

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Моделювання прийняття оптимальних управлінських рішень при
організації дитячої стоматологічної допомоги»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗ-мз92-ш Шаєхова Ф. Ф.

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело Шаєхова Ф.Ф.

Наукові керівники:

проф., к.е.н. Кислий В.М.,

проф.д.м.н.Сміянов В.А

Суми 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« _____ » _____ 20 ____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю
281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»
студента групи УЗ.мз-92-ш
Шаєхова Фаніса Фарітовича

- 1.Тема роботи «Моделювання прийняття оптимальних управлінських рішень при організації дитячої стоматологічної допомоги»
затверджена наказом по СумДУ № _____ від « _____ » _____ 20 ____ р.
- 2.Термін подання студентом закінченої роботи _____
- 3.Мета кваліфікаційної роботи: розробка оптимальних управлінських рішень при організації дитячої стоматологічної допомоги
- 4.Об'єкт дослідження: КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка»
- 5.Предмет дослідження: система стоматологічної допомоги дитячому населенню, моніторинг дитячої стоматологічної захворюваності
- 6.Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах діяльності КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка», на основі поглибленого вивчення та узагальнення спеціальної вітчизняної та зарубіжної літератури, а також результатів власних досліджень, отриманих під час проходження переддипломної практики
- 7.Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
1	Теоретичні аспекти системи прийняття управлінських рішень	22.01.2021
2	Аналіз управління медичною установою вторинного рівня	01.02.2021
3	Рекомендації щодо удосконалення прийняття управлінських рішень в медичних закладах	09.02.2021

	вторинного рівня	
--	------------------	--

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити: особливості стоматологічної служби України, моніторинг дитячої стоматологічної захворюваності

У розділі 2 студент має провести аналіз: основних показників діяльності КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка»

У розділі 3 студент має запропонувати: шляхи покращення механізмів надання стоматологічної допомоги дитячому населенню

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ В.М. Кислий
(підпис)

Завдання до виконання одержав

_____ Ф.Ф. Шаєхов
(підпис)

АНОТАЦІЯ

В роботі проведено аналіз надання стоматологічної допомоги дитячому населенню на другому рівні.

Проведено моніторинг дитячої стоматологічної захворюваності.

Визначено основні напрямки діяльності. Проаналізовано надання стоматологічної допомоги дитячому населенню України, Сумської області та міста Шостка за період 2017-2019 р.р.

Вивчено зміни і тенденції стоматології України на сучасному етапі та основні проблеми.

Визначено основні завдання стоматологічної служби та запропоновано шляхи її удосконалення на сучасному етапі.

РЕФЕРАТ

Структура і обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 40 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 34 сторінки, у т.ч. 15 таблиць, 4 рисунки. Список використаних джерел – 2 сторінки.

Актуальність. Полягає в тому, що стоматологічна захворюваність в нашій країні і в теперішній час є достатньо високою, і слід очікувати зростання, якщо не будуть змінені в сприятливому напрямку умови, які впливають на розвиток захворювань порожнини рота та не поліпшиться якість надання стоматологічної допомоги, яка залежить від багатьох об'єктивних та суб'єктивних факторів.

Мета роботи - обґрунтування моделювання та оптимізації процесів при прийнятті управлінських рішень у системі охорони здоров'я вторинного рівня.

Завдання роботи:

- на основі аналізу літератури надати теоретичне підґрунтя щодо моніторингу та оцінки дитячої стоматологічної захворюваності;
- окреслити підходи щодо моделювання прийняття ефективних управлінських рішень;
- провести аналіз діяльності медичного закладу на прикладі медичної установи вторинного рівня;
- на основі емпіричного дослідження запропонувати практично рекомендації вдосконалення ефективності діяльності в галузі стоматології.

Об'єкт дослідження - передовий досвід побудови систем управління закладами охорони здоров'я.

Предмет дослідження – система вироблення та прийняття управлінських рішень в медичних закладах вторинного рівня.

Наукова новизна результатів полягає в узагальненні та оптимізації існуючих наукових підходів адміністрування закладів охорони здоров'я та їх адаптація до потреб медичних закладів стоматологічного напрямку.

Методи дослідження. Методологічною основою є епідеміологічні дослідження, аналіз документів і статистичних даних.

Ключові слова: ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ГАРАНТОВАНИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ, МОНІТОРИНГ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ.

Зміст

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ.....	10
1.1 Система управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.....	10
1.2 Моніторинг дитячої стоматологічної захворюваності	14
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ УСТАНОВОЮ ВТОРИННОГО РІВНЯ.....	19
2.1 Структура управління КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка»	19
2.2 Основні показники діяльності	23
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В МЕДЗАКЛАДАХ ВТОРИННОГО РІВНЯ	28
3.1 Переваги та недоліки в діяльності закладу охорони здоров'я.....	28
3.2 Рекомендації щодо прийняття управлінських рішень в сфері фінансування	30
ВИСНОВКИ.....	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	37

ВСТУП

Однією з найбільш актуальних проблем в Україні є стан здоров'я населення, в тому числі його складової – стоматологічного здоров'я. Низький рівень стоматологічного здоров'я негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж всіх періодів життя людини, спричиняючи соціальні та фінансові проблеми та негативно впливаючи на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Останні роки спостерігаються значні зміни у відношенні державних структур до організації стоматологічної допомоги населення України, що обумовлено передумовами у сфері соціальних та економічних взаємовідносин в країні і, відповідно, зменшення об'єму фінансування у системі охорони здоров'я. Це призвело до зростання основної стоматологічної захворюваності та значній розповсюдженості інших видів стоматологічної патології.

Особливе занепокоєння викликає стабільно висока поширеність стоматологічних захворювань у всі вікові періоди, насамперед значну ураженість твердих тканин зубів та пародонту у вагітних жінок та дітей.

Прикладне значення магістерської роботи полягає в застосуванні системного підходу, статистичного аналізу, методів моделювання та прогнозування при прийнятті управлінських рішень в медичних закладах вторинного рівня.

Актуальність дослідження зумовлюється необхідністю пошуку сучасної моделі моделювання та прийняття управлінських рішень з надання стоматологічної допомоги населенню України в умовах інформатизації суспільства та впровадження, високорозвинутих технологій, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління, дефіцит фінансування галузі. У таких умовах система моделювання та прийняття управлінських рішень є невід'ємною складовою розв'язання характерних

теоретичних і практичних завдань медичних закладів стоматологічного спрямування.

Мета роботи - обґрунтування моделювання та оптимізації процесів при прийнятті управлінських рішень у системі охорони здоров'я вторинного рівня.

Завдання роботи:

- на основі аналізу літератури надати теоретичне підґрунтя щодо моніторингу та оцінки дитячої стоматологічної захворюваності;
- окреслити підходи щодо моделювання прийняття ефективних управлінських рішень;
- провести аналіз діяльності медичного закладу на прикладі медичної установи вторинного рівня;
- на основі емпіричного дослідження запропонувати практично рекомендації вдосконалення ефективності діяльності в галузі стоматології.

Об'єкт дослідження - передовий досвід побудови систем управління закладами охорони здоров'я.

Предмет дослідження – система вироблення та прийняття управлінських рішень в медичних закладах вторинного рівня.

Наукова новизна результатів полягає в узагальненні та оптимізації існуючих наукових підходів адміністрування закладів охорони здоров'я та їх адаптація до потреб медичних закладів стоматологічного напрямку.

Відмінність одержаних результатів від відомих раніше:

- проведено системний огляд теоретичних розробок стосовно моделювання процесів підготовки, прийняття та контролю управлінських рішень у системі охорони здоров'я;
- визначено основні напрями оптимізації системи управління процесами підготовки та прийняття рішень у медичних закладах стоматологічного напрямку;
- удосконалено організаційно-функціональну модель системи підготовки та прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

1.1 Система управлінських рішень у сфері охорони здоров'я

Сучасний стан розвитку суспільства характеризується постійною зміною зовнішнього середовища, мінливістю обставин та підвищенням невизначеності

Тому дуже важливо приймати виважені управлінські рішення та своєчасно контролювати діяльність всіх структурних підрозділів закладу, та оцінювати динаміку та ефективність функціонування медичного закладу в цілому. Реалізувати ці потреби дозволяє якісно організована система управління.

У вітчизняній і зарубіжній науковій літературі проблема управління охороною здоров'я є важливим предметом теоретичних та прикладних досліджень у соціальній сфері суспільних відносин. Теоретичні та практичні аспекти питання прийняття й реалізації управлінських рішень у закладах охорони здоров'я розглянуто в працях таких науковців, як В.Г. Воронкова, В.М. Ковальов, С.Ф. Покропивний, Л.І. Шваб, А.В. Шегда та ін.

Проте в економічній літературі продовжується пошук шляхів удосконалення системи стратегічних рішень закладів охорони здоров'я в сучасних умовах.

Процес прийняття управлінського рішення у вітчизняних закладах охорони здоров'я стає все більш ускладненим з огляду на наростання різноспрямованості аспектів, які визначають ефективність подальшої реалізації таких рішень у сучасних умовах. Реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у

медичній галузі [3].

Плани просуваються вверх-вниз до того часу, доки всі учасники не дійдуть згоди. Варто враховувати, що кінцеве рішення має відповідати загальній місії, стратегії організації, завданням, пріоритетам і прийматися в контексті наявних у медичному закладі фінансових ресурсів.

Система управлінських рішень у закладах охорони здоров'я представлена на рис. 1.1.

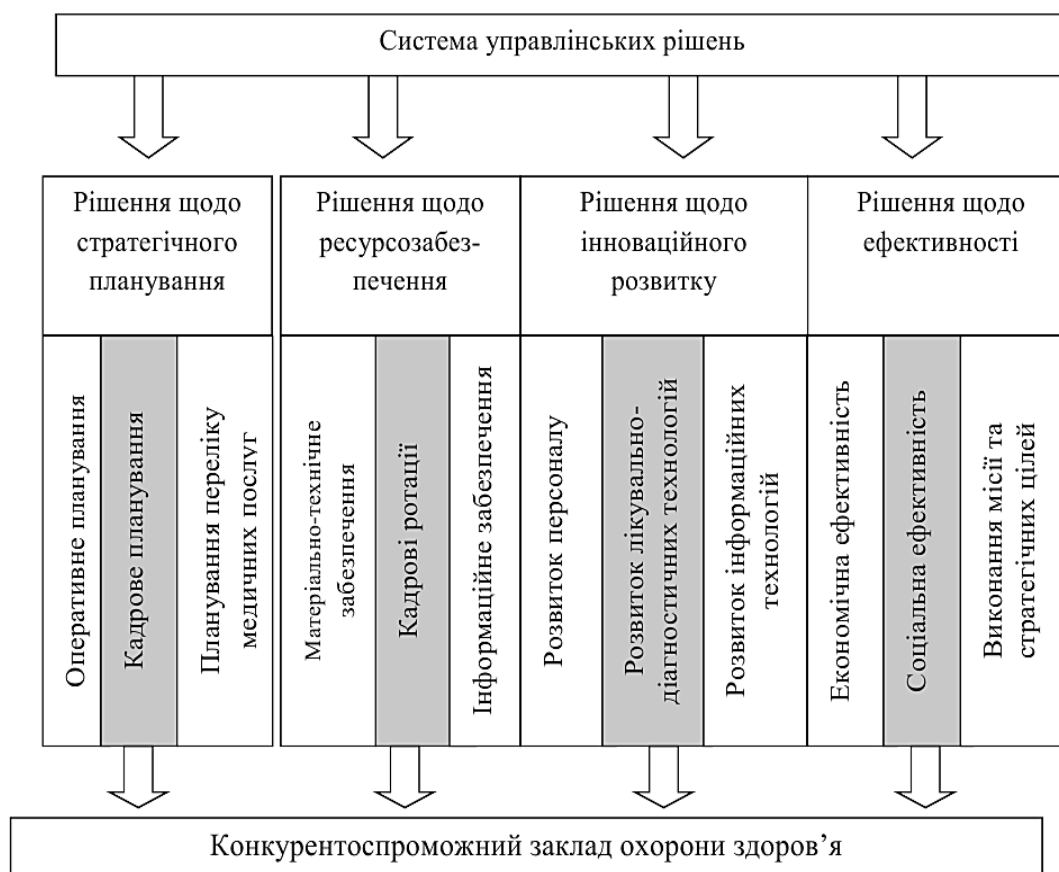


Рисунок 1.1 - Система управлінських рішень закладу охорони здоров'я [18]

Усі управлінські рішення мають відповідати таким вимогам:

- бути конкретизованими кількісно: результат кожного управлінського рішення має вимірюватися кількісним показником, досягнення якого буде прийматися як факт виконання;
- характеризуватися терміном виконання;

– бути досяжним: в організації достатньо ресурсів і можливостей для його виконання чи запропоновано план із залучення таких ресурсів чи набуття необхідних можливостей;

– закріплено відповідальну особу за виконання такого рішення [7].

Прийняття управлінських рішень у закладах охорони здоров'я стосується таких сфер менеджменту [8]:

– планування (організаційне, операційне, фінансове, кадрове, планування розширення/скорочення переліку медичних послуг);

– фінансовий контролінг і управління оплатою праці;

– розподіл ресурсів і кадрові ротації;

– розвиток ресурсів, зокрема використання прогресивних інформаційних технологій, упровадження технологічних інновацій, підвищення кваліфікації медичного персоналу;

– загальна ефективність – підвищення ефективності й продуктивності медичного закладу.

Узагальнено схему прийняття управлінського рішення подано на рис. 1.2.

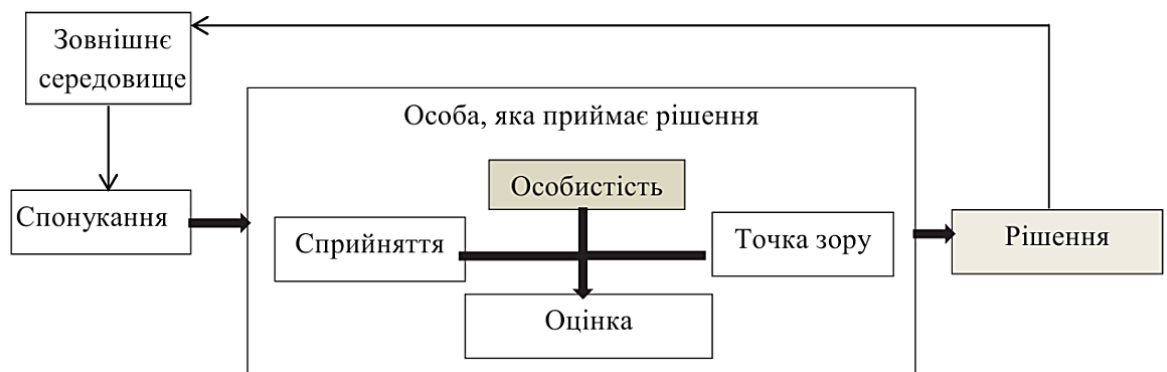


Рисунок 1.2 - Схема ухвалення управлінського рішення [35]

Охарактеризуємо основні складники процесу ухвалення управлінського рішення. Рішення залежить від особистості, яка його ухвалює. Це найбільш суб'єктивний складник, оскільки характеристики особистості є індивідуальними, залежать як від особистісних рис, так і професійної

компетентності.

Прийняття остаточного рішення про подальший розвиток медичної установи – явище індивідуалізоване, водночас, практикою господарювання розроблено низку типових стратегій, які закладено як основу для усіх інших.

Вибір стратегії медичної організації суттєво впливає на прийняття того або іншого рішення й уявлення про наслідки виконання рішення. На вибір альтернативи управлінського рішення, найбільше впливають пріоритети та інтереси вищого керівництва (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 - Ціннісні орієнтації керівників медичного закладу [10]

Орієнтації	Категорії цінностей	Типи пріоритетних цілей медичного закладу
Теоретичні	Знання, навички, кваліфікація, раціональне мислення	Довгострокові дослідження та розробки, активна участь у підвищенні кваліфікації
Економічні	Практичність, корисність	Зростання, прибутковість, результативність, задоволеність клієнтів, динаміка обсягу наданих послуг
Політичні	Влада, визнання	Загальний обсяг капіталу, чисельність працівників, громадська активність керівництва
Соціальні	Добрі стосунки в колективі та з клієнтами, відсутність конфліктів, скарг	Соціальна відповідальність, сприятлива атмосфера в закладі
Естетичні	Художня гармонія, форми та симетрія	Сервіс, якість, комфортність, дизайн
Релігійні	Моральні норми	Етика

Вихідною точкою для прийняття управлінського рішення є ціль, яку необхідно досягнути. Процес виконання рішення передбачає якусь визначену ціль щодо розв'язання проблеми, створення нового рівня виконання чи запобігання небажаній ситуації [13].

Управлінські рішення доцільно розподіляти на два класи: програмовані і непрограмовані. Програмовані рішення добре структуровані, у працівників уже є досвід виконання подібних рішень, імовірність прогнозованих наслідків висока. Такі рішення доцільно прописати у формі процедур чи алгоритмізованих процесів, що спростить їх виконання. Вони характеризуються високим ступенем ефективності виконання та, як правило, раціональні щодо

використання ресурсів [15].

Проблематичними в ухваленні й забезпеченні виконання є непрограмовані рішення. Вони є слабо структурованими, наслідки їх виконання є слабо прогнозованими, у персоналу недостатньо досвіду, містять високий ступінь ризику.

За способом обґрунтування рішення розрізняють інтуїтивні, засновані на суб'єктивних судженнях і раціональні. Інтуїтивні рішення – врахування попереднього досвіду та впливу чинників на основі відчуттів особи, яка приймає рішення.

В основі рішень, заснованих на судженнях, покладено довіру до авторитетного експерта чи аналітика. Менеджер приймає рішення, базуючись на висновках чи рекомендаціях інших фахівців.

Раціональні рішення передбачає визначену послідовність етапів розроблення та ухвалення: діагностику проблеми, формування системи обмежень та критеріїв, окреслення альтернатив, їх оцінку та остаточний вибір.

Окремого дослідження заслуговує проблематика ухвалення індивідуального чи групового рішення. Тут доцільно використовувати підходи партисипативного управління [20].

1.2 Моніторинг дитячої стоматологічної захворюваності

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, національна система стоматологічної допомоги населенню повинна включати моніторинг стоматологічного здоров'я, використовуючи загальноприйняті на міжнародному рівні критерії, що дозволяє об'єктивно оцінювати якість лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги, обґрунтовано і своєчасно вносити відповідні корективи у програми профілактики

стоматологічних захворювань, планувати матеріальне та кадрове забезпечення галузі [1].

В Україні є багаторічний досвід епідеміологічних стоматологічних досліджень дітей. Ці дані регулярно публікуються у національних і міжнародних професійних виданнях. Найчастіше для оцінки стоматологічного здоров'я дітей використовують індекси КПВ постійних зубів «ключових» вікових груп 12 і 15 років, що дозволяє вивчити динаміку захворюваності дитячого населення карієсом [2]. При цьому досить складно визначити можливі причини спостережуваних негативних тенденцій і дати науково обґрунтовані рекомендації щодо усунення факторів ризику, які спричиняють погіршення стоматологічного здоров'я дітей у ряді регіонів країни.

У науковій стоматологічній літературі загальновідомі фактори ризику виникнення основних стоматологічних захворювань – карієсу зубів і хвороб пародонта – це: дефіцит фтору в питній воді, часте вживання солодких продуктів харчування і надмірне накопичення на зубах мікробного нальоту [17]. Однак з різних причин ці фактори в системі стоматологічної допомоги не завжди враховуються, а у наукових роботах використовується велика кількість методик досліджень та оціночних критеріїв, що зрештою робить проблематичним або неможливим використання запропонованих рекомендацій на практиці. Так у світі застосовується понад 600 різних критеріїв оцінки стоматологічного здоров'я та якості стоматологічної допомоги населенню. Для моніторингу стоматологічного здоров'я населення країн Європи групою експертів зі стоматології рекомендовані 40 індикаторів, що включають суб'єктивні (думку користувачів стоматологічних послуг) та об'єктивні (дані професійного стоматологічного дослідження) критерії [4]. Найбільш значущими в цій системі оцінок стоматологічного здоров'я дітей за суб'єктивними критеріями є:

- а) самооцінка здоров'я та вигляду своїх зубів;
- б) дотримання правильного режиму чищення зубів і прийому солодких харчових продуктів;

в) випадки зубного болю.

Лікарська оцінка стоматологічного здоров'я включає визначення компонентів індексу КПВ і поширеності кровоточивості ясен. Визначення зазначених суб'єктивних і об'єктивних показників у вимірних параметрах дозволяє виявити можливі взаємозв'язки рівня стоматологічного статусу, факторів способу життя і якості стоматологічної допомоги [6].

На сьогодні в країнах ЄС з метою вивчення стоматологічного статусу успішно використовують Європейські індикатори здоров'я порожнини рота. Інформативність Європейських індикаторів у визначенні якості стоматологічної допомоги дітям та у виявленні поведінкових факторів ризику (детермінантів карієсу і хвороб пародонта) досліджували за системою EGOHID (Європейська глобальна система індикаторів стоматологічного здоров'я) [37], що включає визначення об'єктивних (огляд) і суб'єктивних (анкетування) показників.

Таблиця 1.2 - Індикатори за системою EGOHID стоматологічного здоров'я

Індикатори і коди за системою EGOHID
Відсоток здорових дітей – B12
Індекс гігієни рота – ОНІ-S (Гріна–Вермільйона)
Кровоточивість ясен (% від числа обстежених) – B14
Поширеність карієсу постійних зубів (%) – B12
Середній КПВ постійних зубів – B13
Нелікований карієс: середній "К" і % від КПВ – B9
Видалені постійні зуби: середнє "В" і % від КПВ – B17
Число видалених постійних зубів на 1000 дітей – B13
SiC-index (Найвища інтенсивність карієсу зубів) – B13
Флюороз зубів: % і міра тяжкості за індексом FI – A12
Потреба у профілактиці (%) – B5
Потреба у плановому лікуванні (%) – B5
Потреба у невідкладному лікуванні (%) – B6

При стоматологічному огляді дітей реєструють КПВ постійних зубів, індекс гігієни порожнини рота Гріна–Вермільйона (ОНІ-S) і кровоточивість

ясен. Анонімне опитування з використанням анкет ВООЗ, анкета містить 11 питань, що стосуються суб'єктивної оцінки стану і зовнішнього вигляду зубів, випадків зубного болю, кількості відвідувань лікаря-стоматолога та привід, рекомендованої частоти чищення зубів і виду зубної пасти, частоти вживання солодких продуктів і напоїв, а також наявності шкідливих звичок.

Таблиця 1.3 - Кореспондування суб'єктивних і об'єктивних індикаторів стоматологічного здоров'я [37]

Індикатор	Індикатор
Чистять зуби 2 рази в день – А1	Звернулися до стоматолога з приводу зубного болю – В6
Використовують F-вмісну пасту – А2	Оцінили стан своїх зубів як «відмінний» або «хороший»
Не знають, яку пасту використовують	Оцінили стан як «поганий» – D3
Палять іноді або постійно – В2	Задоволені видом своїх зубів
Щодня вживають солодощі (торт, тістечка тощо, цукерки) – В1	Уникали посміхатися через вигляд своїх зубів – D4
Щодня вживають солодкі напої (лимонад, кока-кола, чай із цукром) – В1	Протягом останніх 12 місяців відчували зубний біль – D2
Протягом останніх 12 місяців звернулися до стоматолога самостійно або за викликом – В5	Пропускали уроки через зубний біль – D5

Аналіз отриманих даних проводять шляхом обчислення середніх величин індексів стоматологічного статусу, процентного відношення відповідей на поставлені питання і визначення можливих взаємозв'язків поведінкових факторів зі станом зубів і ясен, а також інформативності європейських індикаторів в оцінці рівня стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку двох ключових вікових груп.

Незадовільна гігієна рота оцінюється одним із міжнародно визнаних індексів – спрощеним індексом ОНІ-S Гріна–Вермильйона, є найважливішим індикатором ризику хвороб періодонта. На рис. 1.1 показана тенденція стоматологічних хвороб по мірі погіршення показників гігієнічного індексу.

Важливо зауважити, що значне відхилення відсотка дітей із кровоточивістю ясен від експоненційної лінії характеризує тенденцію можливих взаємозв'язків рівня ОНІ-S і гінгівіту, вказує на вплив інших

несприятливих чинників ризику, які підлягають подальшому дослідженню.

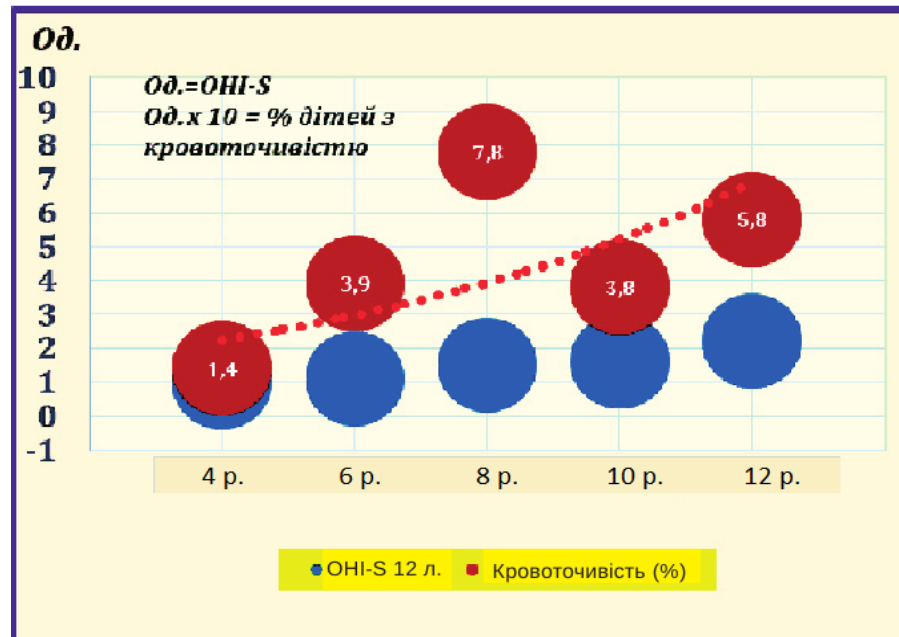


Рисунок 1.3 - Кореляція стоматологічних хвороб та гігієнічного індексу [33]

Не лише у численних джерелах наукової стоматологічної літератури, але й в документах ВООЗ доказовими факторами ризику виникнення карієсу зубів вважаються дефіцит фтору, мікробний зубний наліт і часте вживання солодоців. Однак у конкретній ситуації далеко не завжди вдається бути переконаним, що той чи інший фактор має відношення до каріозної хвороби. Так, якщо оцінювати значущість індикатора «солодоці» як чинник ризику карієсу зубів у дітей, то можна зазначити, що при великому відсотку дітей (57%), які щодня і по кілька разів на день вживають солодкі продукти, інтенсивність карієсу у них (КПВ-3,5) значно нижча, ніж у дітей іншого віку (КПВ-5,4) [33].

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ УСТАНОВОЮ ВТОРИННОГО РІВНЯ

2.1 Структура управління КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка»

Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська стоматологічна поліклініка» Шосткинської міської ради.

Код ЄДРПОУ – 21103023

Дата реєстрації первинної – 27.12.1991 р.

Дата та номер останньої реєстрації – 13.03.2019 р № 16331450000001625

Уповноважена особа:

Цецерська Ніна Петрівна

Організаційно – правова форма:

комунальне підприємство

Форма власності – державна власність

Вид діяльності:

86.23 Стоматологічна практика

Контакти:

41100 Сумська область, м. Шостка, вул. Марата 21

Тел. (0549) 6-15-03; 6-12-35; 6-11-08

e-mail: stom_secretar@meta.ua

Поліклініка відноситься до другого рівня надання амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Є самостійним лікувально-профілактичним закладом, який надає спеціалізовану допомогу територіально прикріпленому населенню ОТГ.

Діяльність закладу спрямована на профілактику стоматологічних захворювань, своєчасне виявлення і лікування хворих з захворюваннями щелепно-лицевої ділянки серед дорослого і дитячого населення.

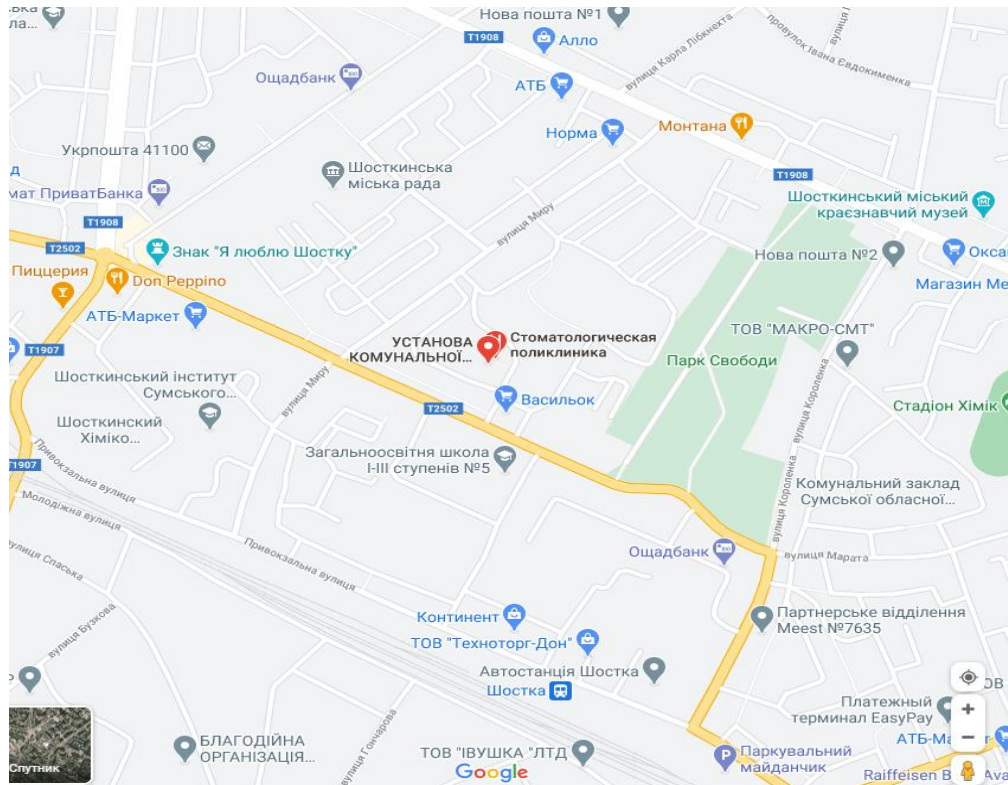


Рисунок 2.1 - Розташування КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка»

Стоматологічна допомога надається по таким спеціальностям (згідно ліцензії МОЗу від 04.04.2019 №3726 :

- терапевтична стоматологія;
- хірургічна стоматологія;
- дитяча стоматологія;
- ортопедична стоматологія;
- ортодонція;
- пародонтологічна стоматологія;
- рентгенологія;
- фізіотерапія.

Станом на 01.01.2019 р. стоматологічна мережа мала таку структуру [11]:

1. Установа комунальної власності «Шосткинська стоматологічна поліклініка».

2. Стоматологічний кабінет в складі Шосткинської ЦРЛ на 2 крісла.
3. 2 стоматологічних кабінети в профілакторіях.
4. Стоматологічний кабінет в дитячому протитуберкульозному санаторії.
5. Стоматологічний кабінет в протитуберкульозному диспансері.
6. Стоматологічні санаційні кабінети в школах – 10 та 1 в коледжі.
7. Стоматологічні кабінети в сільській місцевості – 5.
8. Приватно-практикуючі стоматологи ФОП – 15.

Структура поліклініки складається з таких підрозділів:

I. Терапевтичне відділення № 1:

1. Лікувальні кабінети.
2. Хірургічний кабінет.

II. Терапевтичне відділення № 2:

1. Лікувальні кабінети.
2. Пародонтологічний кабінет.

III. Дитяче відділення:

1. Лікувальний кабінет.
2. Ортодонтичний кабінет.

IV. Ортопедичне відділення:

1. Лікувальні кабінети.
2. Зуботехнічна лабораторія з ливарнею.

V. Рентгенологічний кабінет.

VI. Фізіотерапевтичний кабінет.

VII. Медична реєстратура.

VIII. Бухгалтерія.

Пріоритетним напрямком діяльності стоматологічної служби на протязі останніх 3-х років було надання планової лікувально-профілактичної допомоги дитячому населенню, допризовній і призовній молоді, пільговим категоріям

населення (інваліди війни, учасники бойових дій, учасники АТО, учасники війни та інші), рання діагностика та профілактика онко-захворювань порожнини рота, поліпшення матеріально-технічної бази поліклініки та збереження кадрового потенціалу.

Таблиця 2.1 - Забезпеченість лікарями-стоматологами по закладу (на 10 тис. населення)

Кваліфікація	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Лікарі-стоматологи	4,1	3,8	3,5
Лікарі-стоматологи-ортопеди	0,75	0,7	0,6

Таблиця 2.2 - Кадровий потенціал стоматологічної поліклініки

	2017 р.		2018 р.		2019 р.		9 місяців 2020р.	
	штат	фіз.осіб	штат	фіз.осіб	штат	фіз.осіб	штат	фіз.осіб
Лікарі	55,0	35	55,0	34	51,5	36	32,5	32
Середній медичний персонал	43,25	37	43,25	37	39,0	31	30,0	29
Молодший медичний персонал	18,5	18	18,5	16	17,0	13	11,5	11
Інші	25,75	21	25,75	21	26,0	20	16,5	15
Всього	142,5	111	142,5	108	133,5	99	90,5	87

Атестація лікарів стоматологічного профілю та молодших спеціалістів з медичною освітою проводиться у відповідності з діючими показами МОЗУ.

Таблиця 2.3 - Відсоток атестованих лікарів

2017 р.	2018 р.	2019 р.
82%	90%	90%

Таблиця 2.4 - Відсоток атестованих зубних техніків та молодших медичних спеціалістів з медичною освітою

2017 р.	2018 р.	2019 р.
100%	100%	100%

Таким чином, заклад має досить потужний висококваліфікований

кадровий потенціал лікарів-стоматологів і середнього медичного персоналу.

2.2 Основні показники діяльності

З початку введення реформи в Україні КНП «Шосткинська СП» підписала договір з НСЗУ на один пакет послуг – «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу», згідно якого надається безкоштовно ургентна стоматологічна допомога дорослим та дітям, і планова стоматологічна допомога дітям до 16 років відповідно до переліку станів. На один такий випадок виділяється державою 9 грн. 19 коп. [39].

Всі види іншої стоматологічної допомоги надаються на платній основі за затвердженим переліком цін, які не перевищують граничні тарифи, затверджені розпорядженням голови Сумської ОДА від 10.09.2018 року № 536-ОД, зареєстрованого в головному територіальному управлінні юстиції в Сумській області 14.09.2018 року № 72/867 [30].

Таблиця 2.5 - Основні показники діяльності серед дорослого населення

Найменування показника	Середні по Україні (2015 р.)	Середні по області (2018 р.)	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Питома вага оглянутих серед дорослого населення	25,9	30,2	35,0	31,6	27,3
Питома вага оглянутих серед первинних	-	64,7	82,2	77,8	74,8
Питома вага потребуючих лікування серед планово-оглянутих	52,7	38,8	37,7	38,0	38,0
Питома вага санованих в числі потребуючих санації, виявлених в плановому порядку	77,7	77,8	80,0	80,4	80,0
Питома вага санованих серед первинних	-	45,3	56,8	57,6	61,0

Аналіз даних таблиці свідчить про те, що показники роботи по поліклініці

протягом 3-х останніх років на рівні середньо-обласних, а деякі і вищі за них і середні по Україні.

Із-за відсутності лікарів-стоматологів в сільській місцевості, надання стоматологічної допомоги проводилось виїзними бригадами згідно плану-графіка. При виїздах проводились профілактичні огляди населення і максимальна санація порожнини рота в одне відвідування.

Таблиця 2.6 - Виїзди в сільську місцевість

	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Всього виїздів	48	48	-
в.ч.: лікувальних	42	44	-
ортопедичних	6	4	-

Таблиця 2.7 - Показники лікувальної роботи серед дорослого населення

Найменування показника	Сер. обл. (2018 р.)	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Кількість відвідувань лікар за зміну	16,0	17,0	16,7	16,4
Кількість пломб в день	9,9	10,2	10,0	10,2
Кількість УОП в день	31,7	32,6	31,4	32,4
Кількість санацій в день	3,7	3,8	3,9	3,8

Показники лікувальної роботи за останні три роки стабільні.

Стоматологічну хірургічну амбулаторну допомогу надають 3 лікаря-хірурга.

Таблиця 2.8 - Хірургічно амбулаторна допомога

	2017 р.	2018 р.	2019 р.	9 міс.2020 р.
по штату	3,25	3,25	3,25	3,25
зайнято осіб	3,0	3,0	3,0	3,0
фізичних осіб	3	3	3	3

Таблиця 2.9 - Показники роботи хірургічно амбулаторної допомоги

Найменування показника	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Відвідувань в день	22,0	19,5	18,0
Видалень в день	17,0	16,0	14,5
Операцій в день	0,56	0,5	0,3
Санацій в день	1,0	1,0	1,0
УОП в день	31,5	24,0	20,2

Протягом 3-х років відбувається зменшення показників, що свідчить про проведення профілактичної роботи на достатньому рівні.

Стоматологічну ортопедичну допомогу дорослому населенню надають 5 лікарів стоматологів-ортопедів і 11 зубних техніків.

Таблиця 2.10 - Основні показники, що характеризують роботу лікарів-ортопедів

Найменування показника	Сер. українські. (2015 р.)	Сер. обл. (2018 р.)	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Кількість осіб, які отримали протези з розрахунку на 100 осіб дорослого населення	0,9	1,3	2,3	2,3	2,0
Кількість осіб, які отримали протези на 1 зайняту посаду лікаря-протезиста	192,5	247,2	207,0	234,0	282,0
Кількість зубних протезів, виготовлених з розрахунку на 1 зайняту посаду зубного техника	-	317,9	256,0	255,0	289,0
Питома вага бюгельних протезів в загальній кількості частково-знімних протезів	2,9	4,3	5,5	3,0	2,2

Доступність ортопедичної допомоги населенню визначається показником кількості осіб, які отримали протези з розрахунку на 100 осіб дорослого населення. Цей показник у нас вищий за середні по Україні та середньо-обласний. Інші показники стабільні і вищі за середні по Україні та середньо-обласні.

До обов'язків відділення по наданню ортопедичної допомоги є також надання безкоштовного зубного протезування пільговим категоріям населення

за маловитратними технологіями:

- ветеранам війни (інваліди війни, учасники бойових дій, УВ, ОПЗП);
- пенсіонерам;
- ветеранам праці;
- донорам;
- інвалідам загального захворювання;
- особам, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

Щорічно з місцевого бюджету виділялись кошти на вищевказані пільгові категорії.

Таблиця 2.11 - Виділення коштів з місцевого бюджету

	На пільгові категорії (тис. грн.)	На чорнобильців (тис. грн.)
2017 р.	218,2	82,3
2018 р.	223,1	106,5
2019 р.	261,3	123,2
2020 р.	218,0	82,1

Таблиця 2.12 - Зубопротезування осіб пільгового контингенту

	Пільгових осіб	Чорнобильців
2017 р.	155	59
2018 р.	116	54
2019 р.	127	67
9 міс. 2020 р.	96	40

Аналіз звітних даних роботи лікарів-стоматологів закладу показує, що обсяги та якість надання стоматологічної допомоги населенню вдалось зберегти на протязі років. Робота закладу була побудована згідно плану організаційно-методичних заходів і мала планово-профілактичну направленість. Згідно плану проводились планові огляди і санація дітей, підлітків.

Щорічно згідно графіку санувались діти в шкільних санаційних кабінетах. Щорічно оглядались ветерани війни, особи, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

З 01.04.2020 року з введенням медичної реформи відбулись зміни в структурі закладу і в кадровому потенціалі, а саме зменшення штату з 142,5 в 2017 році до 90,5 в 2020 році (на 52 особи). З НСЗУ законтрактовані тільки 9 штатних одиниць (7 лікарів по 0,25 ставки та 2 молодших спеціаліста з медичною освітою). Інший персонал поліклініки входить до відділення по наданню платних послуг.

Профілактична робота серед дорослого населення не проводиться, за виключенням оглядів допризовної та призовної молоді.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В МЕДЗАКЛАДАХ ВТОРИННОГО РІВНЯ

3.1 Переваги та недоліки в діяльності закладу охорони здоров'я

Проведений аналіз доводить, що управління охороною здоров'я є важливим предметом теоретичних та прикладних досліджень у соціальній сфері суспільних відносин. Однак докорінні зміни в системі надання медичної стоматологічної допомоги населенню, які набули значного прискорення в 2016-2019 р.р., що пов'язано з початком реформування галузі призвели до стрімкого скорочення мереже державних та комунальних лікувально-профілактичних закладів, що надають стоматологічну допомогу в країні.

Посилаючись на відсутність порядку надання стоматологічної допомоги, який відповідно до чинного законодавства, має встановлюватись центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики сфері охорони здоров'я, та відсутність державних гарантій щодо стоматологічної допомоги, місцеві органи влади звели до мінімуму її фінансування; скорочують кількість бюджетних посад лікарів стоматологічного профілю; переводять у статус підприємств стоматологічні поліклініки; масово ліквідують стоматологічні кабінети в сільській місцевості; практично ліквідовані стоматологічні кабінети, що працювали в організованих дитячих колективах [34].

До мінімуму зведено роботу з профілактики основних стоматологічних захворювань. Згорнуті повністю профілактичні стоматологічні програми як на державному, так і на регіональному рівнях. Взагалі не ведеться ніяка робота з масової (комунальної, загальнодержавної) та колективної (групової) стоматологічної профілактики.

Виходячи з цього, значно погіршилась доступність стоматологічної допомоги для населення у першу чергу соціально-незахищених верств та

мешканців сільської місцевості. Спостерігається значне підвищення поширеності стоматологічних захворювань і, як наслідок, тяжких ускладнень від них.

Стратегічне планування розвитку охорони здоров'я на державному й регіональному рівнях повинно передбачати вирішення таких завдань, як створення ринку медичних послуг, виходячи із забезпечення реальної можливості вибору громадянами медичної установи і лікаря; підвищення якості медичного обслуговування та профілактичних заходів; реорганізація мережі медичних установ, у тому числі їх роздержавлення; забезпечення стабільності фінансування системи охорони здоров'я, фармацевтичної й медичної промисловості; розробка й впровадження розширеного набору медичних послуг.

При взаємодії лікаря і пацієнта у КНП «Шосткинська СП» враховується 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.

Однією з найбільш важливих сучасних проблем у галузі державного управління є розробка нових методів фінансування медичної галузі на основі врахування закономірностей її розвитку. Хоча Україна має досить розвинену інфраструктуру медичних закладів і за їх кількістю щодо кількості населення випереджає країни Європейського Союзу, але при цьому рівень захворюваності, інвалідності в Україні вищий, ніж у розвинених країнах. Це пояснюється тим, що в зазначених країнах система охорони здоров'я діє головним чином як профілактична і зосереджує свою увагу і практичну діяльність не тільки на лікуванні, а насамперед на запобіганні захворюванням, що, власне, має стати стратегічним і для України [5].

З введенням з 1 квітня реформи охорони здоров'я в країні значних перетворень потерпіла і стоматологія. В 2017 році була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ). До її повноважень віднесена оплата наданих пацієнту медичних послуг. Були встановлені Єдині національні базові тарифи

та вимоги до якості послуг на підставі яких здійснюється оплата.

Кошти надаються із державного бюджету не по формальним ознакам (штатний розпис), а за фактично надані послуги. З цією метою проведена реорганізація медичних закладів із держаних закладів в комунальні некомерційні підприємства (КНП). Як суб'єкт господарчої діяльності медичний заклад заключає договір з НСЗУ і отримує кошти за надані послуги.

Починаючи з 1 квітня 2020 року кожен пацієнт може розраховувати на безоплатну допомогу по 26-ти медичним пакетам згідно Постанови Кабінету Міністрів від 5 лютого 2020 року № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» [12].

Стоматологічна допомога входить до пакету «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу», згідно якого надається планова санація дітям до 16-ти років і невідкладна допомога дітям і дорослим.

За кожний випадок НСЗУ відшкодовує 9 грн. 19 коп. яка не покриває навіть затрати на засоби індивідуального захисту лікарів.

Тому, враховуючи всі зміни, з початку реформи в закладі були запроваджені платні послуги на інші позиції, які НСЗУ не відшкодовує затрати.

3.2 Рекомендації щодо прийняття управлінських рішень в сфері фінансування

В процесі реорганізації діяльності сфери охорони здоров'я на районному, обласному та загальнодержавному рівнях в Україні керівникам органів державного управління та закладів галузі доцільно використовувати досвід Проекту Європейського Союзу фінансування та управління у сфері охорони здоров'я.

Накопичений практичний досвід проведення реформ на місцевому рівні в Україні вказує на те, що можливі два стратегічних підходи щодо покращення ефективності та якості медичного обслуговування в Україні. Перший з цих підходів існує в межах чинного законодавства про місцеве самоврядування та положень Бюджетного кодексу України і може бути реалізований шляхом прийняття необхідних управлінських рішень на обласному, міському, районному рівнях та на рівні громад. Другий підхід пов'язаний з упровадженням системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗДСМС), основними принципами якої є багатоканальний механізм формування консолідованого бюджету на охорону здоров'я, підвищення прозорості розподілу фінансових ресурсів на основі механізму договірних відносин, перехід від постатейного кошторису оплати виробників послуг до методу глобального бюджету, клініко-статистичних груп та з розрахунку на одного жителя, покращення якості медичного обслуговування. Запровадження ЗДСМС базується на відповідному законодавчому полі, окремі основні принципи якого вже апробовані на практиці, зокрема стосовно еволюції організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я від бюджетних установ до комунальних підприємств (автономізація постачальників медичних послуг) та запровадження системи державних закупівель цих послуг на договірній основі [9].

Передусім пропонується суттєво розширити позабюджетні джерела фінансування охорони здоров'я: загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, цільові медичні збори, добровільні внески та пожертви юридичних та фізичних осіб тощо. За рахунок державного та місцевих бюджетів, а також коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування передбачається забезпечувати гарантований обсяг безоплатних медичних послуг, який визначається як базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. Передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги і створення двох секторів медичної допомоги:

сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я [28].

Однак ключовим елементом реформи сфери охорони здоров'я має стати запровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Механізм фінансування такої системи передбачає створення Національного фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Цей Фонд формуватиметься за рахунок страхових внесків роботодавців для страхування працюючих, а також бюджетних та інших джерел. Застраховані громадяни матимуть право на отримання медичної допомоги на всій території України згідно з базовим або територіальним стандартами медичної допомоги, а також на вільне прикріплення до лікаря первинної медико-санітарної ланки. Розрахунки із закладами охорони здоров'я мають здійснюватися Національним фондом та територіальними фондами соціального страхування [28].

У багатьох країнах світу удосконалення системи підготовки та прийняття управлінських рішень стало однією з основних проблем удосконалення системи охорони здоров'я в цілому. Сучасні підходи до управління надання медичної допомоги можуть бути значною мірою реалізовані через вплив на складові його забезпечення шляхом механізму бюджетного і страхового фінансування, запровадження стандартів лікувального процесу та визначення задоволеності пацієнтів медичною допомогою, яка надається [19].

Механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення включає сукупність форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава впливає на діяльність об'єктів і суб'єктів охорони здоров'я з метою створення оптимальних умов для функціонування системи надання медичної допомоги й охорони здоров'я та вирішення завдань зміцнення й охорони індивідуального і громадського здоров'я населення.

В умовах ринкової економіки проблема прийняття управлінських рішень тісно пов'язана з урахуванням економічних перетворень у системі охорони здоров'я. Однак ринкові перетворення в охороні здоров'я спричинені й

відбуваються під впливом внутрішніх реформ, а саме запровадження медичного страхування і розвитку платних послуг. Проте перехід галузі на ринкові відносини передбачає значну підготовчу роботу: розробку концептуально-методологічних засад та принципів функціонування охорони здоров'я в умовах ринку, вироблення ефективної економічної стратегії державного управління охороною здоров'я, механізмів ціноутворення та забезпечення якості медичного забезпечення [25].

Зазначено, що ринкові відносини у сфері охорони здоров'я не можуть мати стихійний, нерегульований характер і що їх дія має бути обмежена. З'ясовано необхідність чіткого розмежування напрямів діяльності в системі охорони здоров'я, де на досягнення найкращих медико-соціальних результатів необхідно спрямовувати ринкові економічні механізми.

Загалом перехід охорони здоров'я на ринкові відносини передбачає також зміни в господарському механізмі галузі. Для того, щоб прагнення до вигідних видів медичної допомоги не позначалася згубно на системі охорони здоров'я в цілому дієвий господарський механізм самої охорони здоров'я має поєднувати: централізоване бюджетне фінансування провідних лікувальних і навчальних медичних центрів країни; фінансування за рахунок місцевих бюджетів профілактичної роботи; фінансування за рахунок страхових внесків інших видів медичної допомоги; переведення окремих видів медичної допомоги на платну основу [26].

Україна займає перше місце в Європі по розповсюдженості стоматологічної захворюваності, яка в декілька разів вища за таку серед країни країн Євросоюзу. Останнім часом в Україні після введення реформ поширюється тенденція щодо скорочення бюджетних штатів лікарів – стоматологів. Це веде до погіршення доступності надання стоматологічної допомоги та, як наслідок до подальшого року стоматологічної захворюваності.

Пакет медичних гарантій зі стоматології (гарантований державою) розрахований в сумі 9 грн 19 коп. за один випадок. І яку стоматологічну допомогу можна надати дітям та невідкладну допомогу за 9 грн, якщо медична

маска в умовах карантину коштує 6 – 8 грн, а рукавички – 11 грн. А щоб провести тільки огляд лікаря крім маски та рукавичок потрібні: дезінфікуючі засоби, вата, інструментарій, медикаменти, обладнання та інше. Незахищені соціальні версти населення залишились без гарантованої державної підтримки.

Перетворення стоматологічних закладів в комунальні некомерційні підприємства стоматологи вбачають в реформі не перетворення, а ліквідацію соціальної стоматології.

Пропозиції по поліпшенню роботи закладу наступні:

1. Розробка і впровадження національної державної програми профілактики основних неінфекційних і стоматологічних захворювань, які мають спільні чинники ризику.

2. Впровадження економічно обґрунтованого тарифу на стоматологічний випадок гарантованого пакету надання медичної допомоги.

3. Розробка національних протоколів діагностики та лікування стоматологічних захворювань.

4. Надання гарантованого державного пакету стоматологічних послуг пільговим категоріям населення.

ВИСНОВКИ

Підводячи підсумки слід зазначити, що:

1. на основі аналізу літератури надано теоретичне підґрунтя щодо моніторинг та оцінки дитячої стоматологічної захворюваності, а саме у світі застосовується понад 600 різних критеріїв оцінки стоматологічного здоров'я та якості стоматологічної допомоги населенню. Для моніторингу стоматологічного здоров'я населення країн Європи групою експертів зі стоматології рекомендовані 40 індикаторів, що включають суб'єктивні та об'єктивні критерії;

2. окреслено підходи щодо моделювання прийняття ефективних управлінських рішень, а саме процес прийняття управлінського рішення у вітчизняних закладах охорони здоров'я є занадто ускладненим з огляду на сучасні умови, а від так вибір альтернативи управлінського рішення, найбільш залежний від пріоритетів та інтересів вищого керівництва;

3. проведено аналіз діяльності медичного закладу на прикладі КНП «Шосткинська стоматологічна поліклініка», яка відноситься до другого рівня надання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Поліклініка є самостійним лікувально-профілактичним закладом, який надає спеціалізовану допомогу територіально прикріпленому населенню. Аналіз звітних даних закладу показує, що обсяги та якість надання стоматологічної допомоги населенню вдалось зберегти на протязі останніх років. Робота закладу була побудована згідно плану організаційно-методичних заходів і мала планово-профілактичну направленість.

4. на основі емпіричного дослідження запропоновано пропозиції стосовно поліпшенню роботи закладу:

- розробити і впровадити національну державну програму профілактики основних неінфекційних і стоматологічних захворювань, які мають спільні чинники ризику.

- впровадити економічно обґрунтовані тарифи на стоматологічні випадки гарантованого пакету надання медичної допомоги.
- розробити національні протоколи діагностики та лікування стоматологічних захворювань.
- надавати гарантовані державним пакетом стоматологічні послуги пільговим категоріям населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антоненко М. Ю. Особливості організації лікувальної та профілактичної допомоги при стоматологічних захворюваннях в Європі та світі. Науковий вісник Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. 2013. №3. С. 225–231.
2. Біда О. В., Струк В. І., Забуга Ю. І. Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування населення в Україні. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2013. Вип. 22(1). С. 370–377.
3. Борщ С. К. Фінансовий менеджмент та елементи маркетингу в організації роботи лікарського закладу // Журн. практ. лікаря. — 2004. — № 1. — С. 6–10
4. Вихідні умови для застосування раціональної моделі профілактики стоматологічних захворювань в Україні / А. Еліашова, О. В. Клітинська, Ю. О. Мочалов, В. З. Розлуцька. Молодий вчений. 2015. №6(3). С. 67–69.
5. Вороненко Ю. В. Стоматологічна допомога в Україні. Кіровоград : Поліум, 2014. 84 с.
6. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діагностики за 2008–2018 роки. Кропивницький : Поліум, 2018. 211 с.
7. Гевко І.Б. Методи прийняття управлінських рішень: підручник. – К.: Кондор, 2009. – 187 с.
8. Григорович В. Р. Сучасна модель прийняття управлінських рішень в системі охорони здоров'я України / В. Р. Григорович // Статистика України. – 2009. – № 2 (45). – С. 97–102.
9. Канюра О. А. Шляхи удосконалення стоматологічної допомоги населенню. Вісник проблем біології і медицини. 2014. Вип. 4(3). С. 295–298.
10. Кігель В.Р. Методи і моделі підтримки прийняття рішень у ринковій економіці: Монографія. – К.: ЦУЛ, 2003. – 202 с.
11. КНП "Шосткинська стоматологічна поліклініка" ШМР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.facebook.com/crl.com.ua/>
12. Коваленко В.М., Корнацький В.М. «Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращення в сучасних умовах» (посібник) Київ, 2015.
13. Колодний В.В. Основи теорії прийняття рішень: Навчальний посібник. – Вінниця, ВДГУ, 2003. – 70 с.
14. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/21118/1/Методичка%20Якість.pdf>
15. Куриляк В.Є. Міжнародний менеджмент: Навчальний посібник. – Тернопіль: Карт-бланш, 2004. – 312 с.
16. Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України / В.М. Лехан, О.Л. Зюков // Главный врач – 2008. – №6. – С.65–68.
17. Мазур І. П. Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні. Современная стоматология. 2017. №2. С. 69–71.

18. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nmapo.edu.ua/zagruzka/DrAr/DrGorahuk.pdf>
19. Медична реформа [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
20. Методи і системи прийняття фінансових рішень : підручник / О.С. Олексюк та ін. Тернопіль : Збруч, 2001. 358 с.
21. Морозов А.О., Косолапов В.Л. Інформаційно-аналітичні технології підтримки прийняття рішень на основі регіонального соціально-економічного моніторингу. – К.: Наукова думка, 2002. – 231 с.
22. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня : навчальний посібник / за заг. ред. В.Ф. Москаленка. Харків : Контраст, 2006. 295 с.
23. Нові технології навчання менеджменту в медицині : навчальний посібник / за ред. Ю.В. Вороненка та ін. Київ : Книга плюс, 2015. 419 с.
24. Петров Э.Г., Новожилова М.В., Гребенник И.В., Соколова Н.А. Методы и средства принятия решений в социально-экономических и технических системах: Учебное пособие. – Херсон: ОЛДИ-плюс, 2003. – 380 с.
25. Портер М.Э. Конкуренция / пер. с англ. Т. Осипова. Москва : Вильямс, 2002. 496 с.
26. Прахалад К., Рамасвамї В. Майбутнє конкуренції. Творення унікальної цінності спільно з клієнтами / пер. з англ. М. Сливоцького. Київ : В-во Олексія Капусти, 2005. 258 с.
27. Приймак В.М. Прийняття управлінських рішень: навчальний посібник. – К.: Атїка, 2008. – 240 с.
28. Росс Гр. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Гр. Росс, В. Е. Багдарасян, В. М. Богомаз та [ін.] – К., 2009. – 44 с.
29. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
30. Стан і перспективи реформування медичної галузі Сумської області [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://shostka-rada.gov.ua/stan_perspektivi_reformuvannya_medichno_galuz_sumsko_oblast/
31. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині. Ліки України. 2003. № 4. С. 57–58
32. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.econom.stateandregions.zp.ua/journal/2019/3_2019/33.pdf
33. Удод О. А., Вороніна Г. С., Рубайло В. В. Ретроспективний аналіз деяких показників стоматологічної допомоги населенню індустріального міста. Вісник проблем біології і медицини. 2018. Вип. 4(1). С. 318–321. doi: 10.29254/2077-4214-2018-4-1-146-318-321

34. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>
35. УПРАВЛІНСЬКІ РІШЕННЯ: КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ПРОЦЕС ПРИЙНЯТТЯ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://vlp.com.ua/files/04_31.pdf
36. Формування нової стратегії щодо прийняття рішень у системі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ліки.укр/news/070618--7.html>
37. Хоменко Л. О., Остапко О. І., Сороченко Г. В. [та ін.] Європейські індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку м. Києва / // Профілактична медицина. – 2016. – № 1–2. – С. 11–18.
38. Чопчик В.Д. Стоматологічні захворювання як соціальна проблема / В.Д. Чопчик // Вісник стоматології. – 2004. – №3. – С. 99-101.
39. Шостка в умовах другого етапу медичної реформи[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://shostkanews.city/read/misto/77854/shostka-v-umovah-drugogo-etapu-medichnoi-reformi->
40. Юхимчик С.В., Азарова А.О. Математичні моделі ризику для систем підтримки прийняття рішень. – Вінниця: УНІВЕРСУМ–Вінниця, 2003. – 188 с.