

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління  
та національної безпеки  
Кафедра економічної теорії,  
інтелектуальної власності та публічного  
управління

Кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

**СОМЕНКО МАКСИМ ЮРІЙОВИЧ**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 614.23  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ  
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»  
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр  
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело

М. Ю. СОМЕНКО  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи  
ДОВЖЕНКО Валентина Анатоліївна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

К.е.н., доцент  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: **Соменко Максим Юрійович**  
допущений до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » грудня 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК  
(власне ім'я та прізвище)

« \_\_\_\_ » грудня 2022 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти **Соменко Максим Юрійович** захистив  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_

за шкалою ECTS \_\_\_\_\_

за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА  
(власне ім'я та прізвище)

## АНОТАЦІЯ

СОМЕНКО М. Ю. Удосконалення механізмів управління наданням стоматологічної медичної допомоги. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2022.

Досліджено теоретичні основи управління наданням стоматологічної допомоги. Здійснено аналіз сучасного стану надання медичної допомоги стоматологічного профілю у країнах світу і проблеми української стоматології. Представлено пропозиції щодо удосконалення в Україні управління наданням стоматологічної допомоги і перспективні шляхи реформування вітчизняної стоматології.

*Ключові слова: стоматологія, стоматологічні послуги, управління, комунальне підприємство, додипломна підготовка, медичні вузи, практика, реформа.*

## SUMMARY

SOMENKO M. Improvement of mechanisms for managing the provision of dental health care. It is Qualifying work on rights for a manuscript. Qualifying work on the receipt of educational master's degree after speciality 281 – is a public management and administration. – Polissya National University, Zhytomyr, 2022.

The theoretical foundations of management of the provision of dental care have been studied. An analysis of the current state of providing dental medical care in the countries of the world and the problems of Ukrainian dentistry was carried out. Proposals for improving management of dental care in Ukraine and promising ways of reforming domestic dentistry are presented.

*Tags: dentistry, dental services, management, communal non-profit enterprise, undergraduate education, practical training, healthcare institutions, reform.*

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	9
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ .....	18
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ І ПОСЛУГ У СВІТІ.....	19
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ .....	30
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ....	32
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ .....	43
ВИСНОВКИ .....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	47

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сьогоднішня вітчизняна система стоматологічної медичної допомоги має значні труднощі через поширеність стоматологічних захворювань та відсутність доступу для більшості населення, оскільки є комерціалізованою та дорогою. Стоматологічна допомога, окрім ургентної, у нормативно-правових актах, що врегульовують запровадження реформи системи охорони здоров'я України, відсутня. Вона не ввійшла до переліку допомоги і послуг, які надаються на первинному рівні. НСЗУ покриває фінансами лише ургентну й дитячу стоматологічну допомогу. Таким чином, наразі стоматологічна допомога залишається без фінансової підтримки держави, знизилася доступність до неї для соціально уразливих груп громадян, а в сільській місцевості отримати її майже неможливо. Глобальна програма ВООЗ у сфері профілактики стоматологічних захворювань проводить свою роботу відповідно до стратегії профілактики хронічних хвороб і зміцнення здоров'я [1].

Тому нова управлінська модель зобов'язує представників органів виконавчої влади всіх рівнів усвідомлення необхідності розробки та реалізації цільових програм для стоматологічного комунального сектору з метою надання якісної превентивної стоматологічної допомоги людям, особливо найбільш незахищеним їх верствам.

**Актуальність теми дослідження.** Стоматологічна патологія утримує значну питому вагу серед загальної захворюваності населення не тільки в українському середовищі, а й інших країнах. Про цей факт свідчить також і обсяг гарантованої медичної допомоги при різних формах страхування майже у всіх країнах, незалежно від їх рівня їх соціально-економічного рівня розвитку. Стоматологічний та офтальмологічний переліки окремих видів медичної допомоги стоять окремо у списку медичної помочі і скористатися ними можливо за окремою обумовленістю і найчастіше це відбувається за окремим виплатами, як казенного, так і особистого характеру. Особливо така ситуація

розвинулась за причини науково-технічного прогресу у медицині, відколи з'явилися сучасні і надсучасні засоби діагностичних та лікувальних маніпуляцій. Тому галузь стоматології знаходиться у стані перманентного реформування яка, в основному, вимагає додаткових фінансових вливань як на розвиток своєї інфраструктури, наповнення її матеріальним змістом, так і на оплату праці працівників. За кожною претензією стоматологічної спільноти, обґрунтованої соціологічними та іншими науковими дослідженнями, стоять відповідні вимоги, і всі вони, як правило матеріального змісту. А разом із тим доступність залишається невисокою, якість не відповідає заявленим вимогам, освіта та інші види професійної підготовки персоналу стоматологічних закладів останнім часом зведена якщо не нанівець, то значною мірою знизилась, на що окремі країни Африки заявили про невизнання українських дипломів із стоматології і рекомендували своїм громадянам продовжити навчання в інших країнах. Усім цим недолікам, окрім іншого, сприяє і повномасштабна війна в Україні. Потребують удосконалення, окрім додипломної та післядипломної освіти, акредитація, атестація, ліцензування, сертифікація, стандартизація, менеджмент, незалежний аудит, внутрішній контроль, модерні принципи господарювання, організаційно-функціональна структура, запровадження кращих зарубіжних практик, диференціація окремих керівних посад та уведення нових необхідних, невідкладне запровадження цифровізації, і безумовно сучасного фінансування, спрямованого передусім на якість та її відповідність вкладеним коштам та ін. Тобто в Україні належить запроектувати новітню архітектуру, а затим і збудувати нові відносини стоматологічної ланки медичної допомоги нації.

