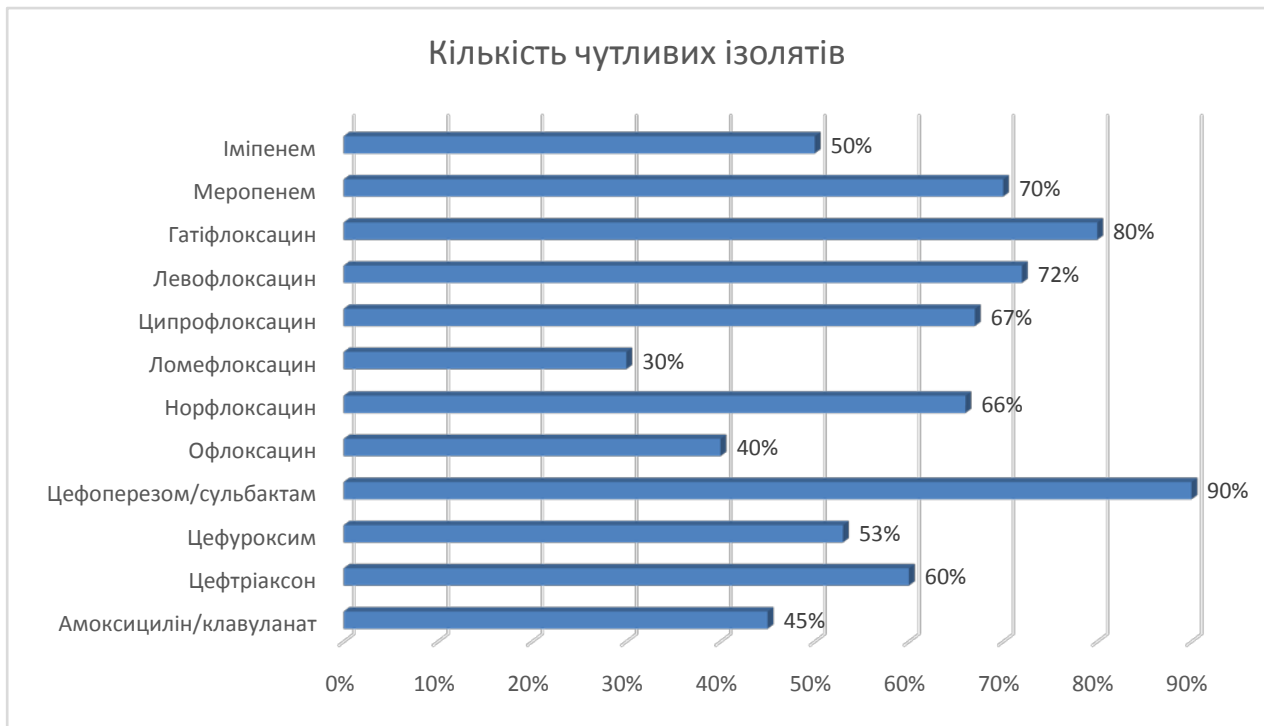
Отже, запропонований алгоритм дослідження та оцінки чутливості мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників передбачає врахування усіх складових діагностичного процесу та етапу моніторингу за ефективністю проведеного лікування, виходячи із реєстрації показників чутливості тест-культур та клінічних ізолятів до початку лікування та в ході його реалізації, та можливості проведення компаративного аналізу із даними стану мікробних асоціацій, як референтного патерну, характерного при відсутності патології. Уведення в комплекс оцінки проведеного лікування показника прогнозованої ефективності дозволяє досягти диференціації різних підходів

призначення антибактеріальних середників, виходячи із вираженості їх впливу на тест-культури та клінічно-сформовані ізоляти. Відсотковий показник змін складу мікробних асоціацій на момент дослідження у порівнянні із фізіологічно збалансованим станом мікрофлори ротової порожнини, що може бути представлений графічно за рахунок маркування кривих, дозволяє проаналізувати в динаміці вплив використовуваних антибактеріальних та антисептичних препаратів не тільки на сукупність мікробних асоціацій в цілому, а й на окремі складові їх структури та співвідношення між ними зокрема. Вищенаведене обґрунтовує доцільність впровадження даного алгоритму в практичну діяльність з метою індивідуалізації існуючих протоколів лікування патологій ротової порожнини, контролю за ефективністю використовуваного алгоритму лікування та підвищення якості надання стоматологічної допомоги населенню в цілому.

### **8.3. Оцінка ефективності застосування різних форми антибактеріальних та антисептичних середників як складової елементу аналізу мікробних асоціацій**

В ході практичної перевірки ефективності застосування запропонованого алгоритму дослідження та оцінки чутливості мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників як складової модифікованої моделі підвищення якості надання стоматологічної допомоги, було проведено вивчення антибіотикочутливості клінічно-сформованих ізолятів культур мікроорганізмів до дії амоксацилін/клавулонату, цефалоспоринів I покоління, цефалоспоринів II покоління, фторхінолонів II покоління, фторхінолонів III покоління та фторхінолонів IV покоління. Додатково вивчалась чутливість мікроскопічних грибів до дії ітраконазолу та клотримазолу. В якості досліджуваних антисептиків використовували Декасан, Діоксидин та хлогксендин, які проявляли різний за ступенем вираженості антибактеріальний ефект проти досліджуваних ізолятів.

Результати вивчення антибіотикочутливості ізолятів показали, що до амоксицилін/клавуланату були чутливі тільки 45% ізолятів, 5% були помірно чутливими, а 50% резистентними. 80% ізолятів проявляли стійкість до цефалоспоринів I покоління. Встановлена чутливість до цефалоспоринів II покоління: цефтріаксону 60 % та цефуроксиму 53 % культур. Показано, що 90% ізолятів були чутливими до цефоперазону/сульбактаму. 70% всіх ізолятів були чутливими до фторхінолонів, зокрема до фторхінолонів II покоління - офлоксацину 40% ізолятів, норфлоксацину 66 %, ломефлоксацину - 30%; ципрофлоксацину 67 %; III покоління – левофлоксацину 72%, а до фторхінолонів IV покоління (гатіфлоксацину) 80%. Умовно-патогенні мікроорганізми були у чутливими до кабопенемів: 70% до меропенему та 50% іміпенему (рис. 8.1).



**Рис. 8.1. Репрезентація чутливості ізолятів до різних антибактеріальних агентів**

Із 133 ізолятів лише 15% були чутливими до азитроміцину, 25% - помірно чутливими та 60% - резистентними. До напівсинтетичних макролідів - кларитроміцину, були чутливими 30% культур (рис. 8.2.).

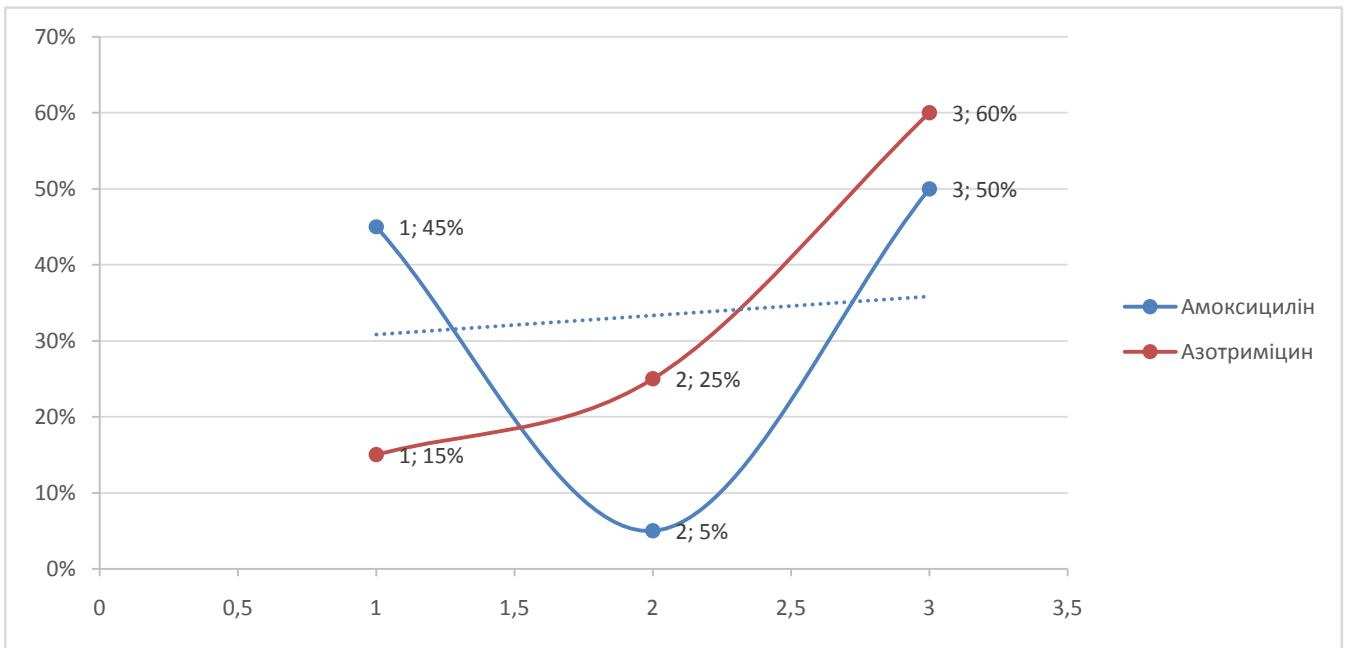


Рис. 8.2. Відмінність у чутливості досліджуваних культур до амоксициліну та азотриміцину

Мікроскопічні гриби роду *Candida* були стійки флуконазолу, 30 % штамів проявляли чутливість до ітроконазолу, 40% до клотримазолу. Дослідження показали, що антисептик Декасан проявляв широкий спектр антимікробної активності. Зокрема встановлено чутливість всіх взятих в експеримент бактерій як клінічних ізолятів, так і типових культур. Найвищий рівень антимікробної активності реєстрували щодо бактерій роду *Staphylococcus*, в тому числі метицилінрезистентні штами. Проте антимікотичної дії Декасану на гриби роду *Candida* у обраній нами дозі препарату не виявлено.

Високий антибактеріальний ефект спостерігали в результаті дії Діоксидину, проте показники зон затримки росту сильно варіювали від  $30,33 \pm 0,58$  мм до на клінічний штам *S. aureus*, до  $17,33 \pm 0,33$  мм на *S. aureus* MRSA. Встановлена також висока антибактеріальна активність Діоксидину на *S. pneumonia*. Не виявлено бактерицидної активності препарату щодо *E. faecalis* та *K. rhinoscleromatis*. Встановлена помірна активність Діоксидину щодо *E. coli* (рис. 8.3.).

Показана помірна чутливість бактерій роду *Staphylococcus* до хлогексидину, проте значно нижча, ніж Діоксидину та Декасану.

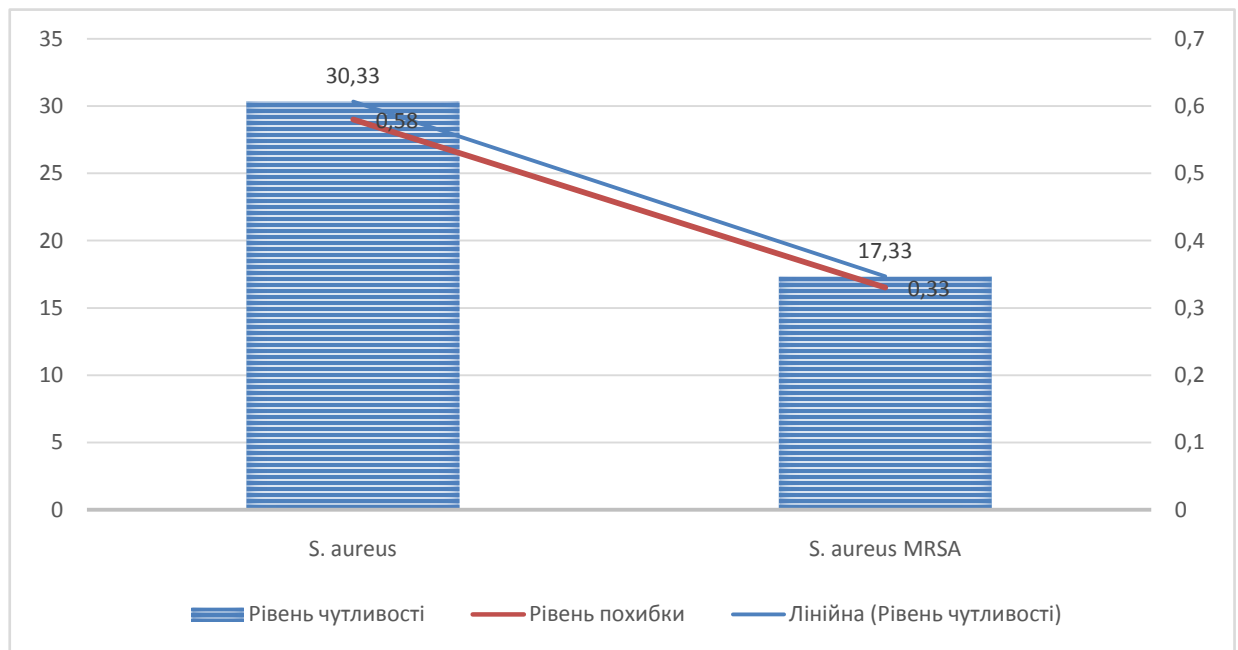


Рис.8.3. Відмінність у чутливості різних штамів *S. aureus* до Діоксидину

Хлоргексидин не впливав на метицилінрезистентний *S. aureus*, не виявлено антибактеріальної дії хлоргексидину щодо бактерій роду *Streptococcus*. Чутливими до хлогексидину були культури *E. faecalis* та *E. coli*, проте *K. rhinoscleromatis* виявилась не чутливою до антисептика. До Мірамістину проявляли помірну чутливість *E. faecalis*, *S. pneumoniae*, *S. viridans*. Показано помірну антибактеріальну активність метронідазолу щодо *S. pyogenes* ATCC 19615.

Таким чином, модифікована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини з метою підвищення якості надання стоматологічної допомоги населення передбачає реалізацію низки етапів в ході діагностично-лікувального алгоритму, серед яких: якісний аналіз складу мікрофлори порожнини рота в умовах норми з метою реєстрацію вихідного стану мікробних асоціацій, як референтного патерну, кількісне вираження (квантифікація) складових бактеріальних комплексів з врахуванням динамічних співвідношень між ними у різні періоди спостереження в залежності від похідних функціонального стану, наявності змін стоматологічного статусу, віку, впливу факторів внутрішнього та зовнішнього середовища, та подальший компаративний аналіз даних показників із тими, що зареєстровані на момент дослідження власне патологічного ураження ротової порожнини. З метою динамічної реєстрації змін досліджуваних

параметрів на етапах моніторингу було розроблено низку чисельних показників (показник прогнозованої ефективності лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників, показник коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості кожної окремої складової мікробних асоціації, відсотковий показник змін складу мікробних асоціацій на момент дослідження у порівнянні із фізіологічно збалансованим станом мікрофлори ротової порожнини), які дозволяють індивідуалізувати процес інтерпретації досягнутих проміжних та кінцевих результатів лікування. Проведена практична апробація запропонованого алгоритму з встановленням ефективності застосування різних форми антибактеріальних середників як складової елементу аналізу мікробних асоціацій дозволила виокремити найбільш ефективні препарати, довести широкий антибактеріальний ефект досліджуваних антисептичних засобів, та порівняти успішність застосування антибіотиків проти різних культур мікроорганізмів. Враховуючи усе вищенаведене можна резюмувати, що запропонована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини сприяє більш аргументованому вибору антибактеріальних та антисептичних середників з метою лікування запальних уражень ротової порожнини шляхом індивідуалізації етапів діагностики та моніторингу, дозволяє досягти стабілізації стану мікрофлори порожнини рота, характерного до стану відсутності патології, та нормалізації співвідношень не тільки окремих мікробних комплексів, а й складових їх структури між собою, що в кінцевому результаті сприяє зростанню прогнозованої ефективності стоматологічного лікування.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

1. Костенко Є.Я. Можливості модифікації підходу до лікування пародонтиту виходячи із принципів Р-4 медицини / Є.Я. Костенко, **О.В.Савчук**, Ю.М. Бунь // Intermedical Journal. – 2018. – №1(11). – С. 67-70. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*
2. Hasyuk N. V. Additional methods of examination in dentistrya manual for self-training for practical classes. /N.V.Hasyk, V. V. Chernyak, O. V. Klitynska, Ye. Ya. Kostenko, **O.V. Savchuk** and others [ total 7 authors] // Tutorial. - Ternopil. - 2018. – 114 p. *(Дисертант брав участь у написанні розділу навчального посібника).*
3. Kostenko O.Ye. Analysis of the dominant microbial associations of the mouth cavity and their sensitivity to antibacterial substances / O.Ye. Kostenko, M.V. Krivtsova, Ye.Ya. Kostenko, **O.V.Savchuk** // Intermedical Journal. – 2018. – №2(12). – С. 11-14. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*
4. Костенко О.Є. Аналіз домінуючих мікробних асоціацій у порожнині рота й особливості їх чутливості до антибактеріальних та антисептичних препаратів /О.Є.Костенко, М.В.Кривцова, Є.Я.Костенко, **О.В.Савчук**// Современная стоматология. – 2018. – №5 (94) – С. 40-43. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

## АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Здоров'я людини, як соціально-економічна категорія, є найважливішим елементом національного багатства, що задекларовано положеннями Європейської соціальної хартії країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), новою європейською політикою «Здоров'я - 2020», які орієнтують країни Європейського регіону ВООЗ на конкретні дії у відповідь на нові виклики і загрози громадському здоров'ю шляхом створення і реалізації гнучкої інноваційної політики [54, 55, 205, 254].

Серед актуальних теоретичних і практично орієнтованих медико-соціальних проблем, що вирішуються на сучасному етапі державою і суспільством, є стоматологічна допомога. Стоматологічна допомога є однією з найбільш затребуваних широкими верствами населення видів медичної допомоги [14, 15, 23, 33, 34, 257, 272]. В сучасній системі стоматологічної допомоги однією з невирішених проблем є наявність запальних процесів порожнини рота, як наслідок карієсу та його ускладнень, присутності патогенної мікрофлори, зниження місцевого імунітету порожнини рота, комплекс загальносоматичних патологій, що слугує утворенню стійких патогенних штамів мікроорганізмів. [21, 27, 178, 181, 365, 366].

Безконтрольне застосування антибіотикотерапії призводить до мутування даних штамів і за даними різних літературних джерел ефективність лікування даної патології не перевищує 27-32% [261- 263, 179, 181, 365, 366]. Причинами такого низького показника є: відсутність ідентифікації збудника, та його персоналізованої чутливості до антибіотиків з подальшою нормалізацією мікробіому ротової порожнини із застосуванням пре- та пробіотичних комплексів, однак призначення таких відбувається емпірично без врахування дійсних чисельних змін у структурі співвідношень мікробних асоціацій. Тому особливу увагу необхідно приділяти впровадженню відповідних протоколів лікування із залученням інноваційних методів персоналізованої медицини Р4, шляхом нормалізації мікробіому ротової порожнини з використанням про- та пребіотиків [335, 357, 390, 361].

Невід'ємною частиною лікування генералізованого пародонтита є раціональне протезування з відновленням функцій та естетики щелепно-лицевої ділянки [20, 139, 140, 214, 206]. В період реформування галузі охорони здоров'я в цілому та реструктуризації стоматологічної допомоги, а починаючи з 2019 року відсутності її державного фінансування, питання забезпечення якісної стоматологічної допомоги є проблемою, яка потребує нагального вирішення. В Україні на 01 січня 2015 року функціонувала потужна мережа стоматологічних закладів, яка налічувала 198 самосійних стоматологічних поліклінік та 1679 стоматологічних відділень (кабінетів) у багатoproфільних медичних закладах. У той же час, стан стоматологічного здоров'я населення України є незадовільним. Поширеність стоматологічних захворювань досягає 85,0%, а поширеність карієсу серед дорослого населення становить 92,7–100%, в залежності від регіону України [44-46, 223, 282-285, 356]. Існуюча організаційно-правова форма комунальних стоматологічних закладів не відповідає сучасним економічним умовам та обумовлює недостатню медичну та економічну ефективність стоматологічної допомоги, яка надається у цих закладах. Наявність даної проблеми засвідчують результати ряду дисертаційних досліджень, захищених за науковою спеціальністю 14.02.03. – соціальна медицина [34, 35, 46, 80, 116, 185, 295, 300].

Такий стан організації комунальної стоматологічної допомоги є підставою для реформування системи і вимагає реструктуризації комунальних стоматологічних закладів, зміни їх виробничої, економічної та організаційної структури на основі Закону України «Про державно-приватне партнерство» № 2404-VI від 01.07.2010 р., розробки сучасних моделей з більш ефективними механізмами використання кадрових, матеріальних і фінансових ресурсів з метою задоволення потреб населення у кваліфікованій стоматологічній допомозі. [23, 24, 38-40, 66, 67, 120, 144, 145, 188 ]

Перспективність використання державно-приватного партнерства в охороні здоров'я засвідчує той факт, що у розвинених країнах Заходу приблизно 2/3 проектів у даній сфері реалізуються на умовах державно-приватного партнерства [66, 67, 166, 167].

Актуальність дослідження значною мірою посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності.

Таким чином, відсутність сучасних дієвих, науково обґрунтованих стандартів персоналізованої медицини щодо нормалізації мікробіому порожнини рота при лікуванні генералізованих запальних процесів при наданні стоматологічної допомоги, відсутність комплексних наукових розробок організаційно-методичного забезпечення діяльності комунальних стоматологічних закладів зі змішаною формою власності, фінансуванню із різних джерел, організацією ефективної стоматологічної допомоги населенню обумовили актуальність даного дослідження, визначили його мету і завдання.

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

Дисертаційне дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт ДВНЗ «Ужгородський національний університет» і є фрагментом наукової теми стоматологічного факультету: «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування сучасних стоматологічних технологій та експертна оцінка якості лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань» (державний реєстраційний № 0113U003611), та «Медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги у сучасних економічних умовах» (номер державної реєстрації 0116U0007158).

**Мета дослідження:** наукове вирішення проблеми надання стоматологічної допомоги населенню в умовах реформування комунальних стоматологічних закладів, шляхом розробки моделі комунальної стоматологічної поліклініки, діючої на умовах державно-приватного партнерства, яка базується на застосуванні сучасних технологій індивідуалізованих підходів до діагностики, лікування та нормалізації мікробіому порожнини рота.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити аналіз світового та вітчизняного досвіду з проблеми удосконалення організації стоматологічної допомоги у сучасних економічних умовах.

2. Оцінити стан та діяльність мережі комунальних стоматологічних закладів м. Києва.
3. Вивчити рівень задоволеності стоматологічною допомогою населення у м. Києві.
4. Дослідити думку лікарів-стоматологів і керівників комунальних стоматологічних закладів щодо стану та проблем організації роботи державних і комунальних стоматологічних закладів, визначити рівень підготовки лікарів та керівників з питань управління економічною ефективністю закладу.
5. Провести аналіз ефективності лікування патологій пародонту із урахуванням принципів персоналізованої медицини.
6. Розробити протоколи індивідуалізованого підходу до лікування запальних процесів порожнини рота, шляхом застосування принципів Р4 медицини та ефективності застосування антибіотикотерапії в стоматології.
7. Розробити та впровадити в практичну стоматологію алгоритми визначення збудників запальних процесів, їх лікування та нормалізації мікробіому порожнини рота.
8. Запровадити індивідуалізовані підходи до лікування запальних процесів порожнини рота в реструктуризованих лікувальних стоматологічних закладах.
9. Науково обґрунтувати концептуальні напрями та методологію реструктуризації комунальної системи стоматологічної допомоги на принципах державно-приватного партнерства.
10. Розробити модель об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах державно-приватного партнерства, механізми та технологію ефективного управління нею.
11. Провести порівняльну характеристику діючої і розробленої моделі КПСП та експертну оцінку запропонованої моделі стоматологічного закладу для сучасних економічних умов.

**Об'єкт дослідження:** організація стоматологічної допомоги у комунальних та приватних стоматологічних закладах.

**Предмет дослідження:** стан стоматологічного здоров'я населення м. Києва та України, організація стоматологічної допомоги у муніципальних закладах м. Києва, теоретичні та методологічні основи реструктуризації комунальних стоматологічних закладів у сучасних економічних умовах, модель комунальної стоматологічної поліклініки, яка працює на засадах ДПП, організація та результати комплексного лікування патологій пародонту із використанням антибактеріальних середників та суміжним пробіотичним та пребіотичним супроводом.

**Науковою базою** дослідження були: для вибіркового досліджень - три комунальні і три приватні стоматологічні заклади у м. Києві; для суцільного дослідження - мережа стоматологічних закладів України; для проведення клінічних та лабораторних досліджень - Університетська стоматологічна поліклініка, кафедра клініко-лабораторної діагностики та фармакології ДВНЗ «Ужгородського національного університету». Дослідження проводилось протягом 2008-2018 років.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження:** *системний підхід і системний аналіз* - для проведення кількісного та якісного аналізу проблем в організації стоматологічної допомоги та обґрунтування методології реструктуризації муніципальних стоматологічних закладів та розробки моделі муніципальної стоматологічної поліклініки, діючої на умовах державно-приватного партнерства; *бібліосемантичний* - для вивчення та проведення аналізу вітчизняних і світових наукових джерел щодо проблеми дисертаційного дослідження; *медико-статистичний* - для аналізу ресурсного забезпечення і діяльності системи комунальних стоматологічних закладів, визначення обсягу спостережень у соціологічних, експертних дослідженнях, а також оцінки ймовірності їх результатів; *соціологічний* - для дослідження ставлення пацієнтів, лікарів-стоматологів і організаторів охорони здоров'я щодо стану, проблем та шляхів удосконалення стоматологічної допомоги; концептуального моделювання - для розробки інтегрованої моделі комунальної стоматологічної поліклініки адаптованої

до сучасних економічних умов; *клінічної та лабораторної діагностики* – для обстеження стоматологічних хворих, оцінки мікробіологічного статусу ротової порожнини та визначення рівнів індивідуальної чутливості до антибактеріальних препаратів; *експертних оцінок* - для отримання незалежних оцінок і визначення доцільності розроблених концептуальних підходів та моделі комунального стоматологічного закладу у сучасних економічних умовах.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань проводився системний огляд 393 наукових джерел, що дозволило узагальнити міжнародний досвід щодо основних проблем розвитку та вдосконалення організації стоматологічної допомоги населенню країн Європи, а також визначити актуальні напрямки організації стоматологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги в Україні. Клінічною базою для виділення ізолятів, що спричинили запальні процеси пародонту була «Університетська стоматологічна поліклініка» ДВНЗ «Ужгородського національного університету», вивчені антимікробної активності дезінфектантів проводили у мікробіологічній лабораторії кафедри клініко-лабораторної діагностики та фармакології стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородського національного університету».

Забір біологічного матеріалу із слизової оболонки осередку запального процесу проводили за допомогою стерильної транспортної системи FLmedical (Italy). Матеріал висівали на поживні середовища методом секторного посіву за Голдом: Sabouraud Dextrose Agar, (Himedia) для культивування мікроскопічних грибів; кров'яний агар (МПА + 5% крові) - бактерій роду *Streptococcus* та *Neisseria*; середовища Ендо та Левіна (Farmaktiv, Ukraine) - бактерій родини *Enterobacteriaceae*, жовтоко-сольовий агар з манітом (Biolif-Italia) - бактерій роду *Staphylococcus*. Бактерії і мікроскопічні гриби ідентифікували за морфологічними, тинкторіальними та біохімічними ознаками з використанням систем для ідентифікації ENTERO-test, STREPTO-test, STAPHYLO-test виробництва Erba Lachema (Чехія). Антибіотико-чутливість бактерій та мікроскопічних грибів визначали диско-дифузійним методом згідно (Наказ МОЗ України № 167 05.04.2007 «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів»;

EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing). Чутливість мікроорганізмів до дезінфектантів вивчали стандартними диско дифузійним методом та методом дифузії в агар (діаметр диску або лунки 6мм) (Rios, Recio 2005; Balouiri et al., 2016). При дослідженні чутливості мікроорганізмів застосовували стандартні диски з антибіотиками виробництва «Фармактив» (Україна), відповідно до переліку, рекомендованого МОЗ України.

В якості тест культур використовувалися бактерії та мікроскопічні гриби American Type Culture Collection, USA: *Candida albicans* ATCC 885-653; *Staphylococcus aureus* ATCC 25923; *Escherichia coli* ATCC 25922; *Enterococcus faecalis* ATCC 29212; *Streptococcus pyogenes* ATCC 19615; клінічні ізоляти бактерій *S.aureus*, в тому числі метицилінрезистентні, *K.rhinoscleromatis*, *E.coli*, *S.hyogenes*, *S.pneumoniae*, *S.viridans* та мікроскопічних грибів *C.albicans*, *C.grabrata* ізолювані із ротової порожнини пацієнтів з генералізованим пародонтитом. Для дослідження використані ізоляти, що характеризувалися множинною стійкістю до антибіотиків.

Із 24 годинної культури мікроорганізмів готували суспензію (інокулюм) у стерильному фізіологічному розчині. Інокулюм у кількості 100 мкл, що відповідає 0,5 стандарту МакФарланда ( $1,5 \times 10^8$  КУО/мл) висівали на поверхню Мюллер Хінтон агару для бактерій та Сабуро агару для мікроскопічних грибів. Оптичну густину визначали на денситометрі фірми Biosan.

На поверхню середовища з культурою викладали стерильні диски з антибіотиками та інкубували при  $35 \pm 2$  С (48 години) мікроскопічні гриби та при  $37 \pm 2$  С (24 години) бактерії. Діаметр зон затримки росту вимірювали у мм. Результати чутливості збудників до антимікробних засобів оцінювали за розміром діаметру зон затримки росту мікроорганізмів навколо диску. За діаметром зон затримки росту мікроорганізмів навколо стандартного диску з антибіотиком клінічні ізоляти поділяли на чутливі, помірно стійкі та стійкі до дії даного антибактеріального засобу згідно критеріїв інтерпретації результатів згідно Наказу МОЗ України № 167 05.04.2007.

Досліджували чутливість бактеріальних ізолятів до наступних антибіотиків:

ампіцилін (10 мкг), амоксицилін/клавулонат (20/10 мкг), цефазолін (30 мкг), цефтріаксон (30 мкг), іміпенем (10 мкг), цефуроксим (50 мкг), цефоперазон/сульбактам (75 mg), меропенем (10 мкг), ципрофлоксацин (5 мкг), левофлоксацин (5, мкг), гатіфлоксацин (5 мкг), норфлоксацин (10 мкг), офлоксацин (1 мкг), ломефлоксацин (10 мкг), гентаміцин (10 мкг), тетрациклін (30 мкг), еритроміцин (15 мкг), азітроміцин (15 мкг), кларитроміцин (15 мкг), лінкоміцин (15 мкг). Досліджували чутливість мікроскопчних грибів до ністатину (50 мкг), флуконазолу (25 мкг), кетоконазолу (10 мкг), воріконазолу (1 мкг), котримазолу (10 мкг), міконазолу (50 мкг).

З метою оцінки стану та діяльність мережі комунальних стоматологічних закладів м. Києва здійснено комплексний аналіз стану мережі стоматологічних закладів та її ресурсного забезпечення у м. Києві, у порівнянні із системою МОЗ України в цілому, за період 2006-2013 рр. Основними джерелами інформації на даному етапі дослідження були матеріали державної та галузевої статистичної звітності МОЗ України за 2006-2013 рр. (ф.№20 (25 од.), ф.№17 (16 од.), ф.№ 47 (16 од)). Аналіз мережі та діяльності приватних стоматологічних закладів у м. Києві та в Україні в цілому здійснено за матеріалами державних форм статистичної звітності (ф. 20, кількість, ф. 47, кількість) у динаміці починаючи з 2009 року.

Системний аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому та дорослому населенню м. Києва в порівнянні з Україною був здійснений при аналізі матеріалів звітної статистичної форми № 20, зведеної по м. Києву та в Україні в цілому за 2006-2013 рр.

Для вивчення задоволеності стоматологічною допомогою пацієнтів, лікарів та керівників стоматологічних закладів охорони здоров'я, аналізу стану організації стоматологічної допомоги населенню м. Києва у комунальних і приватних стоматологічних закладах проведено соціологічне дослідження з використанням анкетного опитувальника (всього 2529 од.). На підставі методології системного підходу і системного аналізу із використанням інформаційно-аналітичного методу, сформульовані концептуальні напрями реструктуризації комунальних стоматологічних закладів у ринкових умовах.

Розроблена методологія реструктуризації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів, яка базувалась на системному підході, структурній децентралізації та функціональній інтеграції, плануванні мережі із врахуванням залучення приватного капіталу у систему комунальної стоматологічної допомоги населенню, такого механізму інвестиційної політики як державно-приватне партнерство, що дозволило розробити об'єднану з двох різнопланових відділень модель комунального стоматологічного закладу.

Розроблена модель комунального стоматологічного закладу пройшла експертну оцінку 30 незалежними експертами (з них 2 доктори, 4 канд. мед. наук, 24 організатора охорони здоров'я, які мають вищу кваліфікаційну категорію).

Таким чином, розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій та обсяги досліджень забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, покладених в основу наукового обґрунтування реструктуризації системи комунальної стоматологічної допомоги.

На першому етапі дослідження були використані метод системного підходу та аналізу і бібліосемантичний, на другому та третьому – метод системного підходу та аналізу, медико-статистичний та епідеміологічний, на четвертому - метод системного підходу та аналізу, медико-статистичний, соціологічний, , на п'ятому - медико-статистичний та SWOT аналізу, на шостому - медико-статистичний, моделювання та експертних оцінок.

З метою обґрунтування впровадження протоколів р4 медицини при лікуванні пародонтита в комунальних стоматологічних поліклініках був проведений аналіз літератури стосовно визначення значення мікробіому ротової порожнини у процесі реалізації принципів персоналізованої медицини в стоматології та здійснене обґрунтування персоналізованого підходу до лікування захворювань пародонту.

Аналіз результатів клінічного застосування принципів персоналізованої медицини при лікуванні пародонтиту базувався на побудові подвійно-сліпої контрольованої моделі дослідження, кінцева вибірка становила 221 пацієнт, обстеження та лікування здійснювалося після підписання поінформованої письмової

згоди. Діагноз пародонтит був верифікований за загальноприйнятими методиками (М.Ф.Данилевський, 2006). Рентгенологічний діагноз встановлювали у відповідності до класифікації пародонтиту запропонованих van der Velden, 2005. Були відібрані 74 пацієнти із хронічним пародонтитом легкого ступеня важкості, 71 - середнього ступеня та 76 - важкого ступеня.

Лікування пацієнтів проводили за чотирма алгоритмами. Перший передбачав реалізацію протоколу базової пародонтальної терапії, що проводилося згідно додатку до Наказу МОЗ №566 від 23. 11. 2004 щодо стандартів надання медичної допомоги в Україні протокол лікування генералізованого пародонтиту з моніторингом через 30, 90, 270 та 360 діб. Другий алгоритм лікування проводився шляхом реалізації протоколу базової пародонтальної терапії із емпіричним призначенням азитроміцину в якості антибактеріального агента. Згідно третього алгоритму лікування пацієнти окрім базової пародонтальної терапії, отримували лікування в залежності від результатів дослідження чутливості мікроорганізмів ротової порожнини до дії різних антибактеріальних середників в умовах хронічного генералізованого пародонтиту. Четвертий алгоритм лікування був аналогічний до третього, з подальшим призначенням пробіотиків у формі препарату «Ацидолак».

Математичний аналіз та перевірка достовірності результатів, а також обрахунок величин середньоарифметичних та середньоквадратичних похибок здійснювався на основі програмного забезпечення Statistica (STATISTICA) та Microsoft Office Excel 2003 (Microsoft Office). Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з використанням рекомендацій О.П. Мінцера, Ю.В. Вороненка (2003) та стандартних статистичних програм «Statistica 8.0» та «SPSS 14» (Stat Soft Inc.).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз 396 наукових джерел підтвердив актуальність дослідження, зумовлену необхідністю виконання рекомендацій міжнародних стратегічних документів щодо охорони стоматологічного здоров'я населення та їх адаптацію в Україні в умовах реформування національної системи охорони здоров'я та зростання негативних тенденцій у стані стоматологічного здоров'я населення при недосконалій

існуючій системі комунальної стоматологічної допомоги. Встановлено, що в країнах далекого і ближнього зарубіжжя існують різні моделі надання стоматологічної допомоги, але найбільш перспективними є наукові дослідження які обґрунтовують розвиток стоматологічних структур на принципах державно-приватного партнерства. Отримані результати теоретичного дослідження, засвідчили необхідність більш глибокого вивчення шляхів системного вирішення проблем оптимізації надання стоматологічної допомоги населенню у муніципальних та державних закладах.

При аналізі літературних джерел встановлено, що мікробіом ротової порожнини по суті є комплексним біомаркером захворювань ротової порожнини, а розроблення підходів його аналізу та корекції сприятиме індивідуалізації протоколів лікування запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки. Для вдосконалення структури функціонування стоматологічних клінік стоматологи повинні бути обізнані не тільки із загальними принципами патогенезу стоматологічних захворювань, а й з можливостями дослідження його окремих складових елементів, які можуть бути ідентифіковані в ході лабораторної діагностики та скоректовані шляхом призначення відповідних фармацевтичних препаратів, пробіотиків та імунорегуляторів. При визначенні ефективності лікування пацієнтів із хронічним пародонтитом легкого та середнього ступеню важкості при реалізації лише базової пародонтальної терапії та такої із супровідною емпіричною антибіотикотерапією статистичної різниці між результатами не відмічалось ( $p \geq 0,05$ ). При лікуванні пацієнтів із важким ступенем хронічного пародонтиту було відмічено статистично значиму різницю у отриманих результатах лікування при реалізації підходів антибіотикотерапії відповідно до встановленої чутливості та такої із супровідною пробіотикотерапією у порівнянні із результатами отриманими при реалізації лише базової пародонтальної терапії та такої із супровідною емпіричною антибіотикотерапією ( $p < 0,05$ ).

Персоналізована медицина видозмінює класичну концепцію аргументації вибору методу лікування в умовах різних патологій. Класичний підхід базується на забезпеченні алгоритму лікування виходячи із результатів попередньо проведених

досліджень, систематизованих та обґрунтованих у відповідності до даних отриманих при аналізі різних вибірок, в межах котрих обраний метод лікування проявляв відповідний рівень ефективності, що підтверджений фактами різного рівня доказовості. Мінімізації рівня можливої похибки щодо ефективності застосування певного методу чи фармацевтичного препарату забезпечується за рахунок збільшення чисельності досліджуваної вибірки, що дозволяє у випадку підтвердження нульової гіпотези щодо доцільності обраної схеми лікування, встановити зменшення кількості відхилення реакцій пролікованих індивідів від отриманого середньостатистичного значення. Принцип персоналізованої медицини видозмінює вищеописану модель, виходячи із положення, що індивіди в межах популяції відрізняються за складом мікробіому, а значить відрізнятимуться і за рівнем майбутньої реакції на запроваджене лікування. При такому підході можливо провести стратифікацію пацієнтів в залежності від різного шляху розвитку біологічної відповіді, навіть за умов, що клінічні ознаки патології можуть бути однаково виражені. Практично кожен пацієнт таким чином забезпечується індивідуалізованим підходом до лікування, що максимізував би позитивний ефект терапії та був обґрунтованим з точки зору витрат.

З метою підвищення якості надання стоматологічної допомоги була створена модифікована модель аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини, імплементація якої у структуру лікувально-діагностичного комплексу сприятиме реалізації одночасно специфічного та неспецифічного підходів терапії запальних уражень ротової порожнини та стабілізації складу ротової порожнини не тільки до рівня толерованого організмом, а до стану, що може бути інтерпретований як баланс мікробних асоціацій, зареєстрований ще на етапі відсутності патології, що в свою чергу сприятиме досягненню не лише довготривалої ремісії захворювання, а й довготривалої повної успішності реабілітації з урахуванням індивідуальних умов кожної окремої клінічної ситуації. Результуюча прогнозована ефективність лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників представлена у формі поліноміального рівняння:

$$\text{ПЕЛ} = \text{КПКЧ}_1 \times K_1\% + \text{КПКЧ}_2 \times K_2\% + \text{КПКЧ}_3 \times K_3\% + \dots \text{КПКЧ}_n \times K_n\%, \text{ де}$$

ПЕЛ – прогнозована ефективність лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників,  $\text{КЧ}_{1,2,3,n}$  - показник коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості кожної окремої складової мікробних асоціації до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників, який обчислюється як співвідношення чутливості тест-культури до чутливості відібраного клінічного ізоляту тієї ж культури;  $K_{1,2,3, n}$  – відсотковий показник змін складу мікробних асоціацій на момент дослідження у порівнянні із фізіологічно збалансованим станом мікрофлори ротової порожнини.

Сукупність усіх відсоткових показників змін складу мікробних асоціацій у порівнянні із вихідними параметрами балансу мікробіому порожнини рота сягає 100% та розподіляється між зареєстрованими змінами у відповідності до їх чисельної вираженості, що була зареєстрована в ході проведення квантифікаційного та комперативного аналізів, а також в ході картування ідентифікованих змін на графіку референтного патерну фізіологічно збалансованої мікрофлори ротової порожнини. Використання ж додатково уведеного показника коефіцієнта прогнозованої клінічної чутливості складових мікробних асоціацій дозволяє диференціювати ефективність використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників при їх дії на культури мікроорганізмів із різного середовища походження. Якщо даний показник перевищує 1, то прогнозована чутливість досліджуваної тест-культури є вищою за відповідну чутливість клінічного ізоляту, якщо ж даний показник менше 1, то прогнозована чутливість відібраного клінічного ізоляту до дії використовуваних середників, навпаки, є вищою за чутливість тест-культури. Використання показника прогнозованої ефективності лікування уражень ротової порожнини із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників дозволяє проводити динамічний моніторинг за зміною у структурі мікробних асоціацій у порівнянні із вихідними умовами патології та із

попередньо зареєстрованим станом норми, що в свою чергу в подальшому сприяє не емпірично-обґрунтованій, а індивідуалізовано-направленій корекції медикаментозного лікування з метою досягнення організації мікрофлори ротової порожнини характерного для стану норми.

Запропоновано алгоритм дослідження та оцінки чутливості мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників, який передбачає врахування усіх складових діагностичного процесу та етапу моніторингу за ефективністю проведеного лікування, виходячи із реєстрації показників чутливості тест-культур та клінічних ізолятів до початку лікування та в ході його реалізації, та можливості проведення компаративного аналізу із даними стану мікробних асоціацій, як референтного патерну, характерного при відсутності патології. Уведення в комплекс оцінки проведеного лікування показника прогнозованої ефективності дозволяє досягти диференціації різних підходів призначення антибактеріальних середників, виходячи із вираженості їх впливу на тест-культури та клінічно-сформовані ізоляти. Відсотковий показник змін складу мікробних асоціацій на момент дослідження у порівнянні із фізіологічно збалансованим станом мікрофлори ротової порожнини, що може бути представлений графічно за рахунок маркування кривих, дозволяє проаналізувати в динаміці вплив використовуваних антибактеріальних та антисептичних препаратів не тільки на сукупність мікробних асоціацій в цілому, а й на окремі складові їх структури та співвідношення між ними зокрема. Вищенаведене обґрунтовує доцільність впровадження даного алгоритму в практичну діяльність з метою індивідуалізації існуючих протоколів лікування патологій ротової порожнини, контролю за ефективністю використовуваного алгоритму лікування та підвищення якості надання стоматологічної допомоги населенню в цілому.

Аналогічним чином забезпечується реалізація принципів персоналізованої стоматології, як виду персоналізованої медицини, що також є моделлю надання стоматологічної допомоги, яка сфокусована на врахуваннях унікальних даних щодо клінічних проявів, генетичних варіацій, геномних змін та факторів оточення індивіду в умовах норми та патології. При чому реалізація даної моделі може проводитися як

на державному рівні, що однак потребує забезпечення модифікації відповідних протоколів надання медичної допомоги, так і на рівні окремих поліклінік, в залежності між можливостей проведення відповідних лабораторних методів діагностики та імплементації отриманих результатів у практичну дальність. В ході проведеного клінічного дослідження вдалось встановити переважаючу успішність лікування легкого, середнього, важкого ступенів важкості хронічного пародонтиту при реалізації підходів терапії, яка крім базових пародонтальних втручань включала також супровідну антибіотикотерапію відповідно до показників попереднього проведеного дослідження чутливості мікроорганізмів до різних форм протимікробних середників, а також допоміжну пробіотикотерапію, що за усіма досліджуваними показниками (втрата пародонтального прикріплення, глибина пародонтальних кишень, індекс кровоточивості) статистично відрізнялася від того рівня успішності, якого вдалось досягнути із використанням лише базової пародонтальної терапії чи при її супроводі емпіричною антибіотикотерапією. Враховуючи, що вибір антибактеріальних середників та супровід лікування відповідними пробіотиками є складовими моделі надання персоналізованої стоматологічної медичної допомоги, отримані результати свідчать, що принципи Р4 медицини можуть бути ефективно реалізовані у структурі комплексного лікування захворювань пародонту, сприяючи підвищення рівня надання стоматологічної допомоги в цілому.

Результати вивчення антибіотикочутливості ізолятів показали, що до амоксицилін/клавулонату були чутливі тільки 45% ізолятів, 5 % були помірно чутливими, а 50% резистентними. 80% ізолятів проявляли стійкість до цефалоспоринів I покоління. Встановлена чутливість до цефалоспоринів II покоління: цефтріаксону 60 % та цефуроксиму 53 % культур. Показано, що 90% ізолятів були чутливими до цефоперазону/сульбактаму. 70% всіх ізолятів були чутливими до фторхінолонів, зокрема до фторхінолонів II покоління - офлоксацину 40% ізолятів, норфлоксацину 66 %, ломефлоксацину - 30%; ципрофлоксацину 67 %; III покоління – левофлоксацину 72%, а до фторхінолонів IV покоління (гатіфлоксацину) 80%. Умовно-патогенні мікроорганізми були у чутливими до

кабопенемів: 70% до меропенему та 50% іміпенему. Із 133 ізолятів лише 15% були чутливими до азитроміцину, 20% помірно чутливими та 60% резистентними. До напівсинтетичних макролітів - кларитроміцину, були чутливими 30% культур.

Мікроскопічні гриби роду *Candida* були стійки флуконазолу, 30 % штамів проявляли чутливість до ітроконазолу, 40% до клотримазолу. Дослідження показали, що антисептик Декасан проявляв широкий спектр антимікробної активності. Зокрема встановлено чутливість всіх взятих в експеримент бактерій як клінічних ізолятів, так і типових культур. Найвищий рівень антимікробної активності реєстрували щодо бактерій роду *Staphylococcus*, в тому числі метицилінрезистентні штами.

Проте антимікотичної дії Декасану на гриби роду *Candida* обраній нами дозі препарату не виявлено. Високий антибактеріальний ефект спостерігали в результаті дії Діоксидину, проте показники зон затримки росту сильно варіювали від  $30,33 \pm 0,58$  мм до на клінічний штам *S. aureus*, до  $17,33 \pm 0,33$  с на *S. aureus MRSA*. Встановлена також висока антибактеріальна активність Діоксидину на *S. pneumoniae*. Не виявлено бактерицидної активності препарату щодо *E. faecalis* та *K. rhinoscleromatis*. Встановлена помірна активність Діоксидину щодо *E. coli*.

Показана помірна чутливість бактерій роду *Staphylococcus* до хлогексидину, проте значно нижча, ніж Діоксидину та Декасану. Хлоргексидин не впливав на метицилінрезистентний *S. aureus*, не виявлено антибактеріальної дії хлоргексидину щодо бактерій роду *Streptococcus*. Чутливими до хлогексидину були культури *E. faecalis*, *E. coli*, проте *K. rhinoscleromatis* виявилась не чутливою до антисептика. Показано антимікозний ефект хлогексидину. До Мірамістину проявляли помірну чутливість *E. faecalis*, *S. pneumoniae*, *S. viridans*. Показано помірну антибактеріальну активність метронідазолу щодо *S. pyogenes* ATCC 19615. З метою більш поглибленого аналізу відвідувань дорослого населення лікарів-стоматологів та виявлення їх статево-вікових закономірностей проведено спеціальне медико-статистичне дослідження, інформаційною базою для якого виступили карти стоматологічного хворого (ф.043/о). Було відібрано

615 карт стоматологічного хворого (ф.043/о) у одній з стоматологічних поліклінік м. Києва, з них - 286 карт чоловіків і 329 - жінок.

Усі карти згруповані у 7 груп в залежності від віку пацієнтів. Так, у віці 18-19 років - 102 (з них 47 чоловіків, 55 жінок); 20-29 років - 107 (з них 51 чоловік, 56 жінок); 30-39 років - 105 (з них 49 чоловіків, 56 жінок); 40-49 років - 99 (з них 45 чоловіків, 54 жінок); 50-59 років-93 (з них 45 чоловіків, 48 жінок); 60-69 років – 58 (з них 26 чоловіків, 32 жінки); 70 та старше - 51 (з них 23 чоловіки, 28 жінок). На підставі розробки відібраних карт отримані матеріали, які дозволили визначити статево-вікові рівні відвідувань лікарів-стоматологів.

Аналіз профілактичної роботи із стоматологічної санації населення базувався на результатах статистичного узагальнення матеріалів таблиць звітної ф.№ 20. Аналіз здійснено у динамічному (за 2006-2013 рр.) та територіальному аспектах. Показники у м. Києві порівняні із показниками у інших 26-ти адміністративних територіях України (регіонах), їх мінімальними та максимальними значеннями, а також із середніми показниками в Україні у цілому. Результати аналізу ресурсної бази муніципальних ЗОЗ встановив, що впродовж 2009-2013 рр. мережа стоматологічних закладів та відділень (кабінетів) системи ДОЗ м. Києва скоротилась на 63,7%, а приватних стоматологічних закладів (кабінетів) зросла на 31,7%. У той же час стоматологічні заклади системи ДОЗ м. Києва продовжують приймати більшу частку пацієнтів стоматологічного профілю (85% відвідувань до лікарів - стоматологів припадають на даний тип стоматологічних закладів). Тенденції у динаміці мережі стоматологічних закладів та розподілі відвідувань за їх типом у столиці відповідають ситуації в Україні в цілому.

Аналіз кадрів показав, що кількість штатних посад лікарів-стоматологів у стоматологічних закладах та відділеннях (кабінетах) системи ДОЗ м. Києва залишається стабільною, а функція лікарської посади знижується, що обумовлює необхідність удосконалення управління кадровими ресурсами у державному секторі стоматологічної допомоги столиці.

Аналіз динаміки обсягів надання стоматологічної допомоги населенню м. Києва засвідчив, що середня кількість відвідувань до лікарів-стоматологів, у розрахунку на одну дитину, скоротилась з 2,2 у 2006 р. до 2,0 у 2013р., а у розрахунку на одного дорослого жителя столиці з 2,2 до 0,8 і становила 88,9% від рівня показника в Україні (0,9).

У ході динамічного аналізу доведено, що стоматологічні заклади системи ДООЗ м. Києва не забезпечують населення столиці достатніми обсягами профілактичної допомоги. Так, аналіз показників планових оглядів та планової санації ротової порожнини у дітей засвідчив тенденцію до згортання впродовж 2006-2013 рр. обсягів профілактичної роботи серед дитячого населення столиці. Питома вага оглянутих у порядку планової санації дитячого населення скоротилась за цей період з 87,4% до 82,4 %; питома вага санованих при плановій санації - з 81,6 до 69,5% (до кількості дітей, що її потребують); а санованих планово і за зверненнями - з 48,7 до 38,4% (до всього дитячого населення).

У 2013 р. було планово оглянуто стоматологами лише третину (34,4%) дорослих киян, при цьому 81,3% оглянутих потребували санації. Частка планово оглянутих, порівняно із 2006 р. скоротилась на 10,4%, а потреба у санації зросла на 19,4%. Впродовж 2006-2013 рр. питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 70,3-75,4%, тобто 19,7 - 24,6% оглянутих, які потребували санації, не були сановані. Частка планово санованих серед дорослого населення скоротилась, порівняно із 2006 р., на 5,7% і у 2013 році становила лише 21,1%, що свідчить про недостатнє охоплення населення профілактичною стоматологічною допомогою та є однією з причин незадовільного рівня стоматологічного здоров'я населення.

Аналіз стану стоматологічної допомоги, який виступає індикатором для визначення ресурсного покриття та оцінки економічної діяльності стосовно медико-економічних показників при здійсненні економічного аналізу та обґрунтуванні розвитку фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів, засвідчив, що планування виробничої діяльності мережі комунальних стоматологічних закладів м. Києва не орієнтоване на визначення необхідного

обсягу стоматологічних послуг із врахуванням потреб населення та економічної доцільності, а кадрова політика не орієнтована на ефективне використання штатних посад, що обумовлює необхідність запровадження планування виробничої діяльності комунальних стоматологічних закладів на засадах стратегічного менеджменту. Все перераховане вимагає організаційно - економічної перебудови системи комунальної амбулаторно - поліклінічної стоматологічної допомоги населенню м. Києва.

Для визначення задоволеності стоматологічною допомогою пацієнтів, лікарів та керівників стоматологічних закладів охорони здоров'я, аналізу стану організації стоматологічної допомоги населенню м. Києва у комунальних і приватних стоматологічних закладах проаналізовані результати опитування наступних груп респондентів: - 809 пацієнтів, які звернулись до двох комунальних стоматологічних поліклінік, що обслуговують 64 тис. населення та 486 пацієнтів, які звернулись до двох приватних стоматологічних закладів у м. Києві, що обслуговують 8,5 тис населення; - 309 лікарів-стоматологів комунальних закладів м. Києва та 67 керівників стоматологічних поліклінік та відділень у закладах охорони здоров'я комунальної власності м. Києва; - 416 керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України; - 509 лікарів-стоматологів комунальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України.

Результати дослідження, одержані на попередніх етапах, слугували основою для наукового обґрунтування напрямів реструктуризації комунальних стоматологічних закладів у ринкових умовах. Встановлено, що результатами лікування у комунальних закладах задоволені  $45,1 \pm 1,7\%$ , а у приватних -  $78,1 \pm 1,9\%$  респондентів ( $p < 0,05$ ), рівнем сервісу  $28,2 \pm 1,6\%$  та  $86,8 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,05$ ), відповідно.  $41,8 \pm 1,7\%$  пацієнтів комунальних закладів не влаштовувало оснащення лікувальним і діагностичним устаткуванням, пломбувальними матеріалами. На думку  $62,7 \pm 1,7\%$  респондентів у комунальних закладах, та  $7,1 \pm 1,2\%$  у приватних ( $p < 0,05$ ), рівень ціни на стоматологічні послуги не

відповідає якості послуг і обсягу допомоги. Отриману стоматологічну допомогу в комунальних стоматологічних поліклініках оплачувало  $89,9 \pm 1,1\%$  опитаних.

Згідно результатів соціологічного дослідження лікарів-стоматологів комунальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України (509 респондентів), основними проблемами організації стоматологічної допомоги населенню є незадовільна система фінансування ( $76,8 \pm 1,9\%$ ), застаріла матеріально - технічна база ( $68,8 \pm 2,1\%$ ), низький рівень оплати праці персоналу ( $91,9 \pm 1,2\%$ ), відсутність стимулів до поліпшення якості роботи ( $82,9 \pm 1,7\%$ ).  $67 \pm 2,1\%$  респондентів відмітили відсутність відповідної законодавчій бази, а  $88,6 \pm 1,4\%$  - неадаптованість комунальних стоматологічних закладів до роботи у ринкових умовах. Лікарі-стоматологи відмітили, що у комунальних стоматологічних закладах не розробляються стратегічні плани роботи закладу ( $65,0 \pm 2,1\%$ ); не здійснюється аналіз економічної ефективності діяльності закладу ( $76,4 \pm 1,9\%$ ); не проводиться аналіз потреб пацієнтів ( $65,4 \pm 2,1\%$ ); не складаються «маршрути» руху пацієнтів у закладі ( $60,1 \pm 2,2\%$ ); незадовільним є рівень сервісу пацієнтів ( $51,7 \pm 2,2\%$ ).

Результати соціологічне опитування 416 організаторів охорони здоров'я – керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України засвідчили, що стоматологічні заклади не адаптовані до роботи у нових економічних умовах ( $66,1 \pm 2,3\%$ ), а їх матеріально-технічне оснащення ( $54,6 \pm 2,4\%$ ) та система фінансування ( $90,1 \pm 1,5\%$ ) є незадовільними.  $80,3 \pm 2,0\%$  опитаних керівників вважають за необхідне розширення їх юридичних і господарських прав;  $70,4 \pm 2,2\%$  - автономізацію закладів, що дозволяє залучення приватного капіталу (державно – приватне партнерство);  $69,2 \pm 2,3\%$  - підтримали перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати наданих за договорами обсягів стоматологічної допомоги;  $61,5 \pm 2,4\%$  - розробку і запровадження державних гарантій безоплатної стоматологічної допомоги; а  $51,9 \pm 2,4\%$  - пропонують запровадити прийом на роботу медичних працівників за контрактом.

Результати комплексного соціологічного дослідження засвідчили, що існуюча система надання стоматологічної допомоги у комунальних закладах не відповідає

сучасним потребам населення, має незадовільну систему фінансування, матеріально-технічне забезпечення та умови праці лікарів-стоматологів. Виявлені недоліки в організації комунальних систем стоматологічної допомоги обумовили необхідність обґрунтування концептуальних напрямів, методології їх реструктуризації та розробки нової моделі стоматологічної поліклініки, яка є юридично і господарсько самостійним суб'єктом та працює на принципах державно-приватного партнерства.

Інформаційною базою для обґрунтування концептуальних напрямів реструктуризації системи комунальних стоматологічної допомоги виступили наукові праці фахівців із організації та управління охороною здоров'я, які формувались на основі узагальнення передового міжнародного досвіду, рекомендацій ВООЗ, нормативно-правових документів КМ та МОЗ України, проведеного системного аналізу економічних, організаційних, нормативно-правових, соціальних факторів, а також результати власних досліджень, у ході яких була отримана комплексна медико-соціальна характеристика стану організації стоматологічної допомоги у комунальних ЗОЗ, визначена доступність стоматологічної допомоги для населення та узагальнена думка лікарів-стоматологів та організаторів охорони здоров'я щодо проблем та перспектив розвитку комунальних стоматологічних поліклінік.

Проблема реструктуризації комунальної системи стоматологічної допомоги у даному розділі віршувалась у наступній послідовності: проведено аналіз діяльності чинної комунальної стоматологічної служби; розроблена парадигма реструктуризації діяльності комунальних стоматологічних закладів на умовах державно-приватного партнерства; виявлені передумови до реструктуризації; визначені фактори і можливі ризики реструктуризації; обґрунтовані концептуальні напрями реструктуризації комунальної стоматологічної служби в умовах ринку на принципах державно-приватного партнерства. Проведений SWOT - аналіз комунальних стоматологічних поліклінік м. Києва показав сильні та слабкі сторони системи і дав можливість визначити основні напрямки їх розвитку. Так, сильними сторонами названо: велике соціальне значення стоматологічної допомоги, наявність кваліфікованих кадрів лікарів-стоматологів, досвід організації стоматологічних послуг у комунальних закладах, надання допомоги у

рамках програми ДМС. Слабкі сторони - перевищення планової потужності фактичною; суттєве невиконання функції лікарської посади; слабка матеріально-технічна база; значний знос стоматологічного обладнання; недостатня конкурентноздатність, порівняно з приватними стоматологічними клініками; невідповідність фактичного фінансування плановому; низька культура медичного обслуговування; низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації у медичного персоналу.

Сприятливі можливості - наявність стоматологічних факультетів у ряді ВНЗ і консультативна допомога з боку їх кафедр; використання платних медичних послуг для зміцнення матеріально-технічної бази та мотивації персоналу; часткове оснащення стоматологічних поліклінік сучасним обладнанням; запровадження державно-приватного партнерства, яке має забезпечити регулювання її економічної діяльності, оптимізацію нормативно - правової бази.

Загрози - неадаптованість ЗОЗ до роботи у ринкових умовах; відсутність гарантованого державою рівня надання безоплатної стоматологічної допомоги населенню; відсутність науково обґрунтованого переліку інструментарію та витратних матеріалів для стоматологічної допомоги; відсутність профілактичної спрямованості у діяльності стоматологічних поліклінік; низька стоматологічна культура населення; відсутність вираженої мотивації підтримувати стоматологічне здоров'я. У подальшому була розроблена парадигма реструктуризації системи комунальної стоматологічної допомоги, яка покладена в основу сучасної моделі об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки, та вимагає вирішення системних проблем системи комунальної стоматологічної допомоги, за основними напрямками: нормативно - правовим, соціально-економічним і організаційним (табл.9.1). Виявлені основні передумови до реструктуризації, зокрема: Відсутність ефективної функціонально-організаційної структури стоматологічного закладу; Неефективне використання ресурсів (матеріальних, інтелектуальних); Відсутність цивілізованого ринку послуг і програмованого споживача; Незадовільний технічний, технологічний і фінансовий стан комунальних стоматологічних закладів;

Таблиця 9.1.

**Системні проблеми системи комунальної стоматологічної допомоги, які  
потребують вирішення**

<b>Нормативно-правові інструменти</b>	<b>Принципи організації</b>	<b>Соціально-економічний потенціал</b>
Закон України "Про державно-приватне партнерство" № 2404-VI від 01.07.2010 р.	Розробка сучасної моделі муніципального стоматологічного закладу з ДПП.	Наявність перспективної бази фінансування, матеріально-технічного забезпечення і кадрових ресурсів.
Довгостроковий адміністративний договір між об'єктом стоматологічної діяльності та департаментом охорони здоров'я на обсяги, якість і періодичність надання послуг з гарантією їх оплати. Оформлення оренди робочих площ об'єкта.	Визначення критеріїв, структури моделі, обсягу послуг з урахуванням економічної ефективності. Розробка документів регламенту роботи моделі. Стратегічне планування, моніторинг діяльності.	Впровадження систем менеджменту якості на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000, які відображають "кращу практику" організації діяльності стоматологічних клінік.
Економічне обґрунтування та затвердження тарифу на стоматологічні послуги, які надаються провайдером.	Організація наукового управління моделлю. Визначення організаційно-методичних переваг моделі.	Визначення характеристик і груп медичного бізнес-процесу з метою формування єдиних підходів у моделі.
Міжнародні, державні стандарти надання стоматологічної допомоги.	Оновлення парку стоматологічного обладнання, запровадження новітніх технологій, зміцнення кадрового потенціалу, створення зовнішнього вигляду та інтер'єру моделі, який відповідає вимогам до сучасного ЗОЗ.	Розмежування інтересів держави і економіки стоматологічної моделі з ДПП. Переведення об'єкта зі сфери суспільного споживання у сферу суспільного відтворення.

- Низька конкурентоспроможність послуг комунальних стоматологічних закладів перед послугами приватних стоматологічних закладів; Низький ступінь інвестиційної привабливості; Недостатній рівень якості послуг. До основних концептуальних напрямів реструктуризації системи комунальної стоматологічної допомоги були віднесені наступні: - запровадження нових методів організації та управління виробництвом стоматологічних послуг на базі державно-приватного партнерства, з метою об'єднання коштів та зусиль

державних організацій і приватних інвесторів для досягнення соціально вагомої мети - підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги населенню на взаємовигідній основі; - розробка стратегічного планування діяльності нової системи комунальних стоматологічних закладів (кадри, обладнання, технології), запровадження економічно доцільних організаційних форм стоматологічного обслуговування; - обґрунтування організаційних основ формування нової системи комунальних стоматологічних закладів (договірна система надання стоматологічних послуг, тарифи вартості стоматологічних послуг, норми оплати праці персоналу і т.п.); - забезпечення добору, розстановки і призначення кадрів на основі кадрового менеджменту, психології, соціології та права; запровадження методів прогнозування кадрового ресурсу за категоріями медичного персоналу відповідно зі стратегічним плануванням; - забезпечення високого рівня знань лікарів-стоматологів, середнього медичного персоналу, а також консалтинг (консультування) - керівників, управлінців з широкого кола питань у сфері фінансової, юридичної, технологічної, технічної, експертної діяльності; - розробка методології формування медико-соціальних груп споживачів стоматологічної допомоги та обсягів їх профілактичного обстеження серед населення; - переорієнтація сучасної моделі комунальних стоматологічних закладів на первинну профілактику і високоякісну, своєчасну стоматологічну допомогу; - забезпечення постійного моніторингу об'ємних показників попиту і пропозицій стоматологічних послуг населенню; - стандартизація усіх видів стоматологічних послуг; - функціонально-організаційна реструктуризація комунальних стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів, формування нової моделі комунальної стоматологічної поліклініки на базі принципів державно-приватного партнерства - системоутворюючого господарського механізму, який об'єднає державного і приватного інвесторів і забезпечить перехід стоматологічних комунальних закладів з невиробничої сфери у виробничу.

Окремим концептуальним напрямом реструктуризації була розробка методичних засад моделювання сучасної моделі об'єднаного комунально-приватного стоматологічного закладу, що працює на принципах ДПП; визначені алгоритми

стоматологічної допомоги з бригадним принципом обслуговування, розроблена методологія стоматологічного бізнес-процесу і розроблено методологію управління у КПСП. Загальна характеристика процесу моделювання державно-приватного партнерства в системі стоматологічної допомоги представлено в табл.9. 2.

Таблиця 9.2.

**Сукупність і послідовність завдань розробки моделі об'єднаної КПСП  
на принципах державно-приватного партнерства**

<b>Послідовність виконання завдань моделювання КПСП</b>	
Визначення змісту моделі як суб'єкту	Держава, в особі місцевої влади, допускає приватного інвестора у сферу своєї відповідальності. Створюється самоврядний юридично і господарсько-самостійний (автономізований) об'єднаний заклад - комунально-приватна стоматологічна поліклініка. Суб'єкти МПСП управляють об'єктом протягом певного терміну згідно договору.
Мета організації моделі	Підвищення ефективності економічного управління стоматологічними закладами комунальної власності, якості та доступності стоматологічної допомоги
Функції місцевої влади	Стратегічне управління та оплата наданих у КПСП стоматологічних послуг населенню на основі договорів-замовлень
Вигоди для місцевої влади	Скорочення бюджетних витрат; фінансування проектів без збільшення дефіциту бюджету; підвищення ефективності та зниження вартості реалізації, використання більш ефективних технологій, у т.ч. у сфері управління
Вигоди для приватного інвестора	Розширення діяльності, що є особливо актуальним в умовах насичених ринків збуту; гарантоване отримання прибутку в середній та довгостроковій перспективі, що є гарантією стабільності бізнесу; можливість залучення позик коштів на більш вигідних умовах
Вигоди для населення	Підвищення доступності та якості стоматологічних послуг
Механізми	Форма об'єднання комунальних і приватних інвестицій в організації спільного управління комунальним стоматологічним закладом, яка націлена на вирішення важливих завдань соціально-економічної політики, що дозволяє забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу за рахунок поділу ризиків і вигод між партнерами
Технологія	Сукупність методів, процесів, які використовуються у виробничій діяльності, із застосуванням сучасних технологій надання послуг, що узгоджуються з останніми досягненнями науки
Інструменти	Бюджетне фінансування, приватні інвестиції, державні стандарти
Інститути	Державні цільові програми, регіональні, місцеві програми

Розроблена функціонально-організаційна модель стоматологічної муніципальної поліклініки на принципах ДПП представлена на рис. 1.

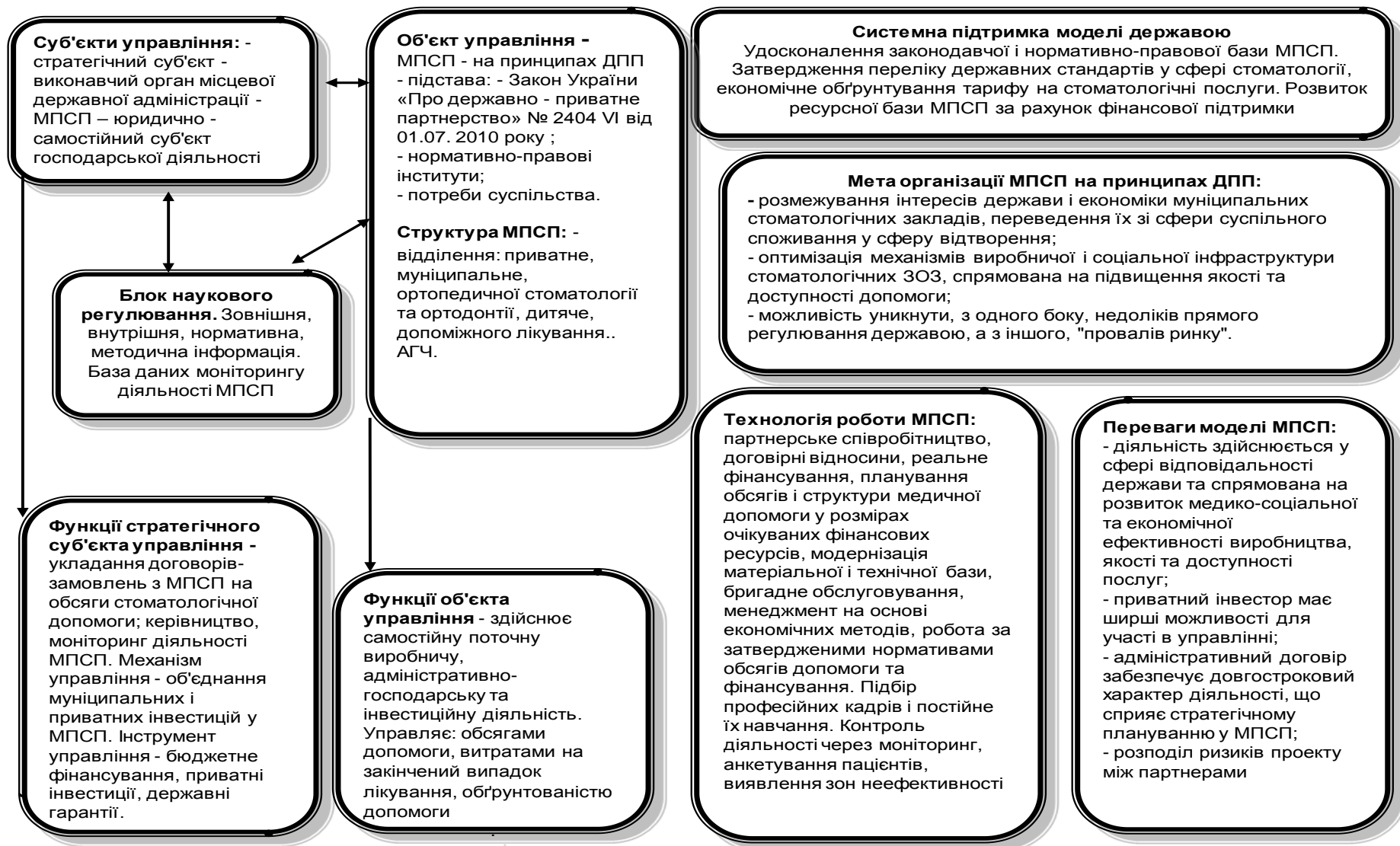


Рис 1. Функціонально-організаційна модель комунально-приватної (муніципально-приватної) стоматологічної поліклініки на принципах державно-приватного партнерства

У структурі муніципально-приватної поліклініки об'єднані два лікувально-профілактичні стоматологічні відділення, які мають різні джерела фінансування, а також представлено ряд спеціалізованих кабінетів із змішаним фінансуванням.

Перше відділення КПСП - муніципальної стоматології - надає стоматологічну допомогу прикріпленому населенню, відповідно до статті 49 Конституції України та статті 35-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я (зі змінами від 07.07.2011р.), а також стоматологічну допомогу пільговим категоріям населення, які відповідно до низки Законів України (№ 3551-ХП від 16.12.1993р. «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні», № 796-ХП від 18.02.1991р. «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»), мають право на безоплатне надання стоматологічної допомоги у повному обсязі. Фінансується відділення муніципальним інвестором.

Друге відділення - приватне (комерційне) - функціонує на основі госпрозрахунку як комерційний механізм, надає висококваліфіковані послуги з високим сервісом обслуговування, інформованістю, сучасними дороговартісними технологіями. Фінансується приватним інвестором.

До структури КПСП також входять відділення: ортопедичної стоматології та ортодонтії, стоматологічної допомоги дітям і допоміжного лікування. Вони мають змішане фінансування.

Конкретна структура КПСП встановлюється територіальним органом охорони здоров'я. У доповнення до перерахованих підрозділів у приватному відділенні може виділятися кабінет для вузькоспеціалізованого прийому: ендодонтичного, імплантології, реставраційної терапії і т.п.

КПСП як нова функціонально-організаційна структура створена на принципах ДПП має особливості технологічного процесу.

Технологія нами розглядається як сукупність методів, процесів, які використовуються у діяльності нової моделі із застосуванням сучасних способів виробництва послуг та узгоджується з принципами системи охорони здоров'я і Конституцією України.

Комерційне відділення КПСП є невід'ємним компонентом моделі, однак має свої особливості технології, свою нішу на ринку стоматологічних послуг, задовольняючи попит певної частини населення, забезпечуючи залучення додаткових коштів до бюджету КПСП. Дане відділення сприяє реалізації можливості вибору пацієнтом виду стоматологічних послуг, активно впливає на якість послуг і професіоналізм медичного персоналу. До того ж, сектор платної стоматологічної допомоги є важливим стимулом до збереження стоматологічного здоров'я та профілактичної стоматології. З іншого боку, комерційне відділення КПСП виконує не менш важливу функцію новаторства у застосуванні науково-технологічних досягнень і передового досвіду у наданні стоматологічної допомоги населенню.

Наявність двох відділень - платного і комунального, сприяє дотриманню ключових прав на життя і здоров'я людини, принципів доступності медичних послуг, їх достатності, об'єктивності, а також гнучкості регулювання соціально-економічних відносин, адекватних сучасному стану економіки і організації охорони здоров'я, очікуванням споживачів і виробників.

КПСП на принципах державно - приватного партнерства має дві технологічні особливості, по-перше, місцева влада передає їй в оренду комунальний об'єкт стоматологічної діяльності (робочі площі) і стоматологічне майно, що дозволить КПСП управляти собівартістю стоматологічних послуг, які оплачуються за рахунок бюджетних коштів виділених на фінансування договорів-замовлень, а також впливати на рентабельність виробництва. По-друге, комунальна стоматологічна поліклініка перетворюється з об'єкта споживання державних ресурсів на господарсько і юридично самостійний суб'єкт стоматологічної діяльності, суб'єкт відтворення послуг, засобів виробництва.

Основою організації стоматологічної допомоги у КПСП є інтегрована бригадна практика, яка забезпечує комплексне надання послуг пацієнтам. Бригадна практика - це об'єднання декількох лікарів-стоматологів різних стоматологічних спеціальностей у бригаду (стоматолога-терапевта, стоматолога-хірурга, ортодонта, ортопеда і т.д.) для проведення комплексу

діагностичних, профілактичних і лікувальних заходів, згідно укладеної угоди між пацієнтом та КПСП, а також залучення, у разі потреби, лікарів-консультантів інших спеціальностей. Штати КПСП залежать від кількості населення, яке обслуговується і обсягу виконуваної роботи. Найменування посад наводиться у відповідності до штатних нормативів МОЗ України.

Алгоритм стоматологічної допомоги з бригадним принципом обслуговування пацієнтів у КПСП представлений на рис. 2.

Черговий лікар-стоматолог повинен надати пацієнту наступні послуги:

а) провести комплексне обстеження пацієнта: лабораторну і рентгенодіагностику, призначити консультацію стоматологів фахівців - ортодонта, ортопеда і т.д. та лікарів інших спеціальностей; б) оцінити індивідуальний ризик, тобто визначити звички і умови, які становлять ризик для органів і тканин порожнини рота і організму пацієнта; в) виявити стоматологічне захворювання на ранній стадії його розвитку; г) скористатись консультаціями вузьких фахівців-стоматологів (ортодонта, імплантолога і т.д.); д) визначити необхідні обсяги лікувально-профілактичної допомоги; ж) отримати інформаційну згоду пацієнта на проведення стоматологічного втручання та укласти угоду між пацієнтом та КПСП на необхідні обсяги стоматологічного лікування; з) скласти пацієнту маршрут відвідування необхідних лікарів-стоматологів бригади.

Крім того, черговий лікар-стоматолог проводить комплекс заходів, спрямованих на профілактику стоматологічних захворювань. Важливу роль у роботі моделі КПСП відіграє стоматологічний бізнес-процес. Бізнес-процес - це сукупність взаємопов'язаних заходів, спрямованих на створення певної послуги для споживачів. Нами розроблена методологія управління стоматологічним бізнес-процесом для КПСП.

Формування управління медичним бізнес-процесом відбувається із рахуванням наступних чинників: • характер обслуговування (послуги у межах територіальних програм державних гарантій, послуги за фактом звернення пацієнта до КПСП, комерційні послуги за договором); • програма обслуговування (обсяг послуг);

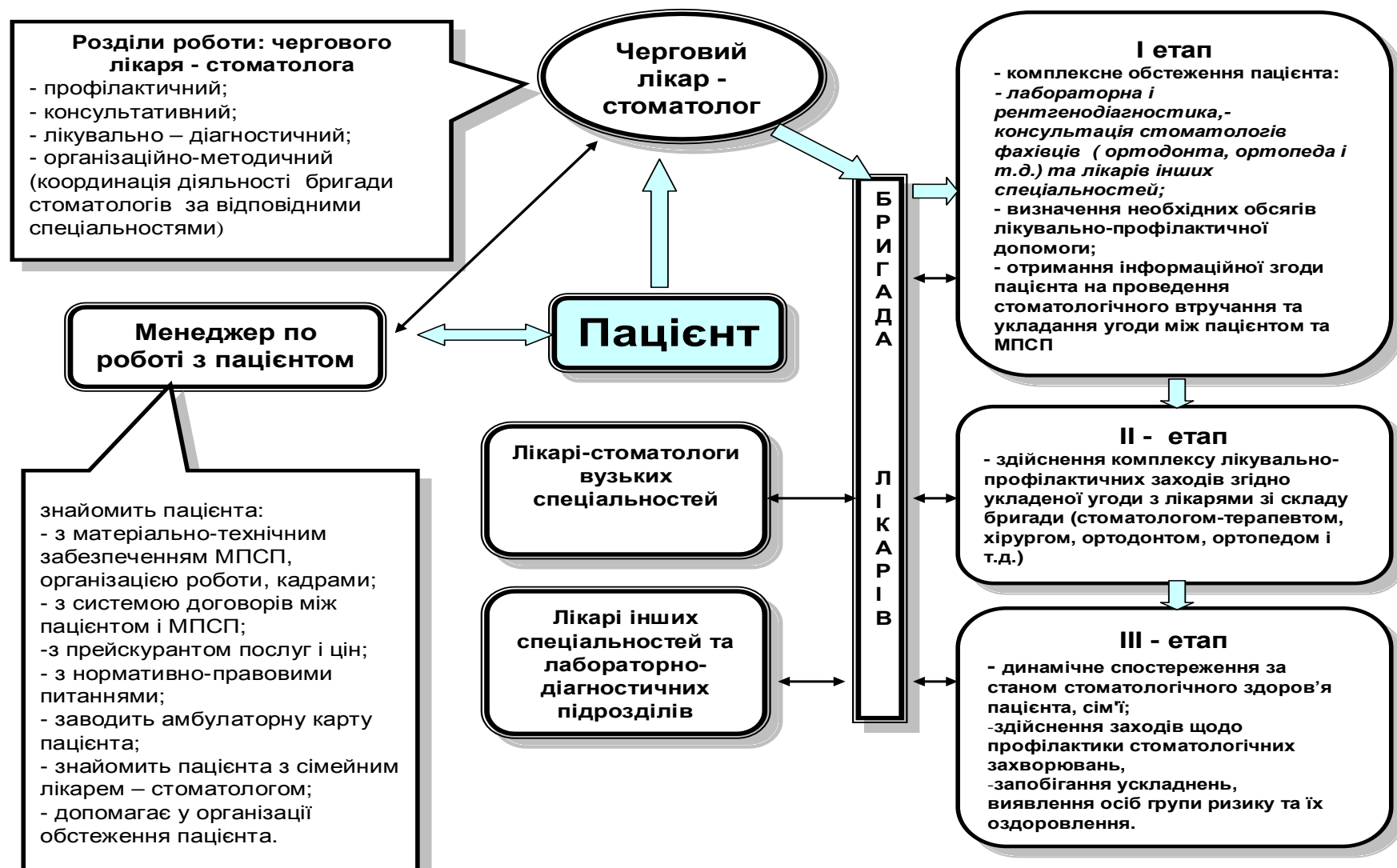


Рис. 2. Алгоритм стоматологічної допомоги з бригадно-етапним принципом обслуговування

- причина звернення (захворювання, діагностика, профілактика та ін.);
- характер взаємин закладу і клієнта (регулярність);
- якість діагностики (обґрунтованість діагнозу, відповідність плану ведення пацієнта);
- якість лікування (правильність обсягу лікування);
- гнучкість у наданні стоматологічних послуг (перезапис на прийом, заміна лікаря, послуг);
- автоматизація стоматологічної діяльності.

Методологія управління медичним бізнес-процесом у КПСП ґрунтується на концепції інтеграції, яка передбачає цілісний погляд на бізнес-процеси і включає кілька варіантів методик («До встановлення діагнозу», «Встановлення діагнозу», «Після встановлення діагнозу»), об'єднаних у межах системного підходу. Переваги методології є наступними:

- комплексний підхід до аналізу належності пацієнта до певної групи обслуговування;
- можливість розглядати пацієнта з різних позицій (належність до групи обслуговування, добір програми лікувально-діагностичного процесу з технологічними фазами обслуговування і т.п.), забезпечує цілісне уявлення про пацієнта у процесі обслуговування;
- варіативність методик обслуговування;
- наочність процесу обслуговування;
- диференційований підхід до обслуговування пацієнтів.

Особливості методики управління стоматологічним бізнес-процесом у залежності від технологічної фази обслуговування представлені у табл. 9.3.

Для КПСП у ринкових умовах важливою умовою розвитку є планування за принципом узгодження обсягів і структури стоматологічної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами. Цей принцип принципово відрізняється від того принципу планування, який використовувався у вітчизняній системі охорони здоров'я - планування мережі закладів на основі нормативів.

Схематично, порядок фінансового планування у КПСП полягає у наступному:

- розрахунок очікуваних фінансових ресурсів з усіх джерел надходжень;
- аналіз обсягів і структури надання стоматологічної допомоги, виявлення зон неефективності;
- розробка рекомендацій за обсягами стоматологічної допомоги;
- розробка натуральних і фінансових нормативів, тобто середніх витрат в розрахунку на обрану одиницю послуг за окремими статтями;

**Особливості методики управління бізнес-процесом відповідно до  
технологічної фази та групи обслуговування**

Технологічні фази обслуговування	Методика стоматологічного бізнес-процесу в залежності від групи обслуговування пацієнтів		
	Група пацієнтів, яка обслуговується у межах територіальних програм державних гарантій	Група пацієнтів, яка обслуговується за фактом звернення	Група пацієнтів, яка обслуговується комерційним відділенням
До встановлення діагнозу	Ідентифікація, прикріплення пацієнта до групи обслуговування	Ідентифікація програми обслуговування	Оформлення договірних відносин
Встановлення діагнозу	Вибір діагностичних та консультативних послуг в обсязі програм державних гарантій	Вибір діагностичних та консультативних послуг може бути обґрунтовано розширений	Вибір діагностичних та консультативних послуг. Посилена сервісна складова
Після встановлення діагнозу	Вибір обсягу лікування у межах соціального відділення МПСП, який обмежений програмою державних гарантій	Вибір обсягу лікування та обґрунтування доповнень за згодою пацієнта	Повний обсяг лікування у межах комерційного відділення. Активна організація повторної явки

- узгодження обсягів безоплатної для населення допомоги з місцевими органами влади; - розробка сценаріїв проведення фінансового моделювання; - розробка планів перенавчання та стимулювання кадрів; - формування замовлень на надання стоматологічної допомоги; - ведення переговорів та укладання договорів між місцевими замовниками стоматологічної допомоги та КПСП; - моніторинг і оцінка виконання договорів.

Особливо важливо підкреслити, що у ході планування накопичується об'єктивна економічна інформація, яка служить основою для прийняття управлінських рішень щодо раціонального розміщення замовлення на надання стоматологічної допомоги, зокрема, для формування вимог до замовника стоматологічних послуг і оцінки заявок на отримання замовлення. Крім того,

фінансове планування формує навички економічного мислення у замовників і виконавців, що є умовою ринкових перетворень.

У системі КПСП важливим розділом економічного управління є управління раціональним використанням ресурсів. Воно полягає в розробці комплексу заходів, які включають: - планування програм з надання стоматологічної допомоги з акцентом на пошук варіантів з найбільшою ефективністю; - розробку клінічних стандартів та критеріїв використання ресурсів при наданні стоматологічної допомоги; - аналіз поточної економічної діяльності КПСП, її відділень і окремих лікарів; - контроль за обґрунтованістю стоматологічної допомоги.

Особливе значення має обов'язковий комплекс заходів щодо забезпечення найбільшої ефективності витрат при застосуванні складних і високозатратних стоматологічних технологій. У цих випадках використовується загальний набір методів управління. Специфіка полягає лише в інтенсивності використання деяких з них. Крім того, модель КПСП, розглянута нами як модель керованої стоматологічної допомоги на комунальному рівні, має низку важливих механізмів оптимізації управління, представлених на рис. 3.

У дослідженні здійснено порівняльний аналіз діючих комунальних стоматологічних закладів і моделі МПСП в організаційно-правовому, структурно-технологічному, ресурсно-економічному та інформаційному аспектах, який дозволив виявити основні переваги моделі та представити їх у систематизованому вигляді у табл. 4. Одним із завдань даної роботи було здійснення експертної оцінки розробленої моделі МПСП. Експертна оцінка проведена керівниками стоматологічних поліклінік, вченими фахівцями з соціальної медицини (всього 30 експертів, з них 2 доктори, 4 кандидати медичних наук, 24 організатора охорони здоров'я, які мають вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я»). Експертна оцінка проводилась за спеціально розробленою програмою експертизи, яка містила перелік основних параметрів розробленої моделі.



Рис. 3. Основні механізми оптимізації управління комунальною системою стоматологічної допомоги

Таблиця 4.

**Переваги моделі МПСР (з економічним менеджментом) над  
комунальним стоматологічними закладами**

Діюча модель	Модель МПСР
<b>Основні організаційно – правові елементи</b>	
<p>Діючі комунальні стоматологічні заклади утримуються органами місцевого самоврядування, є об'єктами громадського споживання. Фінансуються за залишковим принципом. Не забезпечують конституційне право громадян на безоплатне отримання стоматологічної допомоги.</p>	<p>Зміна організаційно-правового статусу комунальних стоматологічних поліклінік на статус юридично і господарсько самостійних суб'єктів, на принципах ДПП (Закон України «Про державно - приватне партнерство» № 2404 VI від 01.07. 2010 року:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- розмежуванню інтересів держави і економіки стоматологічного закладу з ДПП, тобто переходу від принципу утримання комунальних закладів до принципу оплати конкретних обсягів допомоги, тобто переведенню об'єкта зі сфери суспільного споживання до сфери суспільного відтворення;</li> <li>- формуванню договорів - замовлень на обсяги стоматологічної допомоги між виконавчим орган місцевої державної адміністрації (департаментом охорони здоров'я) і юридично і господарсько самостійною МПСР, що гарантує оплату замовлених послуг;</li> <li>- моніторингу фінансової та поточної діяльності МПСР за всіма відділеннями і всіх лікарів.</li> </ul>
<b>Основні структурно - технологічні елементи</b>	
<p>Структура діючої комунальної стоматологічної поліклініки в основному складається з відділень, які надають стоматологічні послуги в обмежених обсягах і не високої якості. Для діючих комунальних стоматологічних закладів притаманне недостатнє ресурсне забезпечення, неуккомплектованість кадрів, відсутність можливості забезпечити населення доступною та якісною медичною допомогою. Наявність залишкового фінансування обмежує можливість розвитку матеріально-технічної бази і впровадження сучасних технологій.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Структурна інтеграція двох організаційно і фінансово різнопланових відділень у юридично і господарсько самостійну МПСР забезпечить надання необхідних обсягів послуг усім верствам населення. Інтеграція у виробництві МПСР високотехнологічних сучасних технологій, високо кваліфікованих кадрів, технології бригадно-етапного методу роботи забезпечить професіоналізм, координацію і наступність у роботі з пацієнтом і якість послуг.</li> <li>- Оптимізація ресурсного забезпечення виробництва сприятиме розвитку технологічних процесів.</li> <li>- Підвищення рівня професіоналізму кадрів за основними напрямками, елементів мотивації, фінансового менеджменту, логістики, участі в управлінні якістю допомоги сприятиме підвищенню якості послуг і зниженню стоматологічної захворюваності.</li> </ul>

**Переваги моделі МПСР (з економічним менеджментом) над  
комунальним стоматологічними закладами**

<b>Основні ресурсні елементи. Основні економічні елементи</b>	
Економічному розвитку діючих стоматологічних закладів не сприяє законодавча база (гарантована державою медична допомога, згідно 49 статті Конституції, не конкретизована); - на законодавчому рівні визначені автономізація ЗОЗ та затверджено гарантований державою обсяг медичної допомоги до якого стоматологічна допомога не входить.	Забезпечення економічної ефективності моделі МПСР досягається за рахунок: - переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення; - реального фінансування, планування обсягів і структури допомоги в розмірах очікуваних фінансових ресурсів; - оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва; - оптимізації механізмів управління МПСР. Запровадження фінансового планування у МПСР забезпечує розрахунок очікуваних фінансових ресурсів, аналіз обсягів і структури наданої допомоги, виявлення зон неефективності, розробку рекомендацій за обсягами допомоги і натуральними та фінансовими нормативами.
<b>Основні інформаційні елементи</b>	
У діючій моделі недостатньо використовуються інформаційні технології управління	Запровадження автоматизованої технології управління, яка включає аналіз інформаційних потоків, бази даних і алгоритми обслуговування пацієнтів, оцінку рішень і контроль за їх виконанням, забезпечить ефективність роботи МПСР.

Експертна оцінка здійснювалась у декілька етапів. Спочатку був складений перелік основних параметрів моделі, які підлягали оцінці та проведена їх експертна оцінка за методом Дельфі. Потім у три етапи здійснювалась сама експертна оцінка. На першому етапі кожен з 30 - ти експертів виставляв незалежні оцінки (за десятибальною шкалою) за кожним з параметрів затвердженого переліку. На другому і третьому етапах експерти порівнювали свою думку з колективною оцінкою всієї експертної групи, при цьому вони могли змінити або скоректувати свою позицію. За результатами третього етапу експертної оцінки, крім середніх значень кожного показника у балах, були розраховані коефіцієнти варіації, за допомогою яких визначався ступінь узгодженості думок експертів за кожним параметром оцінки (табл. 5).

Значення коефіцієнтів варіації ( $C_v$ ) за всіма параметрами моделі, оцінювалось у ході експертизи, не перевищувало 10,0%, що свідчить про низький ступінь варіації оцінок експертів.

**Результати експертної оцінки моделі МПСП ( $W=0,81$ )**

Основні переваги і прогнозна медико-соціальна та економічна ефективність моделі МПСП	Середній бал	$C_v$ (у %)
Об'єднання в юридично і господарсько самостійній моделі МПСП державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом на принципах ДПП, при збереженні власності держави на стоматологічний об'єкт і впровадженні в практичну діяльність найбільш перспективних економічних технологій бізнес процесу.	9,60±0,09	8,2
Структурна інтеграція у моделі МПСП комунального (державного) та приватного відділення, кожне з яких має свої переваги, забезпечить можливість підвищити ефективність господарської діяльності, оптимізувати витрати, підвищити якість та доступність стоматологічних послуг.	9,67±0,09	5,4
Забезпечення економічної ефективності моделі МПСП за рахунок: - переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення; - реального фінансування, планування обсягів і структури допомоги відповідно до очікуваних фінансових ресурсів; - оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва; - оптимізації механізмів управління МПСП.	9,73±0,08	4,6
	9,37±0,09	5,2
	9,40±0,12	7,2
	9,07±0,05	2,8
Забезпечення медичної ефективності моделі за рахунок: - розробки алгоритму стоматологічної допомоги з бригадно-етапним принципом обслуговування; - розробки методології стоматологічного бізнес-процесу, який забезпечує підвищення обсягів і якості стоматологічної допомоги; - переведення моделі на принципи оплати конкретних обсягів стоматологічної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних заявок.	9,70±0,09	4,8
	9,23±0,13	7,9
	9,44±0,09	5,0
Впровадження ефективних механізмів менеджменту в МПСП	9,40±0,12	7,2

Високий ступінь узгодженості думок експертів підтверджує також значення коефіцієнта конкордації ( $W = 0,81$ ,  $p < 0,05$ ). Експертна оцінка розробленої моделі МЧСП виділила її переваги, порівняно з існуючими комунальними стоматологічними закладами, підтвердила її прогнозу медико-соціальну і соціально-економічну ефективність та доцільність для удосконалення комунальних систем стоматологічної допомоги у великих містах України. Таким чином, науково обґрунтована на засадах системного підходу та аналізу методологія реструктуризації комунальної системи стоматологічної допомоги для сучасних економічних умов забезпечила розробку сучасної моделі об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки, яка працює на засадах державно-приватного партнерства та здатна забезпечити підвищення ефективності виробничої діяльності та якості стоматологічних послуг.

## ВИСНОВКИ

1. Для забезпечення ефективного лікування запально-деструктивних захворювань тканин пародонта розроблено алгоритм індивідуалізованого підходу до лікування, що включає виділення збудника, його ідентифікацію, встановлення антибіотикочутливості, нормалізація мікробіому порожнини рота та контроль лікування.

2. В ході проведеного клінічного дослідження встановлено переважаючу успішність лікування усіх форм важкості (легкої, середньої, важкої) хронічного пародонтиту при реалізації підходів персоналізованої медицини в стоматології, що за усіма досліджуваними показниками (відновлення пародонтального прикріплення до  $2,2-5,1 \pm 0,6$  мм, глибини пародонтальних кишень до  $1,5-4,7 \pm 0,4$  мм та рівня кровоточивості до  $10,0-18,9 \pm 2,1\%$ ) статистично відрізнялася від того рівня успішності, якого вдалось досягнути із використанням лише базової пародонтальної терапії ( $p \leq 0,05$ ) чи при її супроводі емпіричною антибіотикотерапією ( $p \leq 0,05$ ).

3. Доведено, що реструктуризація медичних закладів за рахунок впровадження ефективного менеджменту та інноваційних методів персоналізованої медицини шляхом нормалізації мікробіому ротової порожнини при використанні про- та пребіотиків сприяє підвищенню показників клінічної та фінансової ефективності комплексного лікування патологій тканин пародонту на  $60,1-62,3\%$ .

4. Результати вивчення антибіотикочутливості довели, що із 133 ізолятів 50% є резистентними до амоксицилін/клавулонату; 80% - до цефалоспоринів I покоління; 60% до цефтріаксону, 53% до цефуроксиму; 90% до цефоперазону/сульбактаму. Лише 15% були чутливими до азитроміцину, 20% помірно чутливими та 60% резистентними; до напівсинтетичних макролідів (klarитроміцину), були чутливими 30% культур. 70% всіх ізолятів були чутливими до фторхінолонів, зокрема до фторхінолонів II покоління - офлоксацину - 40%, норфлуксацину - 66%, ломефлуксацину - 30%;

ципрофлоксацину - 67%; III покоління – левофлоксацину - 72%, до фторхінолонів IV покоління (гатіфлоксацину) - 80%. Умовно-патогенні мікроорганізми були у чутливими до кабопенемів: 70% до меропенему та 50% до іміпенему.

5. Системний аналіз наукових праць за темою дослідження засвідчив, що у країнах далекого і ближнього зарубіжжя існують різні моделі надання стоматологічної допомоги, але найбільш перспективним для України напрямком удосконалення організації стоматологічної допомоги у сучасних економічних умовах є реструктуризація стоматологічних структур на принципах державно-приватного партнерства.

6. Встановлено, що протягом 2009-2013 рр. мережа стоматологічних закладів та відділень (кабінетів) системи ДОЗ м. Києва скоротилась на 63,7%, а приватних - зросла на 31,7%. У той же час стоматологічні заклади системи ДОЗ м. Києва продовжують приймати більшу частку стоматологічних пацієнтів (85% відвідувань до лікарів - стоматологів припадає на даний тип стоматологічних закладів). Показано, що на фоні стабільного кадрового забезпечення стоматологічної служби у м. Києві знизилась функція лікарської посади та кількість відвідувань до лікарів-стоматологів. Так у розрахунку на одну дитину, кількість відвідувань скоротилась з 2,2 у 2006 р. до 2,0 у 2013р. , у розрахунку на одного дорослого жителя столиці - з 2,2 до 0,8 і становила 88,9% від рівня показника в Україні (0,9).

7. Доведено, що стоматологічні заклади системи ДОЗ м. Києва не забезпечують населення столиці достатніми обсягами профілактичної допомоги. Аналіз показників планових оглядів та планової санації ротової порожнини у дітей засвідчив тенденцію до скорочення протягом 2006-2013 рр. обсягів профілактичної роботи серед дитячого населення столиці. Питома вага оглянутих у порядку планової санації серед дитячого населення скоротилась з 87,4% до 82, 4 %; питома вага санованих при плановій санації - з 81,6 до 69,5% (до кількості дітей, що її потребують); а санованих планово і за зверненнями - з 48,7 до 38,4% (до всього дитячого населення). Встановлено, що у 2013 р. планово

оглянуто стоматологами лише третину (34, 4%) дорослих киян, а серед оглянутих - 81,3% вимагали санації. Частка планово оглянутих, порівняно із 2006 р. скоротилась на 10,4%, а потреба у санації зросла на 19,4%. Протягом 2006-2013 рр. питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 70,3-75,4%. Частка планово санованих серед дорослого населення скоротилась, порівняно із 2006 р. , на 5,7% і у 2013 році становила 21,1%.

8. Порівняльний аналіз результатів соціологічного опитування пацієнтів, комунальних (809 респондентів) та приватних стоматологічних закладів (486 респондентів) у м. Києві, засвідчив, що результатами лікування у комунальних закладах задоволені  $45,1 \pm 1,7\%$ , а у приватних -  $78,1 \pm 1,9\%$  респондентів ( $p < 0,05$ ), рівнем сервісу  $28,2 \pm 1,6\%$  та  $86,8 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,05$ ), відповідно.  $41,8 \pm 1,7\%$  пацієнтів комунальних закладів не задовольняло забезпечення лікувальним і діагностичним устаткуванням, пломбувальними матеріалами. На думку  $62,7 \pm 1,7\%$  респондентів у комунальних закладах та  $7,1 \pm 1,2\%$  у приватних ( $p < 0,05$ ), рівень ціни на стоматологічні послуги не відповідає якості послуг і обсягу допомоги. За отриману стоматологічну допомогу пацієнти комунальних стоматологічних поліклінік оплачували у  $89,9 \pm 1,1\%$  випадків.

9. За результатами соціологічного дослідження серед лікарів-стоматологів комунальних стоматологічних поліклінік із усіх регіонів України (509 респондентів), основними проблемами організації стоматологічної допомоги населенню є незадовільна система фінансування ( $76,8 \pm 1,9\%$ ), застаріла матеріально - технічна база ( $68,8 \pm 2,1\%$ ), низький рівень оплати праці персоналу ( $91,9 \pm 1,2\%$ ), відсутність стимулів до поліпшення якості роботи ( $82,9 \pm 1,7\%$ ).  $67 \pm 2,1\%$  респондентів відмітили відсутність відповідної законодавчої бази, а  $88,6 \pm 1,4\%$  - неадаптованість муніципальних стоматологічних закладів до роботи у ринкових умовах. Лікарі-стоматологи відмітили, що у комунальних стоматологічних закладах не розробляються стратегічні плани роботи закладу ( $65,0 \pm 2,1\%$ ); не здійснюється аналіз економічної ефективності діяльності закладу ( $76,4 \pm 1,9\%$ ); не проводиться аналіз потреб пацієнтів ( $65,4 \pm 2,1\%$ ); не складаються

«маршрути» руху пацієнтів у закладі ( $60,1 \pm 2,2\%$ ); незадовільним є рівень сервісу пацієнтів ( $51,7 \pm 2,2\%$ ).

10. Результати соціологічного опитування 416 керівників стоматологічних поліклінік та завідувачів стоматологічних відділень із усіх регіонів України засвідчили, що стоматологічні заклади не адаптовані до роботи у нових економічних умовах ( $66,1 \pm 2,3\%$ ), а їх матеріально-технічне оснащення ( $54,6 \pm 2,4\%$ ) та система фінансування ( $90,1 \pm 1,5\%$ ) є незадовільними.  $80,3 \pm 2,0\%$  керівників вважають за необхідне розширення їх юридичних і господарських прав;  $70,4 \pm 2,2\%$  - трансформацію частини державних стоматологічних закладів у таку господарсько-правову форму, яка дозволяє залучення приватного капіталу (державно – приватне партнерство);  $69,2 \pm 2,3\%$  - підтримали перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати наданих за договорами обсягів стоматологічної допомоги;  $61,5 \pm 2,4\%$  - розробку і запровадження державних гарантій безоплатної стоматологічної допомоги; а  $51,9 \pm 2,4\%$  - пропонують запровадити прийом на роботу медичних працівників за контрактом.

11. Результати комплексного медико-соціального аналізу засвідчили, що існуюча система надання стоматологічної допомоги у комунальних закладах не відповідає сучасним потребам населення, має незадовільне фінансування, матеріально-технічне забезпечення та умови праці лікарів-стоматологів. Виявлені недоліки в організації комунальних систем стоматологічної допомоги обумовили необхідність обґрунтування концептуальних напрямів, методології їх реструктуризації та розробки нової моделі стоматологічної поліклініки на принципах ДПП, в основі яких лежить методологія системного підходу і діалектичних принципів аналізу, яка дозволила визначити інструмент соціально-економічного розвитку системи, її організаційно-правову структуру, виробничий і соціально-організаційний комплекс.

12. Розроблена модель об'єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки на принципах ДПП є самоврядним, господарсько і юридично самостійним суб'єктом медичної діяльності; інтегрує два різнопланових

(функціонально і організаційно) лікувально-профілактичних відділення, кожне з яких орієнтоване на свого споживача послуг; працює за бригадно-етапним алгоритмом стоматологічного бізнес-процесу в обслуговуванні пацієнтів; забезпечує підтримку стоматологічного здоров'я всіх верств населення.

13. Розроблені механізми та технологія ефективного управління сучасною моделлю комунальної стоматологічної поліклініки на принципах ДПП, які включають: стратегічні напрями оптимізації управління, комплекс економічних завдань, які вирішуються менеджерами в МПСП, порядок фінансового планування та управління використанням ресурсів, механізми реалізації стратегії оптимізації управління за напрямами: організаційно-правовим, економічним, структурно – технологічним та ресурсним, мотиваційним та управління науково-технічною інформацією.

14. Основними перевагами розробленої моделі та механізмів управління нею (за результатами експертної оцінки) є об'єднання у юридично і господарсько самостійній моделі КПСП державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом на принципах ДПП, при збереженні власності держави на стоматологічний об'єкт і впровадженні в практичну діяльність найбільш перспективних економічних технологій бізнес-процесу ( $9,60 \pm 0,09$  балів за десятибальною шкалою); структурна інтеграція у моделі КПСП двох відділень, комунального (державного) та приватного, при об'єднанні яких створюється можливість підвищити ефективність господарської діяльності, оптимізувати витрати, поліпшити якість і доступність стоматологічних послуг ( $9,67 \pm 0,09$  балів); забезпечення економічної ефективності моделі КПСП за рахунок переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення ( $9,73 \pm 0,08$  балів); забезпечення медичної ефективності моделі за рахунок розробки алгоритму стоматологічної допомоги з бригадно-етапним принципом обслуговування ( $9,70 \pm 0,09$  балів); використання принципу оплати конкретних обсягів стоматологічної допомоги за договорами на основі територіальних заявок ( $9,44 \pm 0,09$  балів); запровадження ефективних механізмів менеджменту у КПСП ( $9,40 \pm 0,12$  балів).

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендовано до застосування в практичній охороні здоров'я з метою забезпечення ефективного лікування запально-деструктивних захворювань тканин пародонта рекомендовано розроблено алгоритм індивідуалізованого підходу до лікування, що включає виділення збудника, його ідентифікацію, встановлення антибіотикочутливості, нормалізація мікробіому порожнини рота та контроль лікування.

Для досягнення довготривалої повної успішної реабілітації пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта та змінами мікробного пейзажу порожнини рота рекомендовано застосування створеної модифікованої моделі аналізу змін мікробних асоціацій ротової порожнини у структурі лікувально-діагностичного комплексу, яка враховує індивідуальні умови кожної окремої клінічної ситуації.

Для оцінки прогнозованої ефективності лікування із врахуванням чутливості складових мікробних асоціацій до дії використовуваних антибактеріальних та антисептичних середників рекомендовано застосування розробленого поліноміального рівняння, використання якого сприяє індивідуалізовано-направленої корекції медикаментозного лікування з метою досягнення організації мікрофлори ротової порожнини характерного для стану норми.

Одержані у ході наукового дослідження результати, а саме, обґрунтована методологія реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги та розроблена вітчизняна модель об'єднаної муніципально-приватної стоматологічної поліклініки дозволяють рекомендувати департаментам охорони здоров'я міських державних адміністрацій:

- 1) здійснювати реструктуризацію муніципальної системи стоматологічної допомоги на принципах ДПП;
- 2) при вирішенні завдання оптимізації муніципальної системи стоматологічної допомоги:

- врахувати особливості розвитку державно-приватного партнерства у системі охорони здоров'я України;

- у ході реструктуризації забезпечити удосконалення фінансово - економічних засад діяльності закладів муніципальної системи стоматологічної допомоги;

3) з метою підвищення показників клінічної ефективності та фінансової доцільності лікування захворювань пародонту забезпечувати впровадження принципів персоніфікованої медицини у структуру протоколів надання стоматологічної допомоги

Науково обґрунтована та позитивно оцінена експертами розроблена модель МПСП та механізми управління нею можуть бути рекомендованими для удосконалення муніципальних систем охорони стоматологічного здоров'я України в умовах їх реформування.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абакаров С. И. Функционирование и финансирование стоматологической службы – два взаимосвязанных механизма её существования в период рыночных отношений / С. И. Абакаров [и др. ] // Институт стоматологии. – 2011. – Т. 4, № 53. – С. 12-13.
2. Авакумов А. А. Проектирование моделей государственно-частного партнерства в реализации инновационной деятельности. /А. А. Аввакумов // Государственно - частное партнерство. - 2015. - Том 2- № 2. - с. 61-74
3. Айрапетян С. М. Обеспечение безопасности пациентов в стоматологической практике: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед наук: спец. 14. 00. 01/ С. М. Айрапетян - Москва, 2011. - 23 с.
4. Актуальные вопросы и перспективы развития частной медицины в Украине/ 2-я Специализированная конференция "Частная медицина в Украине-2012" // Укр. мед. часопис. – 2012. - №6. - С. 16-20.
5. Алимова МЯ, Максимовская ЛН, Персин ЛС, Янушевич ОО. Стоматология: международная классификация болезней: клиническая характеристика нозологических форм. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 203 с.
6. Алимский А. В. Предлагаемая модель организации стоматологической помощи населению Российской Федерации. /А. В. Алимский// Экономика и менеджмент в стоматологии. -2010. - №1(30). - С. 44-50.
7. Алпатов А. Государственно-частное партнерство. Механизмы реализации /А. Алпатов, А. Пушкин, Р. Джапаридзе// Изд. Альпина Паблишер - 2010 -200 с.
8. Амоша О. І. Удосконалення системи управління інноваціями як умова прискорення структурних реформ в Україні / О. І. Амоша, А. І. Землянкін, І. Ю. Підоричева // Економіка України. - 2015. - № 9. - С. 49-65. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/EkUk\\_2015](http://nbuv.gov.ua/UJRN/EkUk_2015).

9. Андреева О. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / О. В. Андреева А. А. Саитгареева, О. А Волкова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 4. – С. 61–68.

10. Андрианов В. Новая архитектура глобальной финансовой и экономической системы: возможные контуры /В. Андрианов //Проблемы теории и практики управления. - 2011. - № 9. - С. 8-15.

11. Антонюк С. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги)/ С. Антонюк, Я. Радиш // Вісник НАДУ. - 2015. - №2. - С. 147 – 152.

12. Афанасьев А. В. Источники финансирования стоматологических поликлиник различных форм собственности // Современные технологии в профилактической и клинической медицине. Материалы межinst. научной конференции, посвященной 65-летию Победы в Великой Отечественной войне. – Москва, 2010. - С. 64-66.

13. Ахметов Е. М. Работа частной стоматологической компании в системе государственного заказа: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед наук: спец. 14. 00. 21/ Е. М. Ахметов. - М, 2010. – 24 с.

14. Бедрик І. О. Правова грамотність лікарів-стоматологів - важлива складова системи управління якістю надання стоматологічних послуг (за матеріалами російських дослідників) / І. О. Бедрик, Л. Я. Радиш // Економіка та держава. - 2008. - № 3. - С. 87 - 89.

15. Бедрик І. О. Приватна стоматологічна практика - важлива складова системи охорони здоров'я України (до проблеми державного управління охороною здоров'я) // І. О. Бедрик /Україна. Здоров'я нації. - 2008. -№ 1 (5). - С. 87 - 91.

16. Белоклицкая Г, Копчак О, Ашеренкова О, Турянская Н, Мирза В, Митянская Е. Европейский день здоровых десен в Украине ДентАтр. 2017;(4):42-6.

17. Белоклицкая Г.Ф. Изменения цитокинового профиля у пациентов с заболеваниями пародонта/ Г.Ф.Белоклицкая, О.В.Копчак, А.М. Воробьева // *Stomatologia wspolczesna*. - 2016. № 1.- Р. 10-14..

18. Белоклицкая ГФ, Копчак ОВ. Новые механизмы патогенеза генерализованного пародонтита при кардиоваскулярной патологии. *Стоматология. Эстетика. Инновации*. 2017;1(1):22-31. 298

19. Беске Ф. Здравоохранение Германии: система достижения — перспективы развития: Пер. с нем. / Ф. Беске, И. Халлауер; науч. ред. О. П. Щепина. -М. : Лабпресс", 2005. - 288 с.

20. Біда В. І. Клінічна ефективність використання різних видів шинуючих конструкцій у пацієнтів із генералізованим пародонтитом III ступеня тяжкості / В. І. Біда, П. О. Гурин, Г. І. В'юн // *Клінічна стоматологія*. - Тернопіль, 2018. - № 2. - С. 58-63.

21. Білоклицька Г. Ф. Моніторинг інноваційного забезпечення за напрямом «стоматологія» у сфері охорони здоров'я України за 2009– 2014 роки / Г. Ф. Білоклицька, А. Є. Горбань, Л. І. Закрутько [та ін.] // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2015. – № 3 (65). – С. 49–53.

22. Боднева С. Л. Государственно-частное партнерство как эффективный путь развития стоматологии в новых социально-экономических условиях /С. Л. Боднева, В. С. Сирунянц, И. В. Сирунянц // *Экономика и менеджмент в стоматологии*. - 2008. - №2(25). - С. 18-26.

23. Бойко В. В. Организационный менеджмент как «Слабое звено» / В. В. Бойко// *Экономика и Менеджмент в Стоматологии* - 2011. № 1 (33) - С. 7-9.

24. Бойко А. Державно-приватне партнерство: світовий досвід, перспективи реалізації в Україні. / Бойко А. // *Юридична газета*. - 2013. - № 22. С. 42 - 43. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www. interlegal. com. ua/ corporate? p=383](http://www.interlegal.com.ua/corporate?p=383)

25. Бойко Ю. П. Правовое регулирование отношений в здравоохранении / Ю. П. Бойко // *Главврач* . - 2010. - №2. - С. 5.

26. Борисенко АВ, Антоненко МЮ, Сідельнікова ЛФ. Практична пародонтологія//Київ - 2011.- 469 с.
27. Борисенко АВ. Заболевания пародонта: учеб. пособ. Киев: Медицина; 2013. 455 с.
28. Борисенко О. В. Оценка эффективности методом скрининга / О. В. Борисенко // Заместитель главного врача. – 2011. - № 3. – С. 22-28.
29. Борисов К. Н. Население Дании демонстрирует полное удовлетворение сложившейся системой медицинского обслуживания /К. Н. Борисов, В. А. Алексеев, И. С. Шурандина // Международное здравоохранение. - 2011. -Том 2. - С. 178-183.
30. Борщевский Г. А. Государственно - частное партнерство /Г. А. Борщевский. – Москва: Юрайт, 2016 - 346 с.
31. Брагинский М. И. Договорное право/М. И. Брагинский, В. В. Витрянский. – Москва, 2012. – 30 с.
32. Брескина Т. Н. Технология самооценки в системе управления качеством медицинской помощи / Т. Н. Брескина [и др. ] // Заместитель главного врача. – 2011. - № 1. – С. 44-56.
33. Бугорков И.В. Удовлетворенность населения качеством и ассортиментом стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1. – С. 70–74.
34. Бугорков І. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14. 02. 03. "Соціальна медицина"/ І. В. Бугорков. – Київ, 2013. – 38 с.
35. Буртова Ю. О. Оптимізація системи організації надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в сучасних умовах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14. 02. 03. "Соціальна медицина"/ Ю. О. Буртова. – Київ, 2007. – 26 с.
36. Бутова В. Г. Нормативы затрат на стоматологические услуги, оказываемые по программе обязательного медицинского страхования

различным возрастным группам населения / В. Г. Бутова, М. З. Каплан, Али М. Мальгасов и др. // Экономика здравоохранения. – 2008. - № 4. - С. 22-26.

37. Вагнер В. Д. Штатные нормативы в стоматологии. Анализ нормативных документов // В. Д. Вагнер, И. В. Павленко, И. А. и др. / Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2009. - № 2. – С. 23-28.

38. Варнавский В. Г. Новая концепция государственно-частного партнерства в Великобритании. [Текст] /В. Г. Варнавский // Мировая экономика и международные отношения. - 2014. - № 8. - С. 67-75.

39. Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт / В. Г. Варнавский // Управление здравоохранением. - 2010. - №1. - С. 9 - 16.

40. Варнавский В. Г. Основы государственно-частного партнерства (теория, методология, практика) / В. Варнавский, А. Зельднер, В. Мочальников, С. Сильвестров.// - Москва :Анkil, 2015. - 252 с.

41. Васильев К.К. И.А.Петровский и внедрение качественного подхода в клиническую медицину/ К.К.Васильев, Ю.К.Васильев // Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины. – 2019- №1. – С.99-102.

42. Васильев К.К. К вопросу о генезисе отечественного научного сообщества социальных гигиенистов/ К.К.Васильев, Ю.К.Васильев // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. - № 1 (26). – С. 56-57.

43. Васильев К.К. Социальный гигиенист Соломон Соломонович Каган (1894-1965) / К.К.Васильев, Ю.К.Васильев //Україна. Здоров'я нації. – 2018.- № 4/1 (53). – С. 135-141

44. Вахненко О. М. Аналіз ресурсного забезпечення стоматологічної служби в Україні / О. М. Вахненко // Соврем. стоматология. – 2011. – № 3. – С. 172–176.

45. Вахненко О. М. Аналіз стану нормативної бази, що регулює надання стоматологічної допомоги населенню України/ О. М. Вахненко// Современная стоматология. - 2006. - №4. - С. 145-147.

46. Вахненко, О. М. Медико-соціальне обґрунтування концепції оптимізації стоматологічної допомоги населенню України: автореф. дис. канд. мед. наук: 14. 02. 03 "Соціальна медицина"/ О. М. Вахненко. Київ, 2012. - 19 с.

47. Викторов В. Н. Развитие стоматологической службы за рубежом (обзор литературы)/ В. Н. Викторов, Н. Е. Козлова, Т. Г. Денисова // Здравоохранение Чувашии. – 2013. - Выпуск №3 – С. 17-21.

48. Воевода О. П. Сьогодення державної стоматологічної служби: стан і перспективи /О. П. Воевода, В. М. Хомишин //Современная стоматология. - 2006. - №4. - С. 143-147.

49. Возна І.В. Ступінь інформованості молодого населення Запорізької області щодо правил гігієни порожнини рота. Клінічна Стоматологія. - №1. Тернопіль. - 2014. - С. 33 – 34.

50. Возный А. В. Оценка кадрового потенциала стоматологической ортопедической службы юга Тюменской области средствами АИС «Кадровый потенциал» / А. В. Возный, А. Г. Санников, Д. Б. Егоров //Проблемы управления здравоохранением. – 2008. - №1. - С. 46-50.

51. Возный О.В. Изучение информированности населения промышленного региона (на примере г. Запорожья) о правилах и средствах индивидуальной гигиены полости рта при наличии ортопедических конструкций. / А.В. Возный, И.В. Возная, В.В. Чернявский // Материалы 11 международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье». Казахстан. Семей. – 2013. - С. 87-88.

52. Волкова Е М. Совершенствование механизма государственно-частного партнерства при реализации социально-значимых проектов : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед наук: спец. 08. 00. 01. / Е М. Волкова. - Москва, 2013. - 25 с.

53. Волосовець Т.М. Удосконалення засвоєння практичних навичок та методик лікарями-інтернами за спеціальністю «стоматологія» - важлива складова формування майбутнього спеціаліста. / Т.М. Волосовець, О. М. Дорошенко, Н. О. Бакшутова, М. О. Павленко, М. В. Дорошенко // Проблеми безперервної

медичної освіти та науки. 2014. -№2 С. 11-13

54. Вороненко Ю. В. Запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства / Ю. В. Вороненко, А.В. Скороход – К. : Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, , 2014,- № 2 С. 79-83

55. Вороненко Ю. В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник/ Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко. – К. : Міжрегіональний видавничий центр „Медінформ”, 2011. – 499 с.

56. Вощина Е. И. Роль некоторых маркетинговых параметров в работе стоматологических организаций разных форм собственности в современных условиях / Е. И. Вощина, О. О. Янушевич, В. М. Гринин //Стоматология для всех. – 2009. - №3. - С. 36-39.

57. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения/ А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др. – М. , 2009. - 664 с.

58. Габуева Л. А. Методическое обеспечение бизнес-планирования деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях/ Л. А. Габуева, Н. Д. Захарченко, С. А. Киреев // Главврач. - 2009. –№ 9. - С. 8-18.

59. Габуева Л. А. Основные подходы к развитию государственно-частного партнерства в региональных программах здравоохранения / Л. А. Габуева, А. А. Алмазов // Здравоохранение: журн. рабочих ситуаций гл. врача. – 2014. – № 7. – С. 36–42.

60. Гавва О. В. Створення комунального підприємства в галузі охорони здоров'я України/ О. В. Гавва // Главный врач. - 2009. - № 3. - С. 31-33.

61. Гаврилюк О.Ф. Медико-соціальне обґрунтування медичної допомоги населенню сільського району в умовах впровадження сімейної медицини: автореф. дис.....к.мед.н./О.Ф.Гаврилюк - Київ, 2010, - 21с.

62. Гавриш Т. Государственно-частное партнерство в Украине. новые условия инвестирования. /Татьяна Гавриш// August 2016 Issue of the CEE Legal Matters [Электронный ресурс] <http://www.ilf-ua.com/ru/publications/articles/public-private-partnership-in-ukrainenewinvestmentenvironment/>

63. Генералізований пародонтит / Т. Д. Заболотний, А. В. Борисенко, А. В. Марков, І. В. Шилівський. – Львів : Галдент, 2011. – 240 с.
64. Глазунов О. А. Влияние профессиональных заболеваний и длительности работы на стоматологический статус рабочих горнорудного производства / О. А. Глазунов, К. М. Косенко, О. В. Деньга, Е. М. Деньга // Вісник стоматології. – 2013. - №1. – С. 36-40.
65. Глинська О. В. Територіальна громада як суб'єкт права комунальної власності // Форум права. - 2012. № 2. - С. 120–125.
66. Гойда Н. Г. Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2/3. – С. 68–71
67. Гойда Н. Г. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України/ Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь, В. В. Вороненко // Запорожский медицинский журнал. - 2013. - №5. - С. 104-108.
68. Голубчиков М. В. Основні напрями реформування дитячої стоматологічної служби /М. В. Голубчиков, О. А. Канюра, Н. О. Савичук. // К. - 2010 -112с.
69. Голубчиков М.В. Аналіз обсягів стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва у 2006-2010 рр./ М.В. Голубчиков, О.В. Савчук //Україна. Здоров'я нації. – 2011. – №3 (19). – С.43-45.
70. Горачук В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги / Горачук В. В. //: автореферат дис. докт. мед. наук. спец. 14. 02. 03 - соціальна медицина. Київ -2015, - 425 с.
71. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / В.В.Горачук. – Київ, 2015. – 44 с.
72. Горожанкіна М. Є. Державно-приватне партнерство: сучасна модель інтеграції інтересів / М. Є. Горожанкіна // Наук. вісник НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21. – С. 176–183

73. Горчакова Е.В. Особенности теории государственно-частного партнерства / Е. В. Горчакова // Российское предпринимательство. 2014. — №3. — С. 25-33

74. Государственно-частное партнерство как способ развития отечественного здравоохранения // Республиканская общественно-политическая газета (Республика Казахстан). - 23. 12. 2015. - Режим доступа: [http://liter.kz/ru/articles/show/15324 - gosudarstvenno - chastnoe\\_partn\\_rstvo\\_kak\\_sposob\\_razvitiya\\_otchestvennogo\\_zdravooohraneniya](http://liter.kz/ru/articles/show/15324-gosudarstvenno-chastnoe-partn-rstvo-kak-sposob-razvitiya-otchestvennogo-zdravooohraneniya).

75. Гринин В. М. Основные социально-демографические особенности стоматологической обращаемости в государственные и частные лечебные учреждения в современных условиях/ В. М. Гринин, А. Э. Лезгишвили, А. В. Кузьмина, Н. К. Кузнецова, А. В. Плиев //Dental forum. - 2009. - №3 (31). - С. 54-57.

76. Гринин В. М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи / В. М. Гринин, О. О. Янушевич // Российская стоматология. – 2009. – № 1. – С. 5-8.

77. Гришина Н. К. Социологический мониторинг в информационном обеспечении управления здравоохранением/ Н. К Гришина //Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. - №4 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/248/30/>

78. Грудянов А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов. – М.:Медицинское информационное агентство, 2009 – 384 с.

79. Груздева А.А. Вплив виробничих факторів залізорудного виробництва на тканини пародонту / А.А. Груздева // Вісник стоматології. – 2015. - №1. – С. 39-41.

80. Грузева Т. С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14. 02. 03. "Соціальна медицина"/ Т. С. Грузева. - Київ, 2004. - 35 с.

81. Давыдова С. В. Организация оценки качества стоматологической помощи населению / С. В. Давыдова. - М. , 2009. - 139 с.
82. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко. – К. : Здоров'я, 2000. – 464 с.
83. Даценко С. О. Стоматология как перспективная медицинская отрасль для развития саморегулирования в здравоохранении / С. О. Даценко, И. С. Кицул, Д. В. Пивень // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2011. – Т. 102, № 3. – С. 100-102.
84. Дашиева Э.А. О возможности применения механизма ГЧП в качестве меры антикризисного государственного управления. /Э.А. Дашиева, И.А Шаралдаева //Российское предпринимательство. - 2014. - № 24 (270), 37-52.
85. Дашкова Е. С. Особенности корпоративной культуры в организациях системы здравоохранении // Вестник ВГУ. - 2016. - №1. - С. 68-74.
86. Денисова Е. И. Организация стоматологической помощи в России/ Е. И. Денисова. – М. , 2014. - 239 с.
87. Державно-приватне партнерство: МОЗ України провело нараду з питань його впровадження у сфері охорони здоров'я / Матеріали Круглого столу з міжнародною участю «Актуальні питання міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я» м. Київ, 17 грудня 2015 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/338281>.
88. Деньга О.В. Стоматологічний статус робітників металургійного виробництва / О.В. Деньга, А.В. Гавріщук // «Інновації в стоматології». – 2014. - № 1. - С. 92-95.
89. Діасамідзе Е. Д. Нова концепція зміни структури надання стоматологічної допомоги під час реалізації медичної реформи // Е. Д. Діасамідзе, К. В. Жуков, Б. А. Рогожин./ - Проблеми безперервної медичної освіти та науки. Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. - Х. : ХМАПО, 2017 г. № 3. С.6-10.

90. Дмитрик Е. Государственно-частное партнерство. Украина. Газета Аптека № 33 (1104) 28 августа 2017 г. / Е. Дмитрик // Режим допуска: <http://www.apteka.ua/article/423444>
91. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и система здравоохранения. – ВОЗ, 2010. - 218 с.
92. Друкер П. Друкер на каждый день. 366 советов успешному менеджеру /П. Друкер. , Дж. Макъярелло. - Изд. Манн, Иванов и Фарбер, Эксмо, 2013. -432с.
93. Дудник С.В. Наукове обґрунтування медико-соціальної профілактики смертності чоловіків працездатного віку у великому промисловому регіоні: автореф. дис.....к.мед.н./С.В.Дудник - Харків, 2013, - 24с.
94. Дьяченко В. Г. Введение в общую врачебную практику в стоматологии / В. Г. Дьяченко, С. А. Галёса, М. Т. Пьетрок, И. В. Павленко. - Изд. ДВГМУ, 2009. - 316 с.
95. Европейские цели стоматологического здоровья к 2020 г. Документ ВОЗ. - HVR QCD ORH, 2009. - 14с.
96. Ельсиновская С. О. Продвижение платных медицинских услуг: инструменты, которые работают / С. О. Ельсиновская // Здравоохранение: журн. рабочих ситуаций гл. врача. – 2016. – № 5. – С. 28–35.
97. Ермакова С. Э. Инновационные методы управления в здравоохранении на основе процессных технологий /С. Э. Ермакова // Актуальные проблемы преодоления кризиса: национальные и региональные проблемы. - Санкт-Петербург: НПК «РОСТ», 2010. - С -345-350.
98. Ермакова С. Э. Процессный менеджмент в здравоохранении /С. Э. Ермакова //Аспирантский вестник Поволжья – 2010. - №3-4. - С. 29-35.
99. Ермакова С. Э. Формирование и развитие процессно-ориентированного управления в медицинских организациях: автореф. дисс. на соискание ученой степени докт. экон. наук: спец. 08. 00. 05. /С. Э. Ермакова. - Москва, 2011. – 35 с.

100. Ерохина Н. И. Анализ распространенности патологии пародонта среди пациентов, обратившихся в муниципальную стоматологическую поликлинику /Н. И. Ерохина //Пародонтология. - 2006. - № 3. (40). - С. 6-9.

101. Єлісеєва Л. В. Муніципальна власність: економічний зміст та перспективи її трансформації в Україні в контексті світового досвіду / Л. В. Єлісеєва // Ефективна економіка. – 2012. - № 8. [Електронний ресурс] - Режим доступу:[http://www. economy. nauka. com. ua/?op =1&z =1317](http://www.economy. nauka. com. ua/?op =1&z =1317)

102. Жабский В. Государственно-частное партнерство: правила игры меняются /Владислав Жабский// ЮРЛІГА. 2016 - [Электронный ресурс] <http://jurliga. ligazakon. ua/news /2016/ 7/5/147643. htm>.

103. Жаліло Л. І. Розвиток державної політики зі збереженням трудового потенціалу в Україні відповідно до стандартів Європейського Союзу/ Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, Н. Д. Солоненко // Головна медична сестра. - 2009. - № 1. - С. 17-18.

104. Заворотченко И. А. Саморегулируемые организации за рубежом / И. А. Заворотченко // Журнал российского права. – 2007. - № 8. - С. 7-11.

105. Загорна Т.О. Формування бізнес-моделі підприємства : навчальний посібник / Т.О. Загорна, А.О. Коломицева. – Донецьк: СПД Купріянов. – 2011.-.405 с.

106. Загородній С.М. Медико-соціальне обґрунтування системи збереження психічного здоров'я сільського населення: автореф. дис.....к.мед.н./С.М.Загородній - Київ, 2015, - 24с.

107. Закон України «Про державно - приватне партнерство» від 01. 07. 2010р. № 2404-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://search. ligazakon. ua>.

108. Закон України № 2801-XII від 19. 11. 1992 р. "Основи законодавства України про охорону здоров'я" // Стоматологія: Нормативне виробничо-практичне видання. - К. : МНІАЦ медичної статистики: МВЦ "Медінформ", 2004. - С. 7 – 20.

109. Закон України від 24. 11. 2015 № 817-VIII « Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 10, ст. 97) Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/817-19>.

110. Запатріна І. В. Публічно-приватне партнерство в Україні: перспективи застосування для реалізації інфраструктурних проєктів і надання публічних послуг / І. В. Запатріна // Економіка і прогнозування. - 2010. - № 4. - С. 62-86

111. Запорожец С. Проблемы реализации государственно-частного партнерства в Украине на уровне города. /С. Запорожец //Правовой международный журнал «Legea si Viata» - 2015-№4/2 С. 31-34120.

112. Збірник загальних нормативно-правових положень з ортопедичної стоматології і зуботехнічного виробництва / За ред.. проф.. В. А. Лабунця.//Одеса-Черкаси, 2015 р.- 971 с.

113. Зельднер А. Г. Правовые проблемы развития государственно-частного партнерства / А. Г. Зельднер // Вопросы экономики и права. 2011. №1. С. 7-11.

114. Зиновьева Е. Н. Автономные учреждения в стоматологии: первый опыт, первые итоги / Е. Н. Зиновьева // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2011. – № 3. – С. 53-55.

115. Зинчук Ю. Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи для пациента, учреждения и органа управления здравоохранением / Ю. Ю. Зинчук // Главный врач. - 2011. - № 2. – С. 29 -34.

116. Золотарьова Ж.М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги: автореф. дис.....к.мед.н./Ж.М. Золотарьова - Київ, 2015, - 26 с.

117. Игнатюк Н. А. Государственно-частное партнерство / Н. А. Игнатюк. - Юстицинформ, 2012. - 490 с.

118. Исправникова Н. Р. Частно - государственное партнерство в России: пути становления /Н. Р. Исправникова// Экономические науки современной России. - 2008. - №9. - С. 212.

119. Індекс здоров'я. Україна – 2016. Результати загальнонаціонального дослідження. – Київ, 2016. – 165 с.

120. Йескомб Е. Р. Государственно - частное партнерство: Основные принципы финансирования / Е. Р. Йескомб. - Изд. Альпина Паблишер, 2015 - 457 с.

121. Кадыров Ф. Н. Оптимизация расходов на оплату труда в учреждениях здравоохранения как элемент антикризисных мероприятий / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2009. - № 3. – С. 16-21.

122. Калининская А. А. Оценка организации стоматологической помощи и профилактическая работа в стоматологии: методические рекомендации / А. А. Калининская, Б. В. Трифонов, А. Н. Злобин, и др. - М. , ГОУ ВПО МГМСУ, ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», 2008. - 27 с.

123. Камалов Р. Х. Менеджмент в стоматології: теорія і практика/ Р. Х. Качалов, Л. Я. Радиш, В. В. Гакало// Лікарська справа. – 2007. - № 7. – С. 97-106.

124. Канукоева Е. Ю. Медико-организационная характеристика врачебного состава стоматологического учреждения и потребность в их последипломном обучении: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед наук: спец 14. 00. 21 и 14. 00. 33. / Е. Ю. Канукоева. – Москва, 2008. - 27с.

125. Каплан М. З. Анализ показателей финансового состояния стоматологической организации /М. З. Каплан, В. Г. Бутова, А. М. Мальгасов // Экономика здравоохранения. – 2008. - № 1. - С. 32-35.

126. Каплан М. З. Совершенствование организации стоматологической помощи населению на основе системы сбалансированных показателей: автореф. дисс. на соискание ученой степени докт. мед наук: спец. 14. 00. 33. «Общественное здоровье и здравоохранение»/ М. З. Каплан. - М. , 2007. – 49 с.

127. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: [Моногр. ] / Д. В. Карамишев. - Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2006. - 304 с.
128. Кирченко К. Г. Становление государственно-частного партнерства: общемировой опыт. / К. Г. Кирченко // Вестник экономической интеграции. 2013. № 5–6. С. 64 –70. .
129. Кицул И. С. Оптимизация качества и доступности стоматологической помощи населению региона с позиций ресурсного обеспечения / И. С. Кицул, И. Н. Попова // Современное состояние и перспективы развития региональной системы здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта "Здоровье": мат-лы межрегион. науч. -практ. конф. Иркутск, 2007. - С. 64-66.
130. Кицул И. С. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы / И. С. Кицул, Д. В. Пивень, С. О. Даценко // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 30-35.
131. Князюк Н. Ф. От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей // Менеджер здравоохранения. - 2010. - № 4. - С. 21-29.
132. Козлова Н. В. Юридическое лицо с точки зрения закона и правовой науки / Н. В. Козлова //Вестн. Моск. ун-та. Сер. 11, Право. - 2006. - № 5. - С. 7.
133. Коломиец С. П. Стоматологическое лечебное учреждение как коммунальное предприятие – плюсы и минусы / С. П. Коломиец, А. П. Куть //Современная стоматология. - 2006. - №1. - С. 147-149.
134. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года (первая версия) / Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 г. – М: 2008. – 168 с.
135. Копчак О.В., Волінська Т.Б. Мікробіоценоз пародонтальних карманів при генералізованому пародонтиті. Вісн. пробл. біології і медицини. 2017;(2):360-3.

136. Косач І. А. Аналіз підходів до дефініції терміну «державно-приватне партнерство» / І. А. Косач, Д. Ю. Голубчик, О. В. Курінська // Науковий вісник Полісся. - 2016. - № 4 (8), ч. 1. - С. 70-74.
137. Косенко К. Н. Состояние стоматологической помощи в Украине. / К. Н. Косенко, О. Э. Рейзвих // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. – 2012. - № 2 (37). - С. 57-61.
138. Костенко Е.Я. Засади створення університетської клініки з огляду на євроінтеграцію// Україна. Здоров'я нації. 2015. - №3 (35) – С.109-111
139. Костенко Є.Я. Можливості модифікації підходу до лікування пародонтиту виходячи із принципів Р-4 медицини / Є.Я. Костенко, О.В.Савчук, Ю.М. Бунь // Intermedical Journal. – 2018. – №1(11). – С. 67-70.
140. Костенко О.Є. Аналіз домінуючих мікробних асоціацій у порожнині рота й особливості їх чутливості до антибактеріальних та антисептичних препаратів /О.Є.Костенко, М.В.Кривцова, Є.Я.Костенко, О.В.Савчук// Современная стоматология. – 2018. – №5 (94) – С. 40-43.
141. Костромов А. Правила игры для частного бизнеса в Украине / А. Костромов, С. Сулимский [Электронный ресурс]. 2011Режим доступа: <http://economic-ua.com/Business/21946>.
142. Котова Л. Р. Организация службы управления персоналом в современных условиях: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. экон. наук: спец. 08. 00. 05 / Л. Р. Котова. - М, 2008. - 32с.
143. Коуп М. 7 основ консалтинга. Общие вопросы экономики/ М. Коуп. – М. , 2007. - 336 с.
144. Кравченко В. В. Маркетинг стоматологічних послуг в умовах формування ринкових відносин /В. В Кравченко // Современная стоматология. -2006. -№1. -С. 142-145.
145. Кравченко В.В. Функціонально-організаційна модель консультативно-діагностичного центру на основі державно-приватного партнерства / В.В Кравченко//К.: Тов. «СІК Груп Україна», 2018.-184 с.

146. Кравченко Л. А. Государственно-частное партнерство как механизм активизации использования инновационного потенциала. / Л. А. Кравченко // Ученые записки Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского. Экономика и управление. Изд. Таврический национальный университет имени В. И. Вернадского. Том: 3. №: 25 (64) - 2012. - С. 118-12.

147. Красюк, Н. Л. Государственно-частное партнерство (ГЧП) как механизм взаимодействия властных структур и бизнеса в региональном развитии. / Н. Л. Красюк, Е. В. Фирсова // В книге Актуальные вопросы экономики, менеджмента и финансов в современных условиях СПб: Инновационный центр развития образования и науки. 2015. С. 301-304.

148. Кризина Н. П. Державна політика в галузі охорони здоров'я: генезис та закономірності розвитку / Н. П. Кризина - К. : Вид-во СПД, Кукош П. А. , 2007. - 364 с.

149. Кризина Н. П. Реформування галузі охорони здоров'я України на рівні вторинної медичної допомоги / Н. П. Кризина, С. В. Збітнєва // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 2 (18). – С. 142–144.

150. Круговой А. Е. Состояние и пути оптимизации оказания стоматологической помощи населению Курской области: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14. 00. 33. «Общественное здоровье и здравоохранение» /А. Е. Круговой - Воронеж, 2010. - 26 с.

151. Крячкова Л. В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / Л. В. Крячкова. – Харків, 2015. – 44 с.

152. Кузнецов И. В. Зарубежный опыт государственно-частного партнерства (США, Европа, Канада) // Экономические науки. № 8 (93), 2012. С. 196.

153. Кузьмин В. А. Государственно - частное партнерство: опыт реализации механизма в Германии и возможности его использования в России/ В. А. Кузьмин //Финансы и кредит № 48. – 2013 – С 62-72 Режим

допуска: [https:// cyberleninka. ru/article/v/zarubezhnyy-opyt-razvitiya-mehanizmov-gosudarstvenno - chastnogo-partnerstva-1](https://cyberleninka.ru/article/v/zarubezhnyy-opyt-razvitiya-mehanizmov-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-1)

154. Куликов А. Ю. Использование инструментов государственно-частного партнёрства / А. Ю. Куликов // Вестник СамГУ. - 2012. - № 10 (101). - С. 58-63.

155. Куракова. Н. Г. Государственно - частное партнёрство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 2/ Н. Г. Куракова // Менеджер здравоохранения. - 2009. - №4. -С. 26-31.

156. Куракова. Н. Г. Государственно - частное партнёрство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 2/ Н. Г. Куракова // Менеджер здравоохранения. - 2009. - №4. -С. 26-31.

157. Курбанов О. Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан): автореф. дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук: спец. 14. 00. 01 и 14. 02. 03 /О. Р. Курбанов. - М. , 2009. - 429 с.

158. Курбанов О.Р. Совершенствование механизмов организации и управления стоматологической организацией в рыночной экономике / О. Р. Курбанов [и др. ] // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 4. – С. 260-261.

159. Курдиль Н. В. Государственно-частное партнерство в первичной медико-санитарной помощи: предоставление услуг на основе контрактирования / Н. В. Курдиль, А. Г. Луценко // Семейна медицина. – 2014. – № 3. – С. 15–18.

160. Кустов И. Н. Распространение и профилактика стоматологических заболеваний /И. Н. Кустов // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья. - 2009. - Вып. 3. -С. 143-146.

161. Куц Д. Государственно-частное партнерство в Украине - отрасль, которая обещает развиваться /Куц Д. //2013г. [http://rbn. cc/ru/analytics /3982 -derzhvano-pryvatne-partnerstvo-v-ukrajini-galuz-jaka-obicjaje-rozvyvatysja](http://rbn.cc/ru/analytics/3982-derzhvano-pryvatne-partnerstvo-v-ukrajini-galuz-jaka-obicjaje-rozvyvatysja).

162. Куцевляк В. Ф. Стоматологія – вчора, сьогодні, завтра / В. Ф. Куцевляк // Матеріали наук. -практ. конф. з'їзду Асоціації стоматологів України. – Харків, 2007. – С. 72-74.
163. Кушлик А.П. Клінічне обґрунтування запропонованого методу безпосереднього протезування в пацієнтів з генералізованим пародонтитом/ А.П. Кушлик, З.Р. Ожоган, І.В. Палійчук// Сучасна стоматологія . – 2018. - №5. – С.68-70
164. Лебедев А. Е. Государство — «заказчик» для бизнеса / А. Е. Лебедев // Национальные проекты. - 2008. - №1. - С. 116-120.
165. Леонтьев В. К. Модели стоматологической помощи населению в условиях рынка / В. К. Леонтьев, Л. В. Константинович // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 7-9.
166. Лехан В. Украина. Обзор системы здравоохранения / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон // Системы здравоохранения: время перемен Т. 12 (8):1-183. ВОЗ, 2010.
167. Лехан В. М. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19).– С. 86–91.
168. Лившиц И. И. Современные методы разработки и перспективы развития системы управления стоматологических клиник / И. И. Лившиц // Врач и информационные технологии. – 2007. - № 1. - С. 24-33.
169. Лимонов В. И. Финансово-экономический анализ деятельности медицинской организации / В. И. Лимонов // Главный врач. – 2011. - № 1. – С. 33 – 41.
170. Линденбратен А. Л. А. Федеральный закон " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и проблемы управления качеством. /А. Л. Линденбратен //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012 г. - №4, С. 3-5.

171. Лисак В.П. Медико-соціальне обґрунтування стратегії розвитку вторинної стаціонарної медичної допомоги: автореф. дис....к.мед.н./В.П.Лисак - Київ, 2011, - 24с.

172. Литвинов А. Н. . Система регулирования отношений медицинских работников и пациентов в стоматологической практике / А. Н Литвинов, В. Б. Филатов, И. А Петрова// Бюлл. ГУ ННИИ общественного здоровья РАМН. – 2007. - Вып. 2. -С. 84-88.

173. Луговая С. М. Оптимизация деятельности стоматологической организации в условиях финансовой нестабильности / С. М. Луговая. - Издание: Экономика и менеджмент в Стоматологии, 2009. - 87 с.

174. Лукашев А. М. Определение путей решения организационных задач здравоохранения с применением модели экономической привлекательности медицины / А. М. Лукашев // Менеджер здравоохранения. – 2009. - № 10. – С. 4 – 8.

175. Лылова Е. В. Совершенствование взаимодействия властных и предпринимательских структур в социально-экономической сфере / Е. В. Лылова //: автореферат диссер. на соискание ученой степени канд. экон. наук. Специальность 08. 00. 05 Москва - 2013, - 26 с. .

176. Любенко О. Г. Некоторые аспекты организации стоматологической помощи на современном этапе /О. Г. Любенко, Т. Н. Проклова, О. Б. Карпова// Мат-лы междунар. науч. -практ. конф. : "Роль профилактики и диспансеризации в охране общественного здоровья", 14-15 апреля 2009г. , г. Москва. //Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья. - 2009. - Вып. 3. - С. 61-63.

177. Любова О. Ю. Организация системы стандартизации для оценки и повышения качества оказания стоматологической помощи / О. Ю. Любова, Е. С. Тучик, Т. Г. Попова, С. А. Коврик// Медицинское право. – 2008. - № 2. - С. 44-47.

178. Мазур І. П. Клініко-морфологічна оцінка перебігу генералізованого пародонтиту в пацієнтів з ішемічною хворобою серця / І. П. Мазур, К. А. Янішевський // Сучасна стоматологія. – 2018. – № 2. – С. 36–39.

179. Мазур І. П. Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань пародонта при порушенні системного кісткового метаболізму та їх корекція : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / Мазур Ірина Петрівна. – К., 2006. – 332 с.
180. Мазур І. П. Стоматологія — не розкіш, а засіб збереження здоров'я. / І. П. Мазур // Ваше здоров'я - 19.10.2018.
181. Мазур І. П. Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні / І. П. Мазур, О. В. Павленко // Здоров'я України. – 2017. – № 18 (415). – С. 74–75.
182. Майсак О. С. SWOT-анализ: объект, факторы, стратегии. Проблема поиска связей между факторами // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. - 2013. - № 1 (21). - С. 151-157.
183. Макарьевский И. Г. Перспективы реорганизации стоматологической помощи / И. Г. Макарьевский // Стоматология нового тысячелетия. - М., 2002. -С. 170-171.
184. Максимовский Ю. М. Организационные принципы работы врачей-стоматологов и их демографический состав / Ю. М. Максимовский, В. М. Гринин З. М. Абаев, О. П. Дашкова и др. //Учебно-методическое пособие. - М. : 2006. - 63с.
185. Маляр Р. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації стоматологічної допомоги сільському населенню: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14. 02. 03. "Соціальна медицина"/ Р. В. Маляр. - Київ, 2010. – 24 с.
186. Маляр Р. В. Стоматологічний заклад як підприємство у нових економічних умовах /Р. В. Маляр, О. А. Канюра, О. В. Савчук // Науковий вісник Ужгородського університету: Серія Медицина. – 2015. – № 1(51). – С.296–298.
187. Манашеров Т. О. Формирование рынка стоматологического обслуживания населения: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. экон. наук. / Т. О. Манашеров. – Сочи, 2005. - 25 с.

188. Мартякова О. В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я /О. В. Мартякова, І. В. Трикоз// Часопис економічних реформ. – 2013. - № 4 (12). – С. 33-39.
189. Матаев Т.М. Типология рисков по проектам государственно-частного партнерства. / Т.М. Матаев // Российское предпринимательство. - 2012. - № 3 (201). - с. 4-10. [Электронный ресурс]. - URL: <http://bgscience.ru/lib/7266/>
190. Матвеев Р. С. Оценка социально-экономической эффективности модернизации стоматологической службы на муниципальном уровне / Р. С. Матвеев, Л. И. Герасимова, В. Н. Викторов // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5 (Электронный журнал) [Режим доступа] <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-sotsialno-ekonomicheskoy-effektivnosti-modernizatsii-stomatologicheskoy-sluzhby-na-munitsipalnom-urovne>.
191. Мельник А. Державно-приватне партнерство в системі інституційного забезпечення економічних процесів / А. Мельник, С. Підгаєць // Вісник Тернопільського національн. економічного університету. 2011. № 2. С. 7-19.
192. Мескон М. Х. Основы менеджмента /М. Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. - М. : Дело, 2005. -720 с.
193. Модернизация системы управления в стоматологической практике / И. В. Бугорков, М. Г. Наводей, И. А. Бугоркова, И. А. Твердохлебова // Питання експериментальної та клінічної медицини: зб. статей. – 2011. – Вип. 15, т. 1. – С. 163–169
194. Москаленко В. Ф. Біостатистика : підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, М. В. Голубчиков. – Київ : Кн. плюс, 2009. – 183 с.
195. Мушинська Н. Ю. Дослідження сучасного стану розвитку відносин державно-приватного партнерства в Німеччині та Україні / Н. Ю. Мушинська // Економічні науки. Сер. : Економіка та менеджмент. – 2011. – Вип. 8. – С. 246–256 (263).

196. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов// Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, - 2016. – 384 с.

197. Наказ МОЗ № 385 від 28. 10. 2002 "Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я". { Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я N 114 (z0225-03) від 17. 03. 2003 N 229 (z0611-04) від 07. 05. 2004 N 600 (z0968-09) від 17. 08. 2009 N 281 (z0645-11) від 12. 05. 2011 N 301 (z0676-11) від 20. 05. 2011 }

198. Наказ МОЗ України №2 від 12. 01. 2009 р. «Про створення координаційної ради МОЗ з питань стоматології» //Сучасна стоматологія. – 2009. - №1. - С. 149.

199. Науменко К.Є. Розповсюдженість основних стоматологічних захворювань та потреба військовослужбовців в ортопедичному лікуванні (огляд літератури) / К.Є. Науменко, О.Б. Беліков // Буковинський медичний вісник Том 21. - №1 (81). - 2017. - С. 211-213.

200. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році: Статистичний бюллетень - Державна служба статистики України. Київ, 2012. -47 с.

201. Норекаян М. Государственно-частное партнерство и перераспределение обязанностей в системе организации здравоохранения / Мисак Норекаян// Человек и труд. – 2011. - № 5. - С. 23-27.

202. О развитии государственно-частного партнерства в Польше. 2010г. /режим доступа <http://prerek.ru/safia/gosudarstvenno-chastnoe-partnerstvo-gchp-v-poleshe-sejchas-nah/main.html>

203. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. / Под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина и др. - Изд. ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с.

204. Оводова Г. Ф. Стоматологическое здоровье в аспекте основных показателей качества жизни: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14. 00. 33. /Г. Ф. Оводова. - Санкт-Петербург, 2009. – 22 с.

205. Огнев В.А. Методологические основы изучения качества жизни /В.А. Огнев/ Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. - №2.- С. 27-33.

206. Ожоган З. Р. Особливості виробничої практики з ортопедичної стоматології згідно з кредитно-модульною системою у студентів 4-го курсу / З. Р. Ожоган, Л. В. Мізюк, О. І. Бульбук, О. Р. Заяць, Ю. І. Сухоребський // Галицький лікарський вісник. - 2014. - Т. 21, - С. 86-87.

207. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки: методичні рекомендації/ Уклад.: П.С. Фліс, О.В. Савчук, О.А. Канюра; Нац. мед. універ. ім. О.О. Богомольця, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи. – К., 2014. – 25 с.

208. Орехова О.В. Захворюваність працівників гірничо-металургійної галузі за результатами періодичних медичних оглядів / О.В. Орехова // Environment & Health. – 2016. - №2. – С. 62-66.

209. Орлова Н.М. Деякі аспекти управління медичної допомогою / Н.М.Орлова, О.В.Савчук //Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (Житомир, 11-12 жовтня 2012) – 2012 – С.91-92.

210. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України № 2801-ХІІ від 19. 11. 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19.

211. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – С. 74.

212. Основы государственного частного партнерства (теория, методология, практика) / под ред. В. Варнавского. - М.: Анкил, 2015. – 252 с.

213. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 г. - Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7. - 98 с.

214. Павленко О.В. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія/ О.В. Павленко, О.М. Вахненко //Современная стоматология. – 2013. - №4. – С.180-184.

215. Павлов Н. Б. Влияние сопутствующей патологии на распространение стоматологических заболеваний и стоимость их лечения. / Н. Б. Павлов, Т. П. Сабгайда //Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. - 2011. - № 5 (20) <http://vestnik.mednet.ru>.

216. Павлов Н. Б. Обоснование стратегии организации стоматологической помощи взрослому населению на основе ее интеграции с системой здравоохранения на муниципальном уровне: автореф. дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук: спец. 14. 00. 33. / Н. Б. Павлов. - Москва, 2012. - 37 с.

217. Павлов Н. Б. Стоматологическая заболеваемость населения в регионах с разным уровнем финансирования медицинской помощи / Н. Б. Павлов //Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. Выпуск 15/1. - 2011. - № 16 (111). - С. 37-42.

218. Павлюк К. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. / К. В. Павлюк, Е. В. Степанова. // Фінанси України № 2. - 2011 - С 43-55

219. Павлюк К. Охорона здоров'я: спробувати механізми державно-приватного партнерства / К. Павлюк // Незалежний аудитор. – 2013. - №3 (14) – С. 66-74.

220. Панчук О Ю. Наукове обґрунтування моделі приватної стоматологічної клініки на засадах сімейної медицини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня каед. мед. наук: спец. 14. 02. 03. "Соціальна медицина"/ О Ю. Панчук. - Київ, 2010. – 23 с.

221. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.

222. Пахомова Т. І. Піроженко Н. В. Державно-приватне партнерство як форма взаємодії влади і бізнесу / Т. І. Пахомова, Н. В. Піроженко // Конспект лекцій. - К. : НАДУ, 2012. - 54 с.

223. Пащенко В. М. Перспективи реформування бюджетних стоматологічних поліклінік і стоматологічних відділень територіальних поліклінік у комунальні підприємства / В. М. Пащенко, М. В. Соловійов // Современная стоматология. - 2005 - №3 - С. 163 -166.

224. Перспективи розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України / Г.О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко [та ін.] // Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 29–30 вересня 2011 р.: тези доп. – К., 2011. – С. 71–72.

225. Петришин С. В. Клініко-діагностичні аспекти комплексного лікування хворих із патологічним стиранням твердих тканин зубів на фоні захворювань тканин пародонта, дефектів зубних рядів і вторинних деформацій / С. В. Петришин, З. Р. Ожоган, В. М. Павлюк // Український стоматологічний альманах. - 2012. - № 2(2). - С. 96. – 99

226. Постанова Верховної Ради України “Про Рекомендації парламентських слухань на тему: ”Про реформу охорони здоров'я в Україні” / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 21, ст. 450. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#n11/>

227. Поширеність і структура основних стоматологічних захворювань у робітників хімічної промисловості / О. В. Деньга, О. В. Єфремова // Інновації в стоматології. – 2014. - № 2. - С. 89-92.

228. Приватна стоматологічна практика: Юридичні, економічні, фінансові, облікові та соціальні аспекти в стоматології [монографія] / О. В.

Павленко, П. М. Скрипников, Д. Р. Шиленко [та ін.]. – К.: Червона Рута-Туре, 2009. – 384 с.

229. Приходько О. Чому медична реформа від МОЗ приречена на поразку? / О. Приходько //Еженедельник Аптека № 34 (1105) 4 сентября 2017 г.

230. Про державно-приватне партнерство: закон України № 2404-VI від 01. 07. 2010 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 40. – С. 524.

231. Прокопьев К. А. Стратегическое планирование в управлении стоматологической помощью взрослому населению мегаполиса: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14. 00. 33. /К. А. Прокопьев. М. , 2009. -25 с.

232. Пущенко А. І. Організація надання стоматологічної допомоги в умовах великого міста / А. І. Пущенко [та ін.] // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2010. - Випуск 19, книга 2. - С. 818-823.

233. Радионова О. В. Англосаксонская модель государственно-частного партнерства /О. В. Радионова // Известия ИГЭА. - 2012. - № 4. - С. 113-116

234. Реєстр № 366/1/14. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності в умовах ринкової економіки / О.В. Савчук // Реєстр галузевих нововведень. – Київ, 2015.

235. Рогозин А. В. Качество медицинских услуг как инструмент обеспечения финансовой устойчивости ЛПУ /А. В. Рогозин // Здравоохранение. – 2011. – № 4. – С. 57 – 67.

236. Рожкова Е. В. Государственно-частное партнёрство: сущность, значение, основные направления реализации в сфере здравоохранения. / Е. В. Рожкова, О. В. Касенко // Human health as a problem of medical sciences and humanities: Materials of the international scientific conference on April 20-21, 2015, Praha. Прага, 2015. № 19. С. 7-9.

237. Рубинштейн А. Я. Экономика общественных предпочтений. Структура и эволюция социального интереса / А. Я. Рубинштейн. - СПб. : Алетейя, 2008. - 210 с.

238. Сабгайда Т. П. Влияние различной обеспеченности населения врачами стоматологического профиля на здоровье населения / Т. П. Сабгайда, О. В. Ходненко, С. М. Айрапетян, и др. // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. - 2010. - Том 13. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/183/27/>.

239. Савчук О. В. Государственно-частное партнёрство – эффективный путь развития муниципальной стоматологии в Украине /О. Савчук// Massachusetts Review of Science and Technologies. – №1(13) – January-June, 2016. – С.898-906. Австралия.

240. Савчук О. В. Государственно-частное партнёрство в стоматологии. /Савчук О.// Modern Science - Moderni veda. - Praha. Ceska republika, Nemoros. – 2016. – №3. – С.159-164.

241. Савчук О. В. Менеджмент в стоматологии в новых экономических условиях /О. Савчук// Modern Science - Moderni veda. - Praha. Ceska republika, Nemoros. – 2016. – № 2. – С. 160-164.

242. Сагина О. В. Организация стоматологической службы России. / О. В. Сагина, Ю. М Максимовский. - М. : Владос-Пресс, 2008. - 438 с.

243. Салеев Р. А. Особенности организации стоматологической помощи взрослому населению: методические рекомендации /Р. А. Салеев. , Э. Н. Новикова, Н. Б. Павлов. - Красноярск, 2009. - 22 с.

244. Сафонова М. Ю. Необходимость внедрения экономических инноваций в деятельность лечебно-профилактических учреждений (на примере стоматологической службы) / М. Ю. Сафонова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 18

245. Сачек М. М. Государственно-частное партнёрство в здравоохранении: международный опыт / М. М. Сачек, Н. Е. Хейфец, В. С.

Петров // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 18–34

246. Святненко И. Б. Новые технологии в оказании стоматологической ортопедической помощи населению / И. Б. Святненко // Бюлл. ННИИОЗ. - М. , 2009. -Вып. 2. - С. 118-120.

247. Семигіна Т. В. Формування державно-приватного партнерства в охороні здоров'я у контексті Європейської політики "Здоров'я - 2020" / Т. В. Семигіна // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2013. – № 1. – С. 242–243

248. Сердюк О.І., Короп О.А., Просолєнко Н.В. та ін. Методологічні аспекти аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу // Україна. Здоров'я нації. - 2018. - № 3(50). - С.78-84.

249. Серёгина И. Ф. Основными критериями оказания помощи населению является ее доступность и качество услуг / И. Ф. Серёгина / Генеральный журнал стоматология. -2018. - № 1. - С. 5-7.

250. Серегина И. Ф. Формирование и развитие саморегулирования в здравоохранении / И. Ф. Серегина, Д. В. Пивень, И. С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2010. - № 3. - С. 27-34.

251. Симоновская О. Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни / О. Е. Симоновская //Стоматология. - 2018. - Т. 87, №5. - С. 75-77.

252. Слабкий Г. Нова структура закладів охорони здоров'я/ Г. Слабкий // Практика управління медичним закладом– 2011. – № 11. – С. 14–35.

253. Слабкий Г. Нові підходи до організації первинної медико-анітарної допомоги/ Г. Слабкий, К.Надутый, Л.Матюха // Практика управління медичним закладом– 2011. – № 7. – С. 16–22.

254. Слабкий Г. О. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С.

Миронюк, та др. // Україна. Здоров'я нації. - 2017. № 3. - С. 246-254. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2017\\_3\\_44](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_44).

255. Слабкий Г.О. Деякі показники стану в Україні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини./ Г.О.Слабкий, Р.Ю.Погоріляк, О.П.Гульчій, І.М.Рогач //Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 88-91.

256. Слабкий Г.О. Динаміка діяльності служби екстреної медичної допомоги в умовах пріоритетного впровадження сімейної медицини в Закарпатській області./ Г.О.Слабкий, Д.Я.Шип, І.М. Рогач// Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 191-195.

257. Слабкий Г.О. Стратегічні підходи до розвитку надання вторинної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги / Г.О.Слабкий, І.М.Рогач, В.Г.Слабкий та ін. [разом 9 авторів]// Тези доповідей 69-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. Ужгород. – 2015. – С. 51-52.

258. Смірнова І.В. Чинники ризику виникнення стоматологічних захворювань у населення працездатного віку великого промислового міста / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Запорожский медицинский журнал. – 2014. - №4. – С. 60-62.

259. Сміянов В.А. Медико-соціальне обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / В.А.Сміянов. – Харків, 2015. – 38 с.

260. Соколик Л. А. Развитие государственно-частного партнерства в Украине: проблемы и перспективы. / Л. А. Соколик // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. 2014 Режим доступа <http://jurnal.org/articles/2014/polit4.html>. .

261. Соколова І.І. Деякі аспекти етіології захворювань пародонта / Савельєва Н.М., Соколова І.І., Герман С.І., Томіліна Т.В. // Український стоматологічний альманах. – 2018. - №2 – С. 54 -59.

262. Соколова І.І. Мікрофлора порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит І ступеня тяжкості / Савельєва Н.М., Соколова І.І. // Intermedical Journal. – 2018. – Vol. I (11). – С.55-60

263. Соколова І.І. Склад мікрофлори різних біотопів порожнини рота у осіб із частковою вторинною адентією / Слинько Ю.О., Мішина М.М., Соколова І.І. // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2019. – №2 (18), Том.4. – С.214-219.

264. Сохов С. Т. Влияние уровня бюджетного финансирования медицинских учреждений на стоматологическую заболеваемость населения /С. Т. Сохов, Н. Б. Павлов, А. Г. Турчиев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. - №4. - С. 54-59.

265. Сохов С. Т. Пути повышения качества стоматологического здоровья населения /С. Т. Сохов, Н. Б. Павлов, А. Е. Иванова //Сб. трудов VI Всероссийской научно-практической конф. «Образование, наука и практика в стоматологии», 10-13 февраля 2009 г. , Москва. - С. 94-97.

266. Сохов С. Т. Стратегия охраны стоматологического здоровья в Европе / С. Т. Сохов, Н. Б. Павлов //Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. -№ 6. - С. 25-29.

267. Социальная медицина и организация здравоохранения для студентов стоматологических факультетов высших медицинских учебных заведений Украины IV уровня аккредитации /Под об. ред. В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчий, Л. О. Литвиновой, Децик О. З. и др. - К. : Книга плюс, 2010. - 328 с.

268. Стародубов В. И. О возможностях преобразований в деятельности стоматологической службы с позиции саморегулирования / В. И. Стародубов [и др. ] // Менеджер здравоохранения. -2009. - № 11. - С. 4-7.

269. Степанова О. В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України / О. В. Степанова //

Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». - 2014. - № 6.  
[Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op1&z=3157>

270. Стоматологічна допомога в Україні (основні показники діяльності за 2008-2018 роки) під редакцією Вороненка Ю.В., Павленка О.В., Мазура І.П. – Кропивницький: Поліум, - 2018, - 214 с.

271. Стоматологічна допомога в Україні. Статистичний довідник. - Київ, 2014. - 87 с.

272. Стоматологія: підручник: у 2-х книгах.- Кн.1 /М. М. Рожко, З. Б. Попович, В. Д. Куроедова та інші / За ред.. проф.. М. М. Рожко.//Київ: «Медицина», - 2013.-872с.

273. Странберг-Ларсен М., Дания. Обзор системы здравоохранения / М. Странберг-Ларсен, М. Нильсен. , С. Валлгарда. - ВОЗ, 2008. -219 с.

274. Сузуха М. Портрет стоматолога Канады / М. Сузуха // "Dent Art". - 2000. - №42. - С. 1-2.

275. Суслин С. А. Характеристика основных показателей оценки медицинской деятельности стационарных учреждений / С. А. Суслин // Зам. гл. врача. – 2009. - № 11. – С. 14-28.

276. Тараненко І. В. Державно-приватне партнерство в інноваційній сфері: світовий досвід та перспективи розвитку в Україні /І. В. Тараненко // Бюлетень Міжнародного Нобелівського економічного форуму. - 2011. -№ 1 (4). - С. 376-386.

277. Ткачева Е.И. Функционирование системы здравоохранения Республики Беларусь в изменяющихся экономических условиях / Е.И. Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2012. - №4. - С.27-31.

278. Томпсон А. А. Стратегический менеджмент. Концепции и ситуации для анализа /А. А. Томпсон, А. Д. Стрикленд - М. Вильяме, 2007. - 928 с.

279. Тощенко В. Государственно-частное партнерство: роль, формы и сферы использования. /В. Тощенко // Вестник Института экономики Российской академии наук. 2010 - №1, С.-77-88.

280. Трифонов Б. В. Совершенствование организации и управления региональной стоматологической службой на основе мониторинга и ситуационного моделирования: автореф. дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук: спец. 14. 00. 33. /Б. В. Трифонов. - М. , 2009. - 49 с.

281. Трушкина Е.А. Проблемы реализации государственно-частного партнерства и возможные пути их решения в Германии и Российской Федерации (на примере здравоохранения). [Текст] : статья / Е. А. Трушкина // Современный облик государственной гражданской службы:зарубежный и отечественный опыт реформирования и развития, 21 апреля 2011г.

282. Удовиченко Н. М Механізми державного регулювання діяльності стоматологічних установ // Тези ІХ міжнародного наукового конгресу "Державне управління та місцеве самоврядування", 26 - 27 березня 2009 р. - Х. : Вид-во ХРІДУ НАДУ, 2009. - С. 364 - 365.

283. Удовиченко Н. М. Механізм забезпечення стоматологічною допомогою на основі програмно-цільового управління в умовах мегаполісу (на прикладі м. Харкова) // Державне будівництво [електронний фаховий збірник наукових праць Харківського регіонального інституту державного управління НАДУ при Президентові України]. - 2009. Вип. 1. - Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeBu/2009-1>

284. Удовиченко Н. М. Напрями державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню України // Теорія та практика державного управління. - Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2009. -Вип. 4 (29). - С. 156 - 164

285. Удовиченко Н. М. Нормативно-правове забезпечення державної політики щодо надання стоматологічної допомоги населенню // Актуальні проблеми державного управління. - Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2008. - Вип. 1 (3). - С. 143 – 150.

286. Уйба В. В. Экономические методы управления в здравоохранении/ В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, и д. р. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

287. Филатов А.В. Совершенствование форм государственно-частного партнерства в России. / А.В. Филатов // Российское предпринимательство. - 2009. - № 1-2 (127). - с. 26-30. - URL: <http://bgscience.ru/lib/3470/>

288. Филиппова Л. Е. Государственно-частное партнерство в реализации международных проектов: модели и формы Автореферат диссер. на соискание ученой степени канд. экономических наук по специальности 08.00.14 — «мировая экономика» Л. Е. Филиппова. Минск -2017 – 24с.

289. Харитонов М. П. Юридические и организационные аспекты организационно-правовых форм муниципальных стоматологических поликлиник / М. П. Харитонов, А. А. Долгих // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 1. – С. 57.

290. Хвисяк О. М. Становлення та розвиток післядипломної освіти стоматологів в Харківській медичній академії післядипломної освіти / О. М. Хвисяк//. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. - Х. : ХМАПО, 2017 г. № 3. С.90-92

291. Хвисяк О.М., Сердюк О.І., Короп О.А. та ін. Особливості діяльності органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я в умовах моделі медичного страхування // Проблеми безперервної медичної освіти та науки.- 2018. - №4. - С.5-9.

292. Хлебников К.В. Государственно-частное партнерство: экономическое содержание и институциональные границы /К.В. Хлебников // Экономические науки. - 2015. - № 6. - С.129-133.

293. Цепов Л. М. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы) / Л. М. Цепов, Е. Л. Цепова, А. Л. Цепов // Пародонтология. – 2014. – № 3. – С. 3–6.

294. Чепурная Е. А. Оптимизация оценки качества оказания медицинской помощи в городской стоматологической поликлинике с использованием информационных технологий: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 05.13.01 / Е. А. Чепурная. – Воронеж, 2008. – 20с.

295. Черемухіна О.М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики хвороб ока та його придатків у сільських мешканців: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / О.М.Черемухіна. – Харків, 2015. – 31 с.

296. Черепанова Е. В. Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения // Научное сообщество студентов XXI столетия. Экономические науки: сб. ст. по мат. VI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 6. Режим доступа: URL: <http://sibac.info/archive/economy/6.pdf> (дата обращения: 20.10.2016)

297. Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я / В. Чернецький // Держ. управління та місцеве самоврядування. – 2013. – Вип. 1. – С. 145–150.

298. Чернова Т. В. Вариант методического подхода к оценке эффективности управления в лечебно-профилактических учреждениях / Т. В. Чернова, Н. А. Харламова // Главврач. - 2009. - №4. - С. 28-30.

299. Чернышев В. М. Дифференцированная оплата труда в здравоохранении / В. М. Чернышев, О. В. Стрельченко, А. Л. Заиграев, и д. р. – Новосибирск: ООО «Альфа Ресурс» – 2011. – 122 с.

300. Чопчик В. Д. Стратегічне планування бізнес-діяльності стоматологічного центру, оснований на засадах державно-приватного партнерства / В. Д. Чопчик, Н. М Орлова.// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2018. № 4 (78) С26 -29.

301. Чубарова Т. В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты / Т. В. Чубарова. - М: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.

302. Шаповалова Н.В. Государственно-частное партнерство: Зарубежный опыт//. Н.В. Шаповалова. Н.В. Королева 2013/ [Электронный ресурс]. Режим доступа свободный: <http://www.lib.tpu.ru/fulltext/c/2013/C53/031.pdf>

303. Шестаков В. Т. Основные направления развития стоматологической службы России (Проект Концепции) /В. Т. Шестаков, О. О. Янушевич, В. К. Леонтьев. - М. :Медицинская книга, 2008. - 200 с.

304. Шестаков Г. С. О роли социологических исследований в изучении стоматологической заболеваемости населения. / Г. С. Шестаков, М. М. Жабоев // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2011. - №2. - С. 62 – 64.

305. Шипова В. М. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций / В. М. Шипова ; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 136 с.

306. Шутов М. М. Проблемы подготовки специалистов-менеджеров, руководителей лечебно-профилактических учреждений/ М. М. Шутов // Україна. Здоров'я нації. - 2009. - № 4. - С. 68-71.

307. Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 592 с

308. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік [монографія] / гол. ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 459 с.

309. Экономика здравоохранения / Под об. ред. В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчий, В. В. Таран, В. М. Лехан. и др. - Винница: Новая Книга, 2010. – 288 с.

310. Юрченко О.В. Наукове обґрунтування системи між секторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в мегаполісі: автореф. дис.....к.мед.н./О.В.Юрченко - Київ, 2018, - 24с.

311. Юшко Е. И. Реструктуризация амбулаторной службы в условиях города / Е. И. Юшко, А. В. Строцкий, Д. Л. Пиневич и др // «Здравоохранение». - 2010. -№2. - С. 28-31.

312. Яковенко І.В., Вовк М.Г., Левицький О.І. та інш. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги: пропозиції до реформування та економічні розрахунки// Вісник соц. гіг. та орг. охор. здоров'я України. – 2016, - № 4. – с. 56-61.

313. Янишевский К. А. Морфогистохимическая оценка эффективности терапии у больных генерализованными заболеваниями

пародонта в сочетании с ишемической болезнью сердца / К. А. Янишевский // Стоматолог-практик. – 2016. – № 2 (263). – С. 38–41.

314. Янушевич О. О. Стоматология России в цифрах и фактах. / О. О. Янушевич, С. Т. Сохов, Т. П. Сабгайда и др. - М. : АНМИ, 2010. – 208 с.

315. Ярош Н. П. Порівняльний аналіз розвитку державних стандартів надання медичної допомоги в Україні та зарубіжних країнах/ Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. - 2009. - № 4. - С. 62-71.

316. A National Call to Action to Promote Oral Health. A Public-Private Partnership under the leadership of The Office of the Surgeon General. - U. S. Department of Health and Human Services, 2003. – 34 p.

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

318. Aarabi G. Genetic Susceptibility Contributing to Periodontal and Cardiovascular Disease / G. Aarabi, T. Zeller, H. Seedorf [et al.] // J Dent Res. – 2017. – № 96 (6). – P. 610–617.

319. Aoyama N. Associations among tooth loss, systemic inflammation and antibody titers to periodontal pathogens in Japanese patients with cardiovascular disease / N. Aoyama, J. I. Suzuki, N. Kobayashi [et. al.] // J Periodontal Res. – 2018. – № 53 (1). – P. 117–122.

320. Assaf, A. M., Amro, B. I, Mashallah, S., & Haddadin, R. N. (2016). Antimicrobial and anti-inflammatory potential therapy for opportunistic microorganisms. The journal of infection in developing countries, 10(05), 494. doi: 10.3855/jidc.7610

321. Balouiri, M., Sadiki, M., & Ibnsouda, S. K. (2016). Methods for in vitro evaluating antimicrobial activity: A review. Journal of pharmaceutical analysis, 6(2), 71-79. doi: 10.1016/j.jpha.2015.11.005

322. Bascones Martinez, A., & Figuero Ruiz, E. (2005). Periodontal diseases as bacterial infection. Avances en periodoncia e implantologia Oral, 17(3). doi: 10.4321/s 1699-65852005000300002

323. Biloklytska G. F. The role of antibodies to heat shock proteins in pathogenesis of chronic periodontitis in patients with cardiovascular diseases / G. F. Biloklytska, O. V. Kopchak // *Stomatologia Współczesna*. – 2016. – Vol. 23, № 3. – P. 17–19.
324. Bird D. L. Torres and Ehrlich modern dental assisting / D. L. Bird, D. S. Robinson. Published on May 4, 2018. Дорнык: <https://www.slideshare.net/babacacog>
325. Bokhari S. A. Periodontitis in coronary heart disease patients: strong association between bleeding on probing and systemic biomarkers / S. A. Bokhari, 170 A. A. Khan, A. K. Butt [et. al.] // *J Clin Periodontol*. – 2014. – № 41 (11). – P. 1048–1054.
326. Bonehill J. A. Managing health and safety in the dental practice: a practical guide / J. Bonehill. - Chichester, West Sussex: Blackwell Pub, 2010. - 264 p.
327. Brocklehurst P. QIPP: cutting budgets or working smarter?/ P. Brocklehurst, C. Jones, M. Tickle // *British Dental Journal*. - 2011- №2. - P. 369 - 373.
328. Chattopadhyay A. Oral health disparities in the United States / A. Chattopadhyay // *Dental Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 52, № 2. – P. 297-318.
329. Clinical and microbiological characterization of localized aggressive periodontitis: a cohort study / O. Oettinger-Barak, M. N. Sela, E. E. Machtei // *Aust Dent J*. – 2014. – № 59 (2). – P. 165–171.
330. Clinical problem solving in dentistry / ed. E. W. Odell. – 3-rd ed. - Edinburgh; N. Y. : Churchill Livingstone, 2010. - 324 p.
331. Cohen, ML. (1992) Epidemiology of drug resistance: implications for a postantimicrobial era. *Science* 257:1050-1055. doi: 10.1126/science.257.5073.1050
332. Colangelo G. A. Innovations to improve oral health care access / G. A. Colangelo // *Dental Clinics of North America*. – 2009. – Vol. 53, № 3. – P. 591-608.
333. Commissioning NHS dentistry in England: Issues for decision-makers managing the new contract with finite resources / R. D. Holmes [et. al. ] // *Health Policy*. – 2009. – Vol. 91, № 1. – P. 79-88.

334. Community dental clinics: providers' perspectives/ B. B. Wallace, M. I. MacEntee, R. Harrison, R. Hole, C. Mitton// Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2013. – V. 41, №3. – P. 193–203.

335. Davies, J., Davies, D. (2010). Origins and evolution of antibiotic resistance. Microbiol mol biol Rev, 74, 417^33. doi: 10.1128/MMBR.00016-10 DOI: [https://doi.org/10.18524/2307-4663.2014.1\(25148199](https://doi.org/10.18524/2307-4663.2014.1(25148199)

336. Dental Marketing: 22 Winning Dental Marketing Strategies to Get Patients. 2019 - Режим допуска: <https://museproject.com.au/dental-marketing-strategies/>

337. Determinants of general dentists' decisions to accept capitation payment: a conceptual model and empirical estimates/ D. Conrad, R. Lee, P. Milgrom, C. Huebner// Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2010. – V. 37, №3. – P. 189–198.

338. Faustova, M. O. Sensitivity of dominant pathogens of infectious and inflammatory complications after dental implantation to antibiotics and antiseptics. (2017). Annals of Mechnikov Institute, 2,68.

339. Global goals for oral health 2020 // Bull World Health Organ. – 2005. Vol. 83. P. - 686-693.

340. Gordan V. V. Translating research into everyday clinical practice: Lessons learned from a USA dental practice-based research network / V. V. Gordan // Dental Materials. – 2013. – Vol. 29, № 1. – P. 3-9.

341. Gordan V.V. Translating research into everyday clinical practice: Lessons learned from a USA dental practice-based research network / V.V. Gordan // Dental Materials. – 2013. – Vol. 29, № 1. – P. 3-9

342. GroBner-Schreiber, B., Teichmann, J., Hannig, M., Dorfer, C., Wenderoth, D. F. & Ott, S. J. (2009). Modified implant surfaces show different biofilm compositions underin vivoconditions. Clinical oral implants research, 20(8), 817-826. doi: 10.1111 /j. 1600-0501.2009.01729.

343. Haas A. N. Risk factors for the progression of periodontal attachment loss: a 5-year population-based study in South Brazil / A. N. Haas, M. C. Wagner, R. V. Opermann [et al.] // J Clin Periodontal. – 2014. – № 3. – P. 215–223.

344. Hakim R. B. State of dental care among medicaid-enrolled children in the United States / R. B. Hakim, J. D. Babish, A. C. Davis // Pediatrics. – 2012. - Vol. 130, № 1. – P. 5-14.

345. Hallinq F. Emergence dental service is still needed flso ljr regular attenders winhin a comprehensive insurance system / F. Hallinq S. Ordel // Swedish dental journal. - 2000. - Vol. 24, № 5-6 - P. 173-181.

346. Hasyuk N. V. Additional methods of examination in dentistrya manual for self-training for practical classes. /N.V.Hasyk, V. V. Chernyak, O. V. Klitynska, Ye. Ya. Kostenko, O.V. Savchuk and others [ total 7 authors] // Tutorial. - Ternopil. - 2018. – 114 p.

347. Hofmeister A. Public-Private Partnerships in Switzerland: Crossing the Bridge with the Aid of a new Governance Approach /A. Hofmeister, H. Borchert //International Review of Administrative Sciences. 2007. - Vol. 70, № 2. - P. 48-71.

348. Hofmeister A. Understanding and Managing Your Organization's Cash Flow/ A. Hofmeister. - March 20, 2013 [Електронний ресурс] // Режим доступу:[http://www. tatetryon. com /NewsandArticles /Article\\_Archives / ?fuseaction=Resource&id=596&headerid=5&linkid=55](http://www.tatetryon.com/NewsandArticles/Article_Archives/?fuseaction=Resource&id=596&headerid=5&linkid=55).

349. Holmes R. D. Managing resources in NHS dentistry: the views of decision-makers in primary care organisations / R. D. Holmes, C. Donaldson, C. Exley, J. G. Steele / /British Dental Journal. - 2008. - №205. - P. 231 – 235.

350. Ikenwilo D. A difference-in-differences analysis of the effect of free dental check-ups in Scotland / D. Ikenwilo // Social Science & Medicine. – 2013. – Vol. 83. – P. 10-18.

351. irsch, R. S., & Clarice, N. G. (1989). Infection and Periodontal Diseases. Clinical Infectious Diseases, 11(5), 707-715. doi: 10.1093/clinids/1 1.5.707 H

352. Jakobi, M., Stumpp, S., Stiesch, M., Eberhard, J., & Heuer, W. (2015). The Periimplant and periodontal microbiota in patients with and without clinical signs of inflammation. *Dentistry Journal*, 3(2), 24-42. doi: 10.3390/dj3020024
353. Klapper L., Love I. Corporate governance investor protection and performance in emerging markets. / L. Klapper, I. Love // World bank policy research working paper 2818, April 2002. -Pp. 24-25 ([http://econ.worldbank.org/files/13267\\_wps2818.pdf](http://econ.worldbank.org/files/13267_wps2818.pdf)).
354. Knight R. Best practices for analysing microbiomes / R. Knight, A. Vrbanc, B. C. Taylor [et al.] // *Nat Rev Microbiol.* – 2018. – № 16 (7). – P. 410–422.
355. Korop O., Lenskykh S. Theoretical grounds of a structural and functional model for quality assurance of radiation diagnostics under conditions of development of the modern health care system in Ukraine // *Wiadomości Lekarskie.* - 2018. - №371 (71) - P. 733-737.
356. Kostenko O.Ye. Analysis of the dominant microbial associations of the mouth cavity and their sensitivity to antibacterial substances / O.Ye. Kostenko, M.V. Krivtsova, Ye.Ya. Kostenko, O.V.Savchuk // *Intermedical Journal.* – 2018. – №2(12). – C. 11-14.
357. Kowalski J. Clinical and microbiological evaluation of biofilm-gingival interface classification in patients with generalized forms of periodontitis / J. Kowalski, P. Gyrska // *Pol J Microbiol.* – 2014. – № 63 (2). – P. 175–181.
358. Krisenko, O. V., Skljär, T. V., Voronkova, O. S., Sirokvasha, O. A., & Shevchenko, T. M. (2014). Features of microbial association composition and antibiotic resistance of oral cavity microflora. *Microbiology&Biotechnology*, 1(25), 35-44. doi: 10.18524/2307-4663.2014.1(25).48199 (in Ukrainian)
359. Kryvtsova M., Salamon I. Susceptibility of opportunistic pathogenic microorganism to plant essential oils // The 4 th International Mediterranean Symposium on Medicinal and aromatic plants. Abstract book Apr 18-22, 2018, Antalya, Turkey. - 46 p.

360. Kryvtsova, M. V., Kohuch, T. T., Salamon, I., Spivak, M. J. (2018). Antimicrobial activity of some essential oils on *Candida* genus clinical isolates. *Mikrobiologichnyi zhurnal*, 80(4), 3-12. doi:10.15407/microbiolj80.04.003
361. Liljestrand J. M. Immunologic burden links periodontitis to acute coronary syndrome / J. M. Liljestrand, S. Paju, M. Pietiäinen [et. al.] // *Atherosclerosis*. – 2017. – № 268. – P. 177–184.
362. Liljestrand J. M. Lipopolysaccharide, a possible molecular mediator between periodontitis and coronary artery disease / J. M. Liljestrand, S. Paju, K. Buhlin [et al.] // *J Clin Periodontol*. – 2017. – № 44 (8). P. 784–792.
363. Mathews M. J. Oral health and coronary heart disease / M. J. Mathews, E. H. Mathews, G. E. Mathews // *BMC Oral Health*. – 2016. – № 16. – P. 122– 131. doi 10.1186 / s12903–016–0316–7
364. Mazur I. P., Bakshutova N. A., Stavskaja D. M. (2014). Klinicheskaja i mikrobiologicheskaja effektivnost primenenija mestnyh protivomikrobnih i antisepticheskikh preparatov pri lechenii zabolevanij parodonta. *Sovremennaja Stomatologija*, 1, 32-39. (in Russian)
365. Mazur I.P., Slobodjannik M.V (2016). Sistemnye antibakterial'nye preparaty v parodontologii. *Sovremennaja stomatologija*, 1,38-42. (in Russian)
366. Mazur I.P., Stavskaja D.M., & Gelashvili L.T. (2016). Primenenie farmacevticheskikh preparatov v stomatologii. *Sovremennaja stomatologija*, 2, 24-27. (in Russian)
367. Murray J J NHS Dentistry: Options for Change. Impressions one year on/ J J Murray//*British Dental Journal*. -2003. - №195. - P. 627 – 629.
368. National evaluation of personal dental services (PDS) pilots: main findings and policy implications/ N Goodwin, A J M Morris, K B Hill, H S McLeod, F J T Burke, A C Hall, K B Hill //*British Dental Journal*. – 2003. - №195. – P. 640 – 643.
369. Periodontal therapy for the management of cardiovascular disease in patients with chronic periodontitis / C. Li, Z. Lv, Z. Shi [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017. – № 11. Art. No.: CD009197.

370. Policy on Workforce Issues and Delivery of Oral Health Care Services in a Dental Home // Oral Health Policies. – 2011. - Vol. 35, № 6. – P. 26-30.

371. Porphyromonas gingivalis is the most abundant species detected in coronary and femoral arteries / J-L. C. Mougeot, C. B. Stevens, B. J. Paster [et. al.] // J Oral Microbiol. – 2017. – № 9(1). – P. 1281562. doi: 10.1080/20002297.2017.1281562

372. Possibilities of Molecular-Genetic Tests in Periodontology / E. Oleinik, R. Ilyk, J. Tkachenko [et al.] // Journal of Clinical Epigenetics. – 2018. – Vol. 4, No. 1:3. – P. 1–5.

373. Practicing Dentistry in the United Kingdom. - London:BDA, 2001. - 23p.

374. Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it/ C. Quiñonez, R. Figueiredo, A. Azarpazhooh, D. Locker // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2010. – V. 38, №2. – P. 152–158.

375. Public Private Partnerships in Canadian Healthcare a Case Study of the Brampton Civic Hospital/ D. Barrows, I. Macdonald, A. Suparol, O. Dalton-Jes, S. Harvey-Rioux. - Schulich, 2011 - 177p.

376. Public Service Dental Care Plan FAQ's [Электронный ресурс] 2011// Режим доступа:<http://www.tbs-sct.gc.ca/hr-rh/bp-rasp/benefits-avantages/dcp-rsd/overview-contexte-eng.asp>.

377. Public-private partnership to enhance oral health in India/ S. Chavan, U. Kemparaj, O. N Baghele, A. Rajdha //Journal of Interdisciplinary Dentistry - 2012. –Vol. 2, № 2. – P. 135-137.

378. Roberts, M. C. (1998). Antibiotic resistance in oral/respiratory bacteria. Critical reviews in oral biology & medicine, 9(4),522-540. doi:10.1177/10454411980090040801

379. Samojlenko A.V. (2001). Patogeneticheskoe znachenie razlichnyh parodontal'nyh mikroorganizmov v razvitii immunologicheskikh i klinicheskikh narushenij u bol'nyh generalizovannym parodontitom // Ukrains'kij stomatologichnij al'manah, 6,44-47. (in Russian)

380. Sandier S. Health care systems in transition: France. / S. Sandier, V. Pari, D. Polton // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. –139 p.
381. Scannapieco FA, Mylotte JM. (1996). Relationships between periodontal disease and bacterial pneumonia. *J periodontol* 1996; 67:1114-1122.
382. Stubbings, W., & Labischinski, H. (2009). New antibiotics for antibiotic-resistant bacteria. *FI000 Biology Reports*, 1. doi: 10.3410/b 1-40
383. Tada, A., Senpuku, H., Motozawa, Y., Yoshihara, A., Hanada, N., & Tanzawa, H. (2006). Association between commensal bacteria and opportunistic pathogens in the dental plaque of elderly individuals. *Clinical Microbiology and Infection*, 12(8), 776-781. doi: 10.1111 l/j.1469-0691.2006.01497.x
384. Taylor G. W. Diabetes, periodontal diseases, dental caries, and tooth loss: a review of the literature / G. W. Taylor, M. Z. Manz, W. S. Bongnakke // *Compend. Contin. Educ. Dent.* – 2004. - №25. P. 179-184.
385. Tickle M. Revolution in the provision of dental services in the UK / M. Tickle // *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. – 2012. – V. 40, №2. – P. 110–116.
386. Toncheva K.D., Korol D.M., Kyndyj D.D., Kyndyj V.D., Yarkovoj V.V., Korobejnykov L.S. (2015). Byoplenky v stomatolohyy. *Stomatolohycheskaya Pайka y praktyka*. 5(10). 36-44. (in Russian)
387. Torchia M. Increasing the Governance Standards of Public-Private Partnerships in Healthcare. Evidence from Italy/ M. Torchia, A. Calabria// *Public Organization Review*. – 2016. - №12. - P. 1–18. .
388. Trivedi, M., Singh, A., Sethi, P., Singh, S., Jha, C. S., Firoz, N., & Tiwari, R. K. (2013). Effect of certain medicinal plant extracts on bacterial-flora of human oral cavity. *Medicinal plants - international journal of phytomedicines and related industries*, 5(3), 168. doi:10.5958/j.0975-6892.5.3.027
389. Vedin O. Associations between tooth loss and prognostic biomarkers and the risk for cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease / O.

Vedin, E. Hagström, O. Östlund [et. al.] // *Int J Cardiol.* – 2017. – № 245. – P. 271–276. 200.

390. Vorobets N. M., Kryvtsova M. V., Rivis O. Yu., Spivak M. Ya., Yavorska H. V., Semenova H. M. (2018). Antimicrobial activity of phytoextracts on opportunistic oral bacteria, yeast and bacteria from probiotics. Regulatory mechanisms in biosystems. 9 (3), 68-72. doi: 10.15421/021855

391. WHO HEALTH 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region, European Health for All Series № 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.

392. Wright F. A. C. Reforming the mission of public dental services/ F. A. C. Wright and P. F. List// *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* – 2012. – V. 40, №2. – P. 102–109.

393. Yoshida, A., & Ansai, T. Microbiological diagnosis for periodontal diseases. Periodontal diseases - a clinician's guide, 2012. doi: 10.5772/26482

**ДОДАТКИ**  
**ДОДАТОК А**  
**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Костенко Є.Я. Можливості модифікації підходу до лікування пародонтиту виходячи із принципів Р-4 медицини / Є.Я. Костенко, **О.В.Савчук**, Ю.М. Бунь // Intermedical Journal. – 2018. – №1(11). – С. 67-70. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

2. Hasyuk N. V. Additional methods of examination in dentistrya manual for self-training for practical classes. /N.V.Hasyk, V. V. Chernyak, O. V. Klitynska, Ye. Ya. Kostenko, **O.V. Savchuk** and others [ total 7 authors] // Tutorial. - Ternopil. - 2018. – 114 p. *(Дисертант брав участь у написанні розділу навчального посібника).*

3. Kostenko O.Ye. Analysis of the dominant microbial associations of the mouth cavity and their sensitivity to antibacterial substances / O.Ye. Kostenko, M.V. Krivtsova, Ye.Ya. Kostenko, **O.V.Savchuk** // Intermedical Journal. – 2018. – №2(12). – С. 11-14. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

4. Костенко О.Є. Аналіз домінуючих мікробних асоціацій у порожнині рота й особливості їх чутливості до антибактеріальних та антисептичних препаратів /О.Є.Костенко, М.В.Кривцова, Є.Я.Костенко, **О.В.Савчук**// Современная стоматология. – 2018. – №5 (94) – С. 40-43. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів дослідження, написанні статті, статистичні обробці отриманих даних).*

5. **Савчук О. В.** Менеджмент в стоматологии в новых экономических условиях /О. Савчук// Modern Science - Moderni veda. - Praha. Ceska republika, Nemoros. – 2016. – № 2. – С. 160-164.

6. **Савчук О. В.** Государственно-частное партнёрство в стоматологии. /Савчук О.// Modern Science - Moderní veda. - Praha. Ceska republika, Nemoros. – 2016. – №3. – С.159-164.

7. **Савчук О. В.** Государственно-частное партнёрство – эффективный путь развития муниципальной стоматологии в Украине /О. Савчук// Massachusetts Review of Science and Technologies. – №1(13) – January-June, 2016. – С.898-906. Австралія.

8. **Савчук О.В.** Состояние здоровья управленческих кадров как критерий качества человеческих ресурсов в здравоохранении / О.В. Савчук, В.В. Горачук, Н.М. Орлова // Стоматологический журнал (республика Беларусь). – 2013. – Т. XIV, №2. – С.187-189. *(Дисертант брав участь у аналізі результатів соціологічного опитування управлінських кадрів).*

9. **Савчук О.В.** Научное обоснование концепции экономически-ориентированной реорганизации здравоохранения/ О.В. Савчук., И.В. Корецкий, В.В. Горачук // Стоматологический журнал (республика Беларусь).– 2013.–Т. XIV, №1.– С.78-80. *(Дисертант брав участь у науковому обґрунтуванні концепції економічно-орієнтованої модернізації галузі охорони здоров'я).*

10. **Савчук О.В.** Концептуальні напрями формування економічно орієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні/ О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2013. – №2 (83). – С.100-103.

11. **Савчук О.В.** Стан мережі та кадрового забезпечення стоматологічної служби м. Києва / О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2016. – №1 (94). – С.52-59.

12. **Савчук О.В.** Розширення профілактичної спрямованості стоматологічної допомоги / О.В. Савчук// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – №3(65). – С.14-16.

13. **Савчук О.В.** Соціологічне дослідження як елемент інформаційної бази для оптимізації діяльності стоматологічних закладів/ О.В. Савчук// Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип.3, Т. 1 (110). – С.308-312.

**14. Савчук О.В.** Концептуальні напрямки формування економічно орієнтованих форм стоматологічної організації в Україні / О.В.Савчук // Інновації в стоматології. – 2014. – №3. – С.142-145.

**15. Савчук О.В.** Аналіз стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Києві/ О.В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №4 (32). – С.49-52.

**16. Савчук О.В.** Актуальність переходу дитячих бюджетних стоматологічних закладів на договірні відносини/ О.В. Савчук // Галицький лікарський вісник. – 2011. – №2. – С.166-168.

**17. Маляр Р.В** Концептуальні напрями розвитку стоматологічної допомоги дитячому населенню/ Р.В. Маляр, **О.В. Савчук** // Науковий вісник Ужгородського університету (серія Медицина). – 2013. – №1 (46). – С.167-169. *(Дисертант брав участь у науковому обґрунтуванні концептуальних напрямків розвитку дитячої стоматології шляхом оптимізації її організації та управління).*

**18. Савчук О.В.** Розвиток комунальних стоматологічних закладів на базі державно-приватного партнерства/ О.В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. – 2015. – №3 (Спецвипуск).– С. 94-96.

**19. Савчук О.В.** Сучасні проблеми та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів на думку їх керівників та лікарів-стоматологів /О.В. Савчук// Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №2 (30).– С.46- 49.

**20. Савчук О.В.** Оцінка кадрового потенціалу дитячої стоматологічної служби м. Києва/ О.В. Савчук, М.В Голубчиков //Україна. Здоров'я нації. – 2011. – №2(18). – С.113-115. *(Дисертантом здійснено оцінку кадрового потенціалу дитячої стоматологічної служби м. Києва).*

**21. Савчук О.В.** Деякі актуальні проблеми та напрямки розвитку дитячої стоматологічної служби/ О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2011. – №2 (75). – С.89-92.

22. **Савчук О.В.** Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва / О.В. Савчук // Современная стоматология. – 2011. – № 2(56). – С.156-158.

23. **Савчук О.В.** Сучасна стратегія управління медичним персоналом стоматологічної організації /О.В. Савчук// Інновації в стоматології. – 2016. – №1. – С.38-43.

24. Голубчиков М.В. Аналіз обсягів стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва у 2006-2010 рр./ М.В. Голубчиков, **О.В. Савчук** //Україна. Здоров'я нації. – 2011. – №3 (19). – С.43-45. *(Дисертант брав участь у аналізі обсягів стоматологічної допомоги, наданої дитячому населенню м. Києва).*

25. Маляр Р. В. Стоматологічний заклад як підприємство у нових економічних умовах /Р. В. Маляр, О. А. Канюра, **О. В. Савчук** // Науковий вісник Ужгородського університету: Серія Медицина. – 2015. – № 1(51). – С.296–298. *(Дисертант брав участь в проведенні дослідження та аналізі результатів соціологічного опитування).*

26. **Савчук О.В.** Аналіз рівня організації стоматологічної допомоги дитячому населенню міста Києва /О.В. Савчук // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2011. – Вип. 20, кн. 1. – С.595-602.

27. **Савчук О.В.** Стан та проблеми організації стоматологічної допомоги дитячому населенню у м. Києві, на думку лікарів - стоматологів/ О.В. Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2011. – Вип. 20, кн. 3. – С.712-718.

28. **Савчук О.В.** Концептуально-методичні основи вдосконалення стоматологічної допомоги населенню у нових соціально-економічних умовах /О.В. Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 1. – С.502-509.

29. **Савчук О.В.** Характеристика стану організації стоматологічної допомоги населенню за матеріалами соціологічного дослідження /О.В.

Савчук// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 3. – С.143-150.

30. **Савчук О.В.** Пріоритетні напрями організації державних стоматологічних амбулаторно - поліклінічних закладів у нових економічних умовах /О.В. Савчук //Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23, кн. 4. – С.181-186.

31. **Савчук О.В.** Аналіз рівня стоматологічної допомоги населенню міста Києва /О.В. Савчук// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2011. – №3(15). – С.78-82.

32. **Савчук О.В.** Концептуальна модель збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я школярів /О.В. Савчук// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – №1(17). – С.64-66.

33. **Савчук О.В.** Аналіз стану стоматологічної допомоги в Україні /О.В. Савчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – №1(21). – С.58-62.

34. **Савчук О.В.** Соціологічне дослідження проблем муніципальних стоматологічних закладів /О. В. Савчук. О. А. Канюра. // Інновації в стоматології. – 2014. – № 2. – С.78-80. *(Дисертант брав участь в проведенні дослідження, аналізі результатів та написання статті).*

35. **Савчук О.В.** Стан та перспективи розвитку стоматологічної допомоги дорослому населенню у столиці України / О.В. Савчук, Н.М.Орлова // Матеріали XV конгресу Світової Федерації Українських лікарських товариств (СФУЛТ), (Чернівці, 16-18 жовтня 2014) – 2014. – С. 33-34. *(Дисертантом обґрунтовані та сформульовані перспективи розвитку стоматологічної допомоги дорослому населенню у столиці України).*

36. **Савчук О. В.** Державно-приватне партнерство в системі муніципальної стоматології / Савчук О. В. // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященный 75-ти летию профессора Рузина Геннадия Петровича (Харьков, 11 мая 2016). – 2016. – С.67-69.

37. **Савчук О.В.** Парадигма оптимізації діяльності комунальних стоматологічних закладів на засадах державно-приватного партнерства /О.В. Савчук // Актуальні питання науково-практичної стоматології: мат. міжнарод. стоматологічної конференції студентів та молодих вчених (Ужгород, 26-27 лютого 2016.) – 2016. – С. 309-311.

38. Орлова Н.М. Деякі аспекти управління медичної допомогою / Н.М.Орлова, **О.В.Савчук** //Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (Житомир, 11-12 жовтня 2012) – 2012 – С.91-92. *(Дисертантом обґрунтовані та сформульовані перспективи розвитку медичної допомоги).*

39. **Савчук О.В.** Пріоритетні напрями організації стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів комунальної власності у нових економічних умовах/ О.В. Савчук // Досягнення науки і практики в стоматології: мат. наук.-практ. конференції, присвяченої пам'яті проф. К.М. Косенка (Одеса, 24-25 жовтня 2014). – 2014. – №3.– С.173-174.

40. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках комунальної (муніципальної) форми власності в умовах ринкової економіки: методичні рекомендації/ Уклад.: П.С. Фліс, **О.В. Савчук**, О.А. Канюра; Нац. мед. універ. ім. О.О. Богомольця, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи. – К., 2014. – 25 с. *(Дисертант особисто обґрунтував концептуальні основи розвитку стоматологічних поліклінік муніципальної форми власності в умовах ринкової економіки та розробив технологію бізнес-процесу у сучасній моделі стоматологічної поліклініки).*

41. Реєстр № 366/1/14. Організація стоматологічної допомоги у міських стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності в умовах ринкової економіки / **О.В. Савчук** // Реєстр галузевих нововведень. – Київ, 2015.

## ДОДАТОК Б

### А Н К Е Т А

Шановні громадяни!

Проводиться соціологічне дослідження, результати якого будуть використані при удосконаленні організації медичної допомоги населенню. Ми просимо Вас ознайомитися з анкетною і відповісти на запитання. Ваші відповіді допоможуть в реорганізації медичного обслуговування населення. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Заповнення анкети проводиться виключно за Вашим бажанням. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу.

№ п/п	Запитання	Варіант відповіді
1	Ваша стать?	1. 1 – чоловіча
		1. 2 – жіноча
2	Ваш вік?	2. 1. - 18 - 24 роки
		2. 2 – 25 - 39 років
		2. 3 - 40-59 років
		2. 4 – 60 років і старше
3	Ваша соціальна належність (де Ви працюєте)?	3. 1. - службовець у бюджетних та приватних установах
		3. 2 – робітники та ІТП
		3. 3 - працівник галузі обслуговування
		3. 4 – підприємець
		3. 5. – домогосподарка
		3. 5 – пенсіонер
4	Що перешкоджає Вам своєчасно звернутися до стоматолога?	3. 6. – інвалід
		4. 1 – боязнь болю
		4. 2 – зайнятість по роботі
		4. 3. – матеріальне становище
5	Чи вважаєте Ви, що необхідно законо-давчо визначити обсяг гарантованого державою рівня безоплатної стоматологічної допомоги?	4. 4. - ні яких
		5. 1 – так
6	Скільки часу витратив лікар на Ваше лікування?	5. 2 – ні
		6. 1. - до 30 хвилин
		6. 2. - до 45 хвилин
7	Причина Вашого звернення до стоматологічного кабінету?	6. 3. - стільки, скільки було необхідно для завершення лікування
		7. 1 - пломбування зубів
		7. 2. видалення зубів
		7. 3. реставрація або виготовлення протезу
		7. 4 лікування хвороб пародонта
8.	Скільки часу Ви витратили на очікування прийому лікаря?	7. 5 профілактичний огляд, консультація
		8. 1. від 20 до 40 хвилин
		8. 2. від 10 до 20 хвилин
		8. 3. менше 10 хвилин
		8. 4. не очікував

9	Чи задоволені Ви результатами лікування?	9. 1. так
		9. 2. ні
		9. 3. важко відповісти
10	Чи влаштовує Вас оснащення закладу лікувальним і діагностичним устаткуванням, пломбувальними матеріалами?	10. 1. так
		10. 2. ні
		10. 3. важко відповісти
11	Чи влаштовує Вас організація стоматологічної допомоги та рівень сервісу (естетичне оформлення приміщень, простота запису, відсутність черг, зручний час прийому)?	11. 1. так
		11. 2. ні
		11. 3. важко відповісти
12	Чи доводилось Вам платити за стоматологічні послуги?	12. 1. так
		12. 2. ні
13	Чи доводилось Вам використовувати неформальні винагороди (подарунки, послуги, гроші і т. п.) для вирішення своїх стоматологічних проблем	13. 1. - так
		13. 2. – ні
		13. 3 - важко відповісти
14	Вкажіть розмір Вашої заробітної плати (пенсії)	14. 1. - 1000-1999 гривень
		14. 2. 2000-2999 гривень
		14. 3. 3000-4999 гривень
		14. 4. 5000 і більше гривень
15	Як часто Ви відвідували стоматолога впродовж останніх трьох років	15. 1. рідше ніж 1 раз на рік
		15. 2. 1-2 рази на рік
		15. 3. 3 і більше разів на рік
16	Чи відповідає рівень ціни на стоматологічні послуги якості послуг і обсягу допомоги, яка Вам надається?	16. 1. – так
		16. 2. – ні
		16. 3. – важко відповісти

## А Н К Е Т А

Шановні лікарі та керівники муніципальних стоматологічних закладів м. Києва!

Ми звертаємось до Вас з проханням ознайомитись з анкетою та дати відповіді на запитання. Ваші відповіді допоможуть в удосконаленні стоматологічної допомоги населенню. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Анкета заповнюється виключно за Вашим бажанням.

№ п/п	Запитання	Варіанти відповіді
1	Стать	1. 1 чоловіча      1. 2 жіноча
2.	Вік	2. 1 18-39 років      2. 2 40-49 років 2. 3 50-59 років      2. 4 60 і старше
3.	Матеріально - технічний стан стоматологічного закладу	3. 1 задовільний      3. 2 незадовільний
4	Динаміка матеріально-технічного стану закладу за останні 3 роки	4. 1 покращився      4. 2 не змінився 4. 3 погіршився
5	Використання сучасних методів лікування	5. 1 так      5. 2 ні через відсутність сучасної апаратури
6	Зміни необхідні для удосконалення організації роботи стоматологічних закладів	6. 1 збереження та удосконалення існуючої системи 6. 2 перехід до страхової медицини 6. 3 поширення приватної практики 6. 4 запровадження державно-приватного партнерства у стоматології
7.	Необхідність у запровадженні державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги	7. 1 існує      7. 2 ні 7. 3. важко відповісти
8	Наявність систематичної інформації про нові методи організації та фінансування стоматологічних закладів з провідних наукових установ	8. 1 так      8. 2 ні      8. 3 важко визначити
9	Проблеми, які заважають роботі стоматологічних закладів	
	9. 1. Недосконалість концепції розвитку стоматологічної допомоги в Україні	Так      ні      важко визначити
	9. 2. Відсутність прогресивної законодавчої бази	Так      ні      важко визначити
	9. 3. Недостатнє фінансування лікувальних закладів	Так      ні      важко визначити
	9. 4. Недостатня господарська самостійність закладів	Так      ні      важко визначити
	9. 5. Відсутність маркетингової (ринкової) стратегії в управлінні, неекономічна орієнтація організації закладів	Так      ні
	9. 6. Відсутність економічної мотивації до підвищення кваліфікації мед. персоналу	Так      ні
	9. 7. Низький рівень оплати праці	Так      ні
	9. 8. Відсутність системи прийому на роботу медичних працівників за контрактом, у якому вказується розмір заробітної плати залежно від обсягу наданої медичної допомоги	Так      ні
	9. 9. Відтік кваліфікованих кадрів із закладів	Так      ні
	9. 10. Недостатня підготовленість головних лікарів	Так      ні
	9. 11. Недостатня підготовленість лікарів	Так      ні
	9. 12. Низька платоспроможність населення	Так      ні
	9. 13. Відсутність чіткості у визначенні гарантій безоплатної допомоги населенню	Так      ні
	9. 14. Низький рівень клієнтського сервісу	Так      ні
	9. 15 Скорочення обсягу безоплатної медичної допомоги	Так      ні
10	Господарська форма стоматологічних закладів оптимальна для сучасних економічних умов	
	10. 1. Державна	Так      ні
	10. 2. Приватна	Так      ні
	10. 3. Державно-приватне партнерство	Так      ні
	10. 4. Акціонерна	Так      ні
11	Оптимізація надання стоматологічної допомоги у найближчі роки буде пов'язана з:	
	11. 1. Організаційно-функціональною перебудовою стоматологічної служби	Так      ні
	11. 2. Удосконаленням її фінансово-економічної діяльності	Так      ні
	11. 3. Запровадженням нових методів і технологій у лікувально-діагностичний процес	Так      ні
	11. 4. Удосконаленням кадрової політики	Так      ні

## А Н К Е Т А

Шановні керівники державних стоматологічних закладів України!

Ми звертаємось до Вас з проханням ознайомитись з анкетною та дати відповіді на запитання. Ваші відповіді допоможуть в удосконаленні стоматологічної допомоги населенню. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Анкета заповнюється виключно за Вашим бажанням.

№ п/п	Запитання	Варіанти відповіді
1	Стать	1. 1. чоловіча
		1. 2. жіноча
2	Вік	2. 1. до 30 років
		2. 2. 30-50 років
		2. 3. 50 років і старше
3	Стаж роботи керівником	3. 1. до 5 років
		3. 2. 5-15 років
		3. 3. більше 15 років
4	Ви керівник:	4. 1. стомат. поліклініки
		4. 2. стомат. відділення
5	Чи були Ви у резерві на дану керівну посаду?	5. 1. так
		5. 4. ні
6	Чи маєте Ви сертифікат лікаря-спеціаліста за фахом «організація і управління охороною здоров'я»?	6. 1. - так
		6. 2 – ні
7	Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію за фахом «організація і управління охороною здоров'я», вкажіть яку?	7. 1. вища
		7. 2. перша
		7. 3. друга
		7. 4. не має категорії
8.	Чи задовольняє Вас Ваша заробітна платня?	8. 1. - так
		8. 2 – ні
9	Чи залежить розмір Вашої заробітної плати від якості управління (показників функціонування закладу) ?	9. 1. - так
		9. 2 – ні
10	Чи задовольняє Вас існуюча система оплати праці медичних працівників?	10. 1. - так
		10. 2 – ні
11	Чи впливає бюджетне недофінансування стоматологічної служби на якість стоматологічної допомоги?	11. 1. - так
		11. 2 – ні
12	Як Ви оцінюєте матеріально-технічну базу Вашого закладу?	12. 1. задовільна
		12. 2. незадовільна
13	Чи існує відповідна законодавча база для роботи Вашого закладу у нових економічних умовах?	13. 1. - так
		13. 2 – ні
14	Чи адаптований Ваш заклад до роботи у ринкових умовах?	14. 1. - так
		14. 2 – ні
15	Як Ви оцінюєте існуючу систему фінансування стоматологічних закладів ?	15. 1. задовільна
		15. 2. незадовільна

16	Як Ви вважаєте, чи є доцільними наступні організаційні зміни у роботі стоматологічних закладів?	16. 1. Розширення юридичних і господарських прав для закладів
		16. 2. - Розробка і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги.
		16. 3. - Перехід від принципу бюджетного утримання стоматологічних закладів до принципу оплати обсягів медичної допомоги за договорами
		16. 4. - Прийом на роботу медичних працівників за контрактом, у якому вказується розмір заробітної плати в залежності від обсягу наданих послуг
		16. 5 – Трансформація частини державних стоматологічних закладів у заклади із залученням приватного капіталу (із державно – приватним партнерством)
17	Чи здійснюєте Ви аналіз економічної ефективності свого закладу?	17. 1. - так
		17. 2 – ні
18	Чи розробляєте Ви стратегічні плани управління закладом (на 5 років)	18. 1. - так
		18. 2 – ні
19.	Чи задоволені Ви взаємодією системи охорони здоров'я та органів виконавчої влади у Вашому регіоні?	19. 1. - так
		19. 2 – ні
20	Як Ви оцінюєте існуючу систему підготовки лікарів стоматологів, їх методичне та інформаційне забезпечення?	20. 1. задовільна
		20. 2. незадовільна

## А Н К Е Т А

### Шановні колеги !

Ми звертаємося до Вас з проханням ознайомитися з анкетой та дати відповіді на запитання. Ваші відповіді допоможуть в реорганізації медичного обслуговування населення. Заздалегідь дякуємо Вам за допомогу. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Заповнення анкети проводиться виключно за Вашим бажанням.

№ п/п	Запитання	Варіанти відповіді
1	Ваша стать	1. 1. чоловіча
		1. 2. жіноча
2	Ваш вік	2. 1. до 35 років
		2. 2. 36-50 років
		2. 3. 51 років і старше
3	Ваш стаж роботи стоматологом	3. 1. до 5 років
		3. 2. 5-15 років
		3. 3. більше 15 років
4	Чи маєте Ви сертифікат лікаря-спеціаліста за фахом «стоматологія»?	4. 1. - так
		4. 2 – ні
5	Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію за однією з вказаних спеціальностей «Стоматолог, ортопед, терапевт, хірург», підкресліть яку?	5. 1. вища
		5. 2. перша
		5. 3. друга
		5. 4. не має категорії
6.	Чи маєте Ви кваліфікаційну категорію	6. 1 – за двома спеціальностями
		6. 2 – за трьома спеціальностями
7	Чи укомплектовано ваше ЛПЗ лікарями з необхідним рівнем кваліфікації.	7. 1. так
		7. 2. ні
		7. 3. складно відповісти
8	Чи проводиться у вашому ЛПЗ підготовка лікарів в галузі економіки охорони здоров'я.	8. 1. так
		8. 2. ні
9	Як Ви оцінюєте існуючу систему фінансування стоматолог. закладів ?	9. 1 - задовільна
		9. 2 - незадовільна
10	Як ви оцінюєте матеріально технічну базу Вашого закладу?	10. 1 - . задовільний
		10. 2 - незадовільний
11	Динаміка матеріально-технічного стану Вашого закладу за останні 3 роки	11. 1 покращився
		11. 2 не змінився
		11. 3 погіршився
12	Чи існує відповідна законодавча база для роботи Вашого закладу у нових економічних умовах?	12. 1. так
		12. 2. ні
		12. 3. складно відповісти
13	Чи адаптований Ваш заклад до роботи у ринкових умовах?	13. 1 так
		13. 2. ні
14	Чи здійснюється ли аналіз економічної ефективності вашого закладу?	14. 1. так
		14. 2. ні
15	Чи розробляються ли в вашем ЛПЗ стратегічні плани управління та планування роботи закладу	15. 1 так
		15. 2 ні
		15. 3. складно відповісти

16	Чи задовольняє Вас існуюча система оплати праці медичних працівників?	16. 1 так
		16. 2. ні
17	Чи задовольняє Вас ефективність системи мотивації мед. персоналу в вашому ЛПЗ	17. 1 так
		17. 2. ні
18	Чи отримуєте Ви з наукових установ методичне та інформаційне забезпечення	18. 1 так
		18. 2. ні
19	Чи здійснюється ли є у вашому ЛПЗ аналіз потреб і потреб пацієнтів	19. 1 так
		19. 2 ні
		19. 3. складно відповісти
20	Чи задовольняє Вас існуючий рівень клієнтського сервісу у Вашому ЛП	20. 1 так
		20. 2 ні
21	Чи існують «маршрути» руху пацієнтів в Вашому ЛПЗ	21. 3. так
		21. 4 ні
22	Чи проводиться у вашому ЛПЗ системна робота з міжнародного партнерства	22. 1. так
		22. 2. ні
23	Чи надається Вам можливість підвищення кваліфікації раз на 5 років	23. 1. так
		23. 2. ні
24	Чи задовольняють Вас програми циклів тематичного удосконалення (ТУ) у системі після дипломної освіти?	24. 1. так
		24. 2. ні
		24. 3. складно відповісти
25	На Вашу думку, є необхідність запровадження в систему охорони здоров'я обов'язкового медичного страхування.	25. 1. так
		25. 2. ні
26	Як Ви вважаєте, чи є доцільними наступні організаційні зміни у роботі стоматологічних закладів?	26. 1. Розширення юридичних і господарських прав для ЛПЗ
		26. 2. Розробка і запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги
		26. 3. Перехід від принципу фінансування по нормативам к фінансуванню по результатам
		26. 4. Застосування прогресивних технологій оплати праці з доплатою за обсяг і якість роботи
		26. 5. Прийом на роботу медичних працівників за контрактом
		26. 6 Зміна організаційно-правових форм стоматологічних муніципальних ЛПЗ (на ЛПЗ державно-приватного партнерства
		26. 7. Підвищення рівня післядипломної підготовки лікарів та впровадження системи міжнародного партнерства
		26. 8. Оснащення муніципальних стоматологічних ЛПЗ сучасним медичним обладнанням

## ДОДАТОК Б

### Карта експертної оцінки моделі муніципально-приватної стоматологічної поліклініки

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка, свою думку щодо запропонованої моделі муніципально-приватної стоматологічної поліклініки. У кожній клітинці таблиці оцініть модель муніципально-приватної стоматологічної поліклініки (МПСП) за запропонованими аспектами, використовуючи 10-ти бальну шкалу.

Основні аспекти оцінки моделі	Бал
1. Об'єднання в юридично і господарсько самостійній моделі МПСП державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) для спільного управління закладом на принципах ДПП, при збереженні власності держави на стоматологічний об'єкт і впровадженні в практичну діяльність найбільш перспективних економічних технологій бізнес процесу.	
2. Структурна інтеграція у моделі МПСП муніципального (державного) та приватного відділення, кожне з яких має свої переваги, забезпечить можливість підвищити ефективність господарської діяльності, оптимізувати витрати, підвищити якість та доступність стоматологічних послуг.	
3. Забезпечення економічної ефективності моделі МПСП за рахунок: 3. 1. - переведення моделі зі сфери суспільного споживання у сферу відтворення; 3. 2. - реального фінансування, планування обсягів і структури допомоги відповідно до очікуваних фінансових ресурсів; 3. 3. - оптимізації технологічних процесів, ресурсного забезпечення виробництва; 3. 4. - оптимізації механізмів управління МПСП.	
4. Забезпечення медичної ефективності моделі за рахунок: 4. 1 розробки алгоритму стоматологічної допомоги з бригадно-етапним принципом обслуговування; 4. 2. розробки методології стоматологічного бізнес-процесу, який забезпечує підвищення обсягів і якості стоматологічної допомоги; 4. 3. переведення моделі на принципи оплати конкретних обсягів стоматологічної допомоги за договорами «субпідряду» на основі територіальних заявок.	
5. Впровадження ефективних механізмів менеджменту в МПСП	

Шановний експерте, вкажіть, будь-ласка:

стаж роботи за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я» \_\_\_\_\_

кваліфікаційну категорію \_\_\_\_\_

науковий ступінь \_\_\_\_\_

вчене звання \_\_\_\_\_