За цих причин нами і обрано заявлену тему нашої кваліфікаційної роботи.

Питання удосконалення управління та реалізації стратегічних рішень у стоматологічній галузі є предметом наукових пошуків М. Белінської, О. Бабича, О. Возного, О. Вахненка, П. Гамана, В. Кравченка, Д. Карамішева, О. Савчука, Л. Стефанишина, І. Хожило, О. Устінова, В. Шевцова, та ін.

**Метою** кваліфікаційної роботи є обґрунтоване теоретико-методичних

аспектів сучасної стоматології у світі, опрацювання ефективних аспектів управління наданням стоматологічної допомоги і послуг.

На досягнення визначеної мети на розв'язання поставлено такі **завдання**:

- дослідити загальні системні теоретико-методичні аспекти управління наданням стоматологічної медичної допомоги;
- розглянути основоположні принципи європейської стоматологічної допомоги;
- визначити сутність управління наданням медичної допомоги;
- узагальнити проблеми стоматології розвинутих зарубіжних країн;
- здійснити розгляд універсальних стоматологічних схем у світі;
- віднайти варіанти стоматологічної реформи принагідні для України;
- вивчити доцільність і можливість запровадження в Україні окремих кращих практик стоматдопомоги;
- надати оцінку стоматологічної освіти українського фахівця за оцінками спеціалістів зарубіжжя.

**Об'єктом дослідження** є процес утворення моделі менеджменту у наданні медичної допомоги стоматологічного профілю. **Предмет дослідження** – механізм продукування зразку управління наданням медичної стоматологічної допомоги.

**Методи дослідження.** Для дослідження питань з формування системи управління наданням медичної допомоги в кваліфікаційній роботі застосовано загально-наукові та спеціальні методи, таких як: метод наукового пізнання, що являється головним у вивченні явищ і процесів, які є пов'язаними із керуванням у процесі вироблення та подання меддопомоги стоматологічного профілю; системно-структурний метод нами використано для означення видів та обсягів дієвого взаємозв'язку між процесами аутоорегулювання на ринковому полі і управління ним, наукова абстракція скористалися у період аналітичного розгляду наукових концепцій видних учених-дослідників, метод аналізу і синтезу застосовувався з ціллю створення теоретико-методологічної бази нашого дослідження та інші.

Одержані внаслідок виконання кваліфікаційної роботи **практичні результати** полягають в тім, що висвітлені в ній теоретичні положення та висновки мають суто практичне націлювання, яке може бути використано при вирішенні значних задач у практичних управлінських процесах для удосконалення моделі системно-управлінських засобів та шляхів надання медичної допомоги стоматологічної спеціалізації.

**Структура та обсяг роботи.** Робота виконана на 49 сторінках і містить такі розділи як вступ, три дослідницьких розділи, висновків за розділами, загальних висновків та переліку джерел, що використано у нашому дослідженні.



## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Система закладів сфери охорони здоров'я створена за адміністративно-територіальними ознаками загального розподілу держави та має два основних управлінських механізми: адміністративно-територіальний та галузевий. Відповідно до вимог забезпечення медичною допомогою громадян система закладів сфери охорони здоров'я має певні універсальні критерії ієрархічності та багаторівневої побудови, а також відпрацьовані стосунки поміж суб'єктами і об'єктами управління.

У сфері управління узагальнюючого поняття «медична допомога» як окремої категорії не визначено, і тому термін «медична допомога», з огляду на це, має різні тлумачення в літературі. На українському законодавчому рівні «медична допомога» означається як вид здійснення діяльності, який містить набір дій, що спрямовано на поліпшення здоров'я та лікування пацієнтів, що під час його здійснення усуває небезпеку для життя і здоров'я, а також якісної життєздатності. Вказане виконується навченими професійними працівниками, яким на що надане право згідно із законодавством [2].

Управління діяльністю лікувально-профілактичними закладами стосовно меддопомоги і підрозділами, які входять в їх склад, характеризується як медичне обслуговування певного контингенту населення, а саме: медична діяльність закладу чи відділення. На територіальному, національному чи відомчому рівнях надання медичної допомоги має ознаки системи, яка самоорганізується та визначається поняттям «медичне забезпечення». Отже, в залежності від рівня створення і подання медичної допомоги міняються завдання, мета, суб'єкти, об'єкти, діагностичні і лікувальні технологічні процеси, засоби та результати медичної діяльності.

Управління подання меддопомоги у галузі це специфічний механізм, що єднає економічну, соціальну та організаційну функції. Впровадження в

сучасних умовах основних функцій управління пов'язане із загостренням розбіжностей між керуючою та керованою підсистемами і несумісність реальних потреб населення з фактичними можливостям у сфері охорони здоров'я. Розв'язання цих питань вимагає удосконалення тих, вже існують на практиці та впровадження сучасних процесів менеджменту у галузі здравооохорони, реалізація яких повинна бути на соціальному, економічному, організаційному та правовому рівнях.

Для досягнення цього необхідно створити обґрунтовану системну архітектуру державного управління охороною здоров'я, що має базуватись на забезпеченні гарантій прав громадян на якісну меддопомогу, узгодженості з базовими умовами суспільного середовища, взаємопов'язувала суб'єктів системи для ефективного і регульованого процесу розвитку системи медичної допомоги із впровадженням страхової медицини, прийнятті законів щодо прав пацієнтів, електронного документообігу в сфері охорони здоров'я, діяльності медичних закладів тощо. Отже, створення інституцій соціального та економічного розвитку надання медичної допомоги знаходяться у стані формування, а обов'язкове медичне страхування повинно бути складовою в системі соціального захисту.

У "Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 року" [3] та у відповідності до міжнародних стандартів, якість медичної допомоги – основна цільова функція і критерій ефективності сфери охорони здоров'я. Незважаючи на розробку механізмів забезпечення якості та вдосконалення нормативно-правового регулювання таких як: засвідчення компетентної спроможності медичного закладу (акредитація), ліцензування медичної практики (дозвіл на відповідний вид діяльності), сертифікації спеціалістів (атестації), післядипломна підготовка, (курси підвищення кваліфікації), запит на стандартизацію, відомчий контроль і незалежний аудит, наукова діяльність (захист і отримання наукового ступеня і вчених звань), діяльність в області інтелектуальної власності та ін., залишається актуальною проблема реалізації завдань у сфері менеджменту якості медичної

стоматологічної допомоги та її ефективності відповідно до фінансових вкладень.

Реформа системи охорони здоров'я виявила безліч ключових питань у всіх секторах індустрії здоров'я. Не став винятком і такий, чи не найбільше затребуваний, вид медичної допомоги яким є стоматологія. Постає питання необхідності встановлення найменших меж особливості стоматологічних послуг, що надаватимуться безоплатно;

опрацювання загальних стандартів і конкретних протоколів усіх форм стоматологічної допомоги;

утворення єдиного е-реєстру ураженості стоматологічною патологією народу країни;

побудова новітньої реорганізованої моделі власне казенних та комунальних закладів стоматологічної помочі формою зміни їх економічного статусу шляхом переведення на засадах неприбуткових установ;

розробка методики ціноутворення на стоматологічні послуги;

знайти місце щелепно-лицевого хірурга у стоматологічній практиці поряд із сферою функції лікаря-стоматолога;

необхідність затвердження державної післядипломної стоматологічної освіти.

Стоматологічна допомога є однією з найпопулярніших про що свідчить і загальна кількість лікарів-стоматологів. Їх відсоток у загальній кількості лікарів в Україні становить 11% (18857 осіб, забезпеченість ними має відповідність до рівня європейських країн і є 6,1/10 000 населення) і має друге місце посеред усіх спеціальностей медичного профілю. Кількість відвідувань пацієнтами лікарів цього профілю становить 32,5 млн. на рік.

Також в Україні близько 5500 державних і дружніх стоматологічних установ і кабінетів. Проте за таких значних обсягів надання медичної допомоги та потужного кадрового забезпечення проблема доступу до стоматологічної допомоги загострюється. Таку ситуацію можна пояснити багатьма причинами, пов'язаними з реформуванням медичної допомоги в країні загалом. Зараз усіх

стоматологів віднесено до вторинної ланки, незважаючи на той факт, що надання цього виду меддопомоги відбувається у реальній більшості на первинному щаблі. У майбутньому це питання потребує нормативно-правового врегулювання за прикладом переважної більшості країн Європи де 80-85% лікарів-стоматологів належать до когорти лікарів загальної практики [4]. Стоматологія фактично не отримує фінансової підтримки від держави, за винятком планової стоматології дітей до 16 років та ургентної стоматологічної допомоги дітям та дорослим. Але заради справедливості слід вказати також і на те, що структура приватних медичних послуг (у грошовому виразі) у 2016 році становила 51,6% [5].

З огляду на те, що багато стоматологічних захворювань на початковій стадії протікають безсимптомно і пацієнти надто пізно звертаються за медичною допомогою є доцільним повернутись до ретельного дослідження проблеми профілактичних оглядів. Наразі спостерігається значний прогрес у діагностичному та лікувальному процесах при стоматологічних патологіях, ортопедичної допомогі пацієнтам, але стоматологічна допомога поступово втрачає свою масовість за причини зменшення доступності, особливо це стосується переважно аграрних віддалених місцевостей. Безумовно ці фактори стануть причиною ще більшої ураженості української нації на не тільки стоматологічні захворювання, але й захворювання слизової оболонки порожнини рота, їх хронізацію та виникнення ускладнених форм, що і без того є фактом того, що вони і так є одними з найвищих серед держав Європи. Пильному вивченню та докорінним змінам повинна бути надана увага не тільки терапії стоматологічних хвороб, але і недопущення їх малігнізації, тобто має бути онкологічна пильність. Реформування потребують не лише сама стоматологічна допомога, а й кардинальні зміни власне інфраструктури стоматологічного сектору системи охорони здоров'я, перехід на електронні технології, прогресивний розвиток законодавчого поля, ефективне фінансування, дієвий аудит за сучасними стандартами, оптимізація забезпеченні територіальних громад, доцільна платна допомога тощо.

Тобто поточна ситуація у стоматології України потребує значних наукових досліджень та вимагає відповідних практичних дій у зміні ситуації, що склалася.

Можливим виходом із цієї ситуації була пропозиція запровадити лікарське самоврядування (керування стоматологічною галуззю представниками професії). Вивчення потреби населення у стоматологічній допомозі базується на результатах вивчення показників захворюваності за тиражем та даних оглядів. Але насправді вивчається не стільки захворюваність, скільки обсяги стоматологічної допомоги. Це спричиняють застарілі облікові статистичні форми звітності, які заповнюються в стоматологічних закладах. Специфічним методом дослідження захворюваності в стоматології є метод стратифікації кластерних вибірок, який, на жаль, є складним за конструкцією і здійснюється виключно науковцями. Стоматологія є вартісною в усьому світі, тому ціна на стоматологічну допомогу є важливою. Економічне обґрунтування вартості лікування безпосередньо пов'язане із клінічними протоколами надання допомоги та існуючими стандартами, які також потребують перегляду у відповідності до канонів доказової медицини.

Другий етап реформування медичних закладів передбачає не лише їх часткове скорочення (оптимізацію шляхом укрупнення), а й скорочення медичних посад.

#### Огляд універсальних стоматологічних схем

Постійні повідомлення про погані результати стоматологічного здоров'я та зростаюче занепокоєння щодо того, що фінансові бар'єри перешкоджають доступу до доступної стоматологічної допомоги, продовжують посилювати заклики до реформ у сфері стоматологічного здоров'я. Уряд пообіцяв серйозну стоматологічну реформу, але відклав важливі дії. Він профінансував ряд стоматологічних стажувань у минулому бюджеті та створив Національну стоматологічну консультативну раду, щоб надавати поради щодо пріоритетів стоматологічної реформи для майбутнього бюджету. Незважаючи на те, що цей орган представив проміжний звіт уряду, уряд зазначив, що чекатиме

остаточного звіту, перш ніж оголосити певний курс дій. Тим часом міністр з охорони здоров'я також оголосила, що спрямує 165 мільйонів доларів, заощаджених від перевірки матеріального становища знижки на медичне страхування, на стоматологічну допомогу.

Прихильники стоматологічної реформи мають різні погляди щодо найкращого підходу до стоматологічної реформи. Деякі виступають за універсальну стоматологічну схему за зразком Medicare. Інші, у тому числі Австралійська стоматологічна асоціація, стверджують на користь цільової схеми перевірки доходів, спрямованої на осіб з низькими доходами та вразливих груп. У цьому документі Парламентської бібліотеки «Стоматологічна реформа: огляд універсальних стоматологічних схем» розглядається міжнародний досвід одного з цих варіантів стоматологічної реформи — універсальних стоматологічних схем.

Як зазначається в документі, визначити, що являє собою універсальну схему, непросто. Такі схеми, як Medicare, які характеризуються як універсальні, на практиці мають обмеження щодо їх універсальності. Незважаючи на те, що в документі було виявлено, що лише деякі країни надають загальну стоматологічну допомогу як право, деякі з них, здається, надають певний рівень фінансованих державою стоматологічних пільг як ширшому загалу населенню, так і окремим його групам. Коротко описано кожну з цих схем. Схеми значно відрізняються за обсягом, джерелами фінансування, ресурсами, послугами та стоматологічними виплатами.

Деякі схеми пропонують стоматологічне покриття для широких верств населення, але обмеження ресурсів призводить або до обмеження спектру послуг, або до проблем із своєчасністю та доступністю послуг.

Інші вимагають, щоб певні користувачі робили внесок у вартість стоматологічної допомоги, або обмежують право на безкоштовні послуги окремими групами, такими як діти, незахищені верстви населення чи люди похилого віку [6].

У документі також повідомляється про стан здоров'я зубів у небагатих країнах, де діють субсидовані стоматологічні програми, і порівнюється з країнами, де такі програми не діють, включаючи Австралію.

Доступно небагато порівняльних даних щодо наслідків для здоров'я зубів. Але кількість зруйнованих, відсутніх або пломбованих зубів за показником Динамічної теорії середнього поля (Dynamical mean-field theory – DMFT) у 12-річних дітей зазвичай повідомляється в Міжнародній економічній організації розвинутих країн «Організація економічного співробітництва та розвитку» (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), що визнають принципи представницької демократії та вільної ринкової економіки, тому ці дані опитування було обрано для порівняння. У документі було виявлено, що на основі даних цього опитування в усіх тих країнах, у яких визначено, що надається субсидована стоматологічна допомога, суттєво відрізняються результати щодо здоров'я зубів. Австралія із середнім показником DMFT 1,1 порівняно із середнім показником 1,4 по OECD. Але кількість DMFT, зареєстрована в австралійських дітей, була вищою, ніж у Великобританії, Німеччині, Данії та Швеції, де всі повідомили про найнижчі загальні показники. Повідомлялося про вищі ставки DMFT у Польщі, Туреччині та Греції, країнах, які діють у певній формі універсальних або субсидованих схем.

Такі широкі варіації стоматологічних схем, що діють у різних країнах, суттєво обмежують здатність нашої країни проводити значущі порівняння впливу конкретних механізмів фінансування на результати стоматологічного здоров'я. Тим не менш, здається, що найкращі показники стоматологічного здоров'я, як правило, спостерігаються в тих країнах, які спрямовують стоматологічні пільги саме на дітей. Проте на здоров'я зубів може впливати низка факторів. До них відносяться загальний стан здоров'я людини, соціально-економічний і демографічний профіль, якість харчування, доступність і доступність стоматологічних послуг, а також доступність фторування води.

Хоча немає жодних сумнівів у тому, що остаточні рекомендації Національної консультативної ради та відповідь уряду чекатимуть із нетерпінням, подальший шлях щодо стоматологічної реформи не є ясним і буде продовжувати оскаржуватися.

Галузь охорони здоров'я нашої країни переживає постійне реформування, кінцевою метою якого вважається впровадження нової моделі, яка б забезпечувала високу якість і доступ до меддопомоги громадянам та відповідала економічним і соціальним реаліям сучасності. Одним із етапів реформування є перетворення спеціалізованих стоматологічних медичних закладів зі статусом комунальних міських закладів у КНП (комунальні неприбуткові підприємства), які мають надавати допомогу за відповідну платню.

Прийнята нормативна база не охоплює всі сторони складного та фінансово витратного процесу реформування; на законодавчому рівні стоматологічна допомога не виділена в окремий вид медичної допомоги, що, у свою чергу, створить правову основу для надання такої допомоги на всіх рівнях, у тому числі первинному, за умови фінансування з державного бюджету та місцевих державних джерел. Ще більше питань виникає щодо місця медичних вишів у трансформованій моделі здоров'яохорони та їх співвідношення з лікувально-профілактичними закладами у зв'язку зі зміною їх правового статусу та переходом на принципи госпрозрахунку.

Нові умови у виконанні призначеної функції у практичній охороні здоров'я принципово змінюють вимоги до додипломної освіти майбутніх спеціалістів з вищою освітою за фахом «Стоматологія», у якій поряд з науково-теоретичними аспектами провідну роль відіграє практична складова. В Україні така переддипломна підготовка здійснюється загалом у 21 закладі вищої освіти, серед яких 13 закладів підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України, 2 – Міністерству освіти і науки України та 6 приватних установ. Проте не всі кабінети клінічної підготовки профільних кафедр вузів забезпечені сучасним обладнанням для проведення навчального та лікувально-



діагностичного процесу, в той же час важливо, щоб виробнича практика студентів-стоматологів проходила за умов застосування інноваційні лікувально-діагностичні технології та сучасне обладнання, крім того, важливо, щоб студенти розуміли широкі можливості таких технологій [7].

Про надзвичайно низький сучасний рівень підготовки лікарів-стоматологів в Україні свідчить той факт, що Медична та стоматологічна рада Гани втручанням уряду, щоб продовжити навчання в Гані. Рада заявляє, що більше не визнаватиме дипломи, видані медичними та стоматологічними школами України, оскільки деякі навчальні заклади вдалися до онлайн-навчання. На думку Ради, такі платформи не відповідають необхідному процесу навчання. Секретар Ради, доктор Дівайн Ндонбі Баньюбала, сказав, що «Навчання лікаря має проходити відповідно до встановлених стратегій. Чи задоволені потенційні пацієнти лікуванням у лікаря, який пройшов онлайн-навчання? Ми повинні серйозно ставитися до нашої відповідальності в інтересах суспільства. Справа в тому, яке навчання є прийнятним у світі? Якщо це не стандарт, то, я боюся, цей регулятор не дасть жодного затвердження».

Після іспиту новоспечені лікарі отримують ліцензії на практику в Гані.

Наприклад, у 2019 році 157 із 225 ганських лікарів, які пройшли навчання за кордоном, які взяли участь у медичній і стоматологічній раді (MDC), не склали іспит. Лише 68 лікарів, що становить 30,2 відсотка, змогли довести свою здатність на іспиті. До складу цих 225 фахівців входять 208 лікарів загального профілю, вісім стоматологів загального профілю, вісім спеціалістів і «дозрілий» кандидат, який протягом шести років навчався в понад 10 університетах Китаю, України, Росії, Філіппін і Білорусі.

Двічі на рік іспит, запроваджений у 2000 році, має гарантувати, що лікарі, які навчалися в інших країнах, мають необхідні знання та навички, щоб надавати медичну стоматологічну допомогу пацієнтам у країні.

Рівень невдач при складанні іспиту був таким протягом останніх 19 років, оскільки більше 50 відсотків кандидатів, які пройшли навчання за кордоном, щороку його не склали.

Найвищий показник проходження у 48 відсотків був зафіксований у листопаді 2017 року зі 139 кандидатами, тоді як найнижчий показник проходження був зафіксований у лютому того ж року, коли іспити проходили 180 кандидатів. Кажуть, що ганці, які отримали освіту лікарів на Кубі та у Венесуелі, працюють краще [8].

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Реформа системи здоровоохорони України, що зараз відбувається, вимагає суттєвих змін як у нормативно-правовому полі, корінних ланках управління стоматологічними закладами, так і у фаховій освіті здобувачів спеціальності «Стоматологія» та вдосконалення їхньої практичної підготовки, яка повинна проводитися на профільних клінічних кафедрах вищих медичних навчальних закладів, у реформованих медичних закладах та університетських клініках, однак відсутність належної нормативно-правової бази, правова неврегульованість відносин між навчальними та медичними закладами не забезпечують впровадження нових підходів і можливостей, суттєво їх обмежуючи.

## РОЗДІЛ 2.

### СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ І ПОСЛУГ У СВІТІ

У західноєвропейських країнах поширено запроваджується принцип нормативи гарантій якості, що розроблені відповідно з ISO 9001 і 9002 [9].

За даними дослідження, яке проведене у Сан-Франциско Каліфорнійським університетом, приблизно 80 % від усіх витрат у системі охорони здоров'я контролюються приватними лікарями, які володіють акціями медичних корпорацій, комерційних лікарень, діагностичних лабораторій, санаторіїв. Наразі у США успішно функціонують тисячі прикладів приватнодержавного співробітництва між муніципальними, федеральними інститутами влади та діловим товариством. Функції координації та розробки загальної стратегії у сфері ДПП виконує Національна рада у питаннях державноприватного співробітництва.

Сьогодні, за даними Національної ради державноприватного партнерства, з 65 муніципальних сервісів 23 функціонують у форматі державноприватного партнерства (ДПП), у середньостатистичних вимірах це становить понад 30 %. ДПП надає локальній владі можливість економії 20 - 50 % коштів бюджету[10].

Так, у Канаді система медичної допомоги реалізується через систему медичного страхування і державного фінансування і стоматологічні послуги є платними. ДПП являє собою ефективний спосіб включення інвестицій у стоматологічний сектор медичної допомоги у Канаді [11].

Національні програми у галузі охорони здоров'я та медичного страхування у країнах Європи органічно пов'язані із соціально-економічною та політичною ситуацією, що склалися у цих країнах. Вони відрізняються формами власності (приватна, державна, громадська) та джерелами фінансування, обсягом та переліком медичної допомоги і послуг, що подаються у рамках програми, умовами страхування, організаційними формами та іншими параметрами. Саме державні структури контролюють управління фондами.

Держава, підприємці, працююче населення - ось три основних джерела формування страхових фондів з яких формуються накопичення на безпосередні потреби охорони здоров'я [12].

Цілеспрямований принцип асигнувань надає змогу досить вільно віддзеркалювати динаміку потреб народу і дозволяє своєчасно вносити більш гнучкі рішення щодо коректив на задоволення громадських запитів і більш доцільно реагувати на поправки і зміни у цільовій системі оподаткування на медичне страхування своїх громадян.

Другою стороною переваг схем медстрахування є делегування управління фінансами по державній вертикалі (децентралізація), що зміцнює матеріально-технічну базу місцевих установ і закладів охорони здоров'я країна [13].

Країни Європейського регіону на стоматологічну допомогу сьогодні витрачають приблизно 7-10 % від державного бюджету на систему охорони здоров'я, а в стоматологічних службах приймає участь у цілому близько 250 тис. лікарів-стоматологів і приблизно стільки ж допоміжного медперсоналу [14].

За рахунок більш дешевої оренди та робочої сили молодшого медперсоналу держави східної Європи складають конкуренцію Великобританії, Франції і Німеччині у сфері ціноутворення на стоматологічну допомогу і послуги.

Зміни до міжнародного законодавства про реєстрацію Генеральної стоматологічної ради та Ради медсестер і акушерок.

Приклад ролі регуляторів у міжнародній стоматологічній практиці.

Медичні працівники, які практикують у Великобританії або бажають практикувати у Великобританії, підпадають під дію системи законодавчого регулювання, яка включає вимоги щодо реєстрації у відповідному регулюючому органі для їхньої професії. Основною метою регулювання діяльності медичних працівників є захист пацієнтів і громадськості від шкоди шляхом забезпечення безпеки тих, хто надає медичну допомогу. Медичні працівники підлягають регулюванню, щоб гарантувати, що вони мають

навички, компетентність, стан здоров'я та ставлення, які викликають довіру громадськості та довіру пацієнтів.

### Міжнародні приєднання до реєстрів Великобританії

Міжнародні професіонали складають значну частку членів реєстрів Генеральної стоматологічної ради (General Dental Council – GDC: незалежна організація, яка регулює роботу стоматологів і спеціалістів із стоматологічної допомоги у Великій Британії, встановлює стоматологічні стандарти, веде реєстр кваліфікованих стоматологів, забезпечує якість освіти та розслідує проблеми щодо лікування чи поведінки) і Ради медсестер і акушерок (Nursing and Midwifery Council – NMC: незалежний регулятор більш ніж 758 000 медсестер, акушерок і медсестер з принципами безпечної, ефективної та доброзичливої медсестринської й акушерської практики). У 2020 році 35% нових зареєстрованих стоматологів GDC отримали кваліфікацію за межами Великобританії: 22% мали кваліфікацію ЄС, Європейської економічної зони (ЄЕЗ) або Швейцарії, а 13% отримали кваліфікацію в решті світу. У 2020–2021 роках 28% учасників реєстру NMC отримали кваліфікацію за межами Великобританії: 2% мали кваліфікацію в ЄС, ЄЕЗ або Швейцарії, а 26% — в решті світу. Міжнародний персонал (включаючи ЄС та ЄЕЗ) робить важливий внесок у надання медичних послуг у Великобританії.

Наразі GDC та NMC мають різні процеси реєстрації для міжнародних заявників на реєстрацію порівняно з кваліфікованими заявниками Великобританії. З кінця 2020 року європейське законодавство щодо визнання кваліфікованих медичних працівників ЄЕЗ більше не поширюється на Велику Британію. Європейські кваліфікації в області медицини, медсестринства, акушерства, фармації та стоматології продовжуватимуть автоматично визнаватися, як це було згідно із законодавством ЄС, доки не закінчиться період автоматичного визнання. У майбутньому окремі регулюючі органи відповідатимуть за визначення процесів, яких слід дотримуватися для реєстрації міжнародних спеціалістів, хоча вони й надалі зможуть

використовувати існуючі міжнародні процеси подання заявок для реєстрації власників кваліфікацій ЄС, де це можливо.

Департамент очікує, що в майбутньому заявки на реєстрацію в ЄЕЗ розглядатимуться через відповідні міжнародні шляхи реєстрації відповідних регуляторів.

Міністерство бізнесу, енергетики та промислової стратегії (BEIS) представляє законопроект про професійну кваліфікацію [примітка 1] щодо визнання професійних кваліфікацій і регулювання професій, який зараз просувається в парламенті. Законопроект має на меті створити ряд повноважень щодо прийняття законів, спрямованих на реалізацію нової системи визнання закордонних професійних кваліфікацій у Великій Британії, яка замінює похідне законодавство ЄС. Законопроект поширюється на всі регульовані професії, включаючи професії в галузі охорони здоров'я. Це включає в себе повноваження приймати правила, які можуть вимагати від певних регуляторів мати маршрути для розгляду заявок від осіб, які отримали кваліфікацію або досвід за кордоном, які вже є в усіх регуляторів охорони здоров'я. Регулятори й надалі зможуть використовувати свої існуючі законодавчі повноваження для підтримки та оновлення маршрутів міжнародної реєстрації.

Регулятори також матимуть можливість укладати угоди про визнання (наприклад, угоди про взаємне визнання) зі своїми партнерами в інших країнах. Законопроект про професійну кваліфікацію також містить повноваження дозволяти регуляторним органам укладати угоди між регуляторними органами для визнання професійних кваліфікацій, якщо вони ще не мають такої здатності. Перед ухваленням законопроекту парламентом BEIS підготував інструкції для регуляторів, які бажають досягти домовленостей про визнання зі своїми закордонними колегами.

Торговельні угоди з іншими країнами також дають можливість розвивати та вдосконалювати міжнародну співпрацю, а також рамки для того, як можна узгодити угоди про визнання між регуляторними органами.

Під час усіх торгових переговорів уряд прагне забезпечити автономію регулятора щодо британських стандартів і рішень щодо того, хто може займатися регульованою професією. Це включає забезпечення безпеки пацієнтів шляхом збереження самостійності регулюючих органів Великобританії щодо рішень щодо реєстрації міжнародних заявників.

Законопроект, який супроводжує цю консультацію, узгоджується з цілями законодавства BEIS і нашого підходу щодо визнання професійних кваліфікацій у сфері охорони здоров'я в міжнародних торговельних угодах.

Реформа професійного регулювання.

Уряд, від імені 4 департаментів охорони здоров'я Великобританії, перебуває в процесі реформування законодавчої бази для регулювання діяльності медичних працівників. Існуюча модель регулювання у Великій Британії є жорсткою та складною, що потребує змін, щоб краще захистити пацієнтів, підтримати наші медичні служби та допомогти робочій силі справлятися з майбутніми викликами. При цьому він має бути швидшим, справедливішим, гнучкішим і мінімізувати свої витрати для реєстрантів.

У липні 2019 року ми опублікували нашу відповідь на консультацію Просування професіоналізму; реформування регулювання, викладення запланованих законодавчих змін для 9 регуляторів охорони здоров'я Великобританії. Навесні 2021 року департамент провів консультації щодо детальних пропозицій політики щодо модернізації законодавчої бази кожного з регуляторів сфери охорони здоров'я. Це окреслило заплановану програму роботи, щоб надати всім регулюючим органам охорони здоров'я Великобританії узгоджені повноваження.

Ці зміни забезпечать:

сучасні та ефективні регуляторні процеси;

кращу підтримку спеціалістів;

більш чутливе та відповідальне регулювання;

Зміни законодавства про міжнародну реєстрацію.

Напередодні ширшої реформи законодавства GDC та NMC існує нагальна потреба внести зміни до законодавчої бази, яка лежить в основі маршрутів міжнародної реєстрації цих регуляторів.

Аспекти чинних законодавчих вимог щодо реєстрації міжнародних стоматологів ускладнюють і забирають багато часу для GDC на внесення змін до процесів реєстрації. Законодавство, яке регулює оцінювання іноземних кандидатів на реєстрацію як в Законі про стоматологів 1984 року, так і в Наказі про медсестер і акушерок 2001 року, не дозволяє регуляторам запроваджувати більш гнучкі способи оцінювання знань, навичок і досвіду заявників.

Цілями Департаменту щодо процесів міжнародної реєстрації є:

1) забезпечити, щоб майбутні процеси реєстрації для всіх спеціалістів, кваліфікованих за межами Великобританії, були пропорційними та спрощеними, продовжуючи при цьому надійно захищати безпеку пацієнтів;

2) забезпечити, щоб регулятори мали достатню гнучкість для внесення змін до процесів міжнародної реєстрації, наприклад, у розробці нових або додаткових процесів для оцінки наявності у заявників необхідних навичок, знань і досвіду для практики у Великобританії, не вимагаючи постійного законодавчого втручання парламенту;

3) пом'якшити ризики щодо пропозиції робочої сили міжнародно кваліфікованих спеціалістів, яким необхідно використовувати шляхи реєстрації, які є надмірно обтяжливими та можуть стримувати спеціалістів від прагнення працювати у Великобританії, не ставлячи під загрозу безпеку пацієнтів;

Зміни, запропоновані проектом закону, узгоджуються з принципами ширшої програми реформ, що передбачає надання Генеральній стоматологічній раді та Раді медсестер та акушерок для всіх NMC більшої гнучкості для внесення змін до процесів міжнародної реєстрації без необхідності подальших змін до законодавства.

Департамент також планує розробити законодавство для впровадження змін, які нададуть Генеральній медичній раді більшу гнучкість для внесення змін до своїх процедур реєстрації міжнародних спеціалістів і лікарів загальної



практики цього року. Зміни до законодавства про міжнародну реєстрацію деяких інших регуляторів будуть внесені в програму реформ.

Зміни до законодавства GDC та NMC будуть внесені з використанням повноважень відповідно до розділу 60 Закону про охорону здоров'я 1999 року. Розділ 60 дозволяє вносити зміни до законодавства щодо регулювання професій охорони здоров'я за допомогою наказів, затверджених Таємною радою. Згідно з цими повноваженнями можна вносити зміни до основного законодавства (наприклад, до Закону про стоматологів) і вторинного законодавства (наприклад, до Регламенту Ради медсестер і акушерок (навчання, реєстрація та апеляції щодо реєстрації) Правила Ради 2004 р.).

Державний секретар з питань охорони здоров'я та соціального забезпечення має законодавчий обов'язок проводити консультації щодо проектів наказів до їх внесення до парламенту. Накази розділу 60 підлягають схвальній парламентській процедурі, тому вимагають офіційного затвердження обома палатами парламенту, перш ніж зміни стануть законом.

Делеговані адміністрації.

Проект наказу вносить зміни до національного законодавства стосовно медичних професій у Великобританії, включно з тими, регулювання яких передано Шотландії та Північній Ірландії. Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення (DHSC) Англії погодилося з децентралізованими адміністраціями провести консультації та впровадити ці поправки по всій Великобританії. Копії наказу після консультацій також будуть покладені в парламент Шотландії.

Закон Шотландії 1998 року передбачає, що регулювання існуючих професій охорони здоров'я зберігається за Вестмінстерським парламентом, але регулювання професій охорони здоров'я, які стали регулюватися після передачі повноважень, передано парламенту Шотландії. Це означає, що GDC підзвітний парламенту Шотландії, а також парламенту Великобританії щодо спеціалістів із стоматологічної допомоги (DCP), які були придбані під регулювання в 2006 році.

Короткий зміст законодавчих змін

Спрощення законодавчої бази GDC для реєстрації міжнародних стоматологів.

Існує ряд обмежень щодо існуючого процесу міжнародної реєстрації, доступного для GDC, викладених у законодавстві:

відповідно до Закону про стоматологів 1984 року GDC може визнавати міжнародні кваліфікації з метою надання реєстрації міжнародним кваліфікованим стоматологам і призначати осіб для відвідування міжнародного навчального закладу та оцінки достатності його іспитів. GDC визнає невелику кількість кваліфікацій після відвідин закордонних стоматологічних шкіл до 2000 року. Однак GDC наразі не займається такою діяльністю, оскільки не має можливості покрити витрати на відвідування закордонних стоматологічних шкіл. Крім того, Закон про стоматологів прямо не дозволяє GDC досліджувати альтернативні процеси, такі як кваліфікаційні навчальні програми для забезпечення якості, а не іспити, якщо стоматологи з міжнародною кваліфікацією не мають визнаної кваліфікації, яка задовольнила б GDC як надання їм необхідних знань і навичок для реєстрації, GDC повинен організувати для них складання іспитів, відомих як «закордонний реєстраційний іспит» (ORE-специфічний екзамен із стоматології на отримання права на діяльність). задоволені, що вони мають необхідні навички та знання для практики у Великобританії. Більшість міжнародних кандидатів на стоматолога займають ORE. Закон також вимагає, щоб огляд проводився стоматологічним органом або групою стоматологічних органів (які фактично є стоматологічними школами Великобританії). Лише невелика кількість стоматологічних установ на даний момент може надати ORE. Це призводить до обмеженої кількості варіантів постачальників і обмежує кількість заявників, які можуть прийняти ORE та приєднатися до реєстру плата, структура та зміст ORE викладені в Постанові Ради 2015 року Генеральної стоматологічної ради (Положення про реєстрацію за кордоном) («Наказ 2015»), який востаннє оновлювався у 2015 році. Ресурси та парламентський час, необхідні для цих

постанов бути складеним і затвердженим Таємною радою, не дозволяє GDC своєчасно оновлювати вартість іспиту для міжнародних заявників. Як наслідок, стягнена плата не покриває витрати на проведення іспиту, а збитки мають бути перехресно субсидовані з річної плати за збереження, яку сплачують реєстранти. Це не узгоджується з ширшою політикою щодо зборів GDC, і вона хоче гарантувати, що проведення іспиту є нейтральним і не субсидується існуючими реєстрантами.

Загалом, рівень деталізації законодавства GDC щодо процесів міжнародної реєстрації не відповідає ширшим принципам реформи, які спрямовані на те, щоб регулятори могли викладати свої робочі процеси в правилах і інструкціях, а не встановлювати їх у законодавстві. Це дозволить з часом адаптувати процеси реєстрації відповідно до потреб різних професій і різних вимог.

Зміни до реєстраційних вимог, що стосуються закордонних стоматологічних кваліфікацій.

Проект наказу дозволить GDC більш ефективно встановлювати та змінювати свої процеси міжнародної реєстрації. Це включає надання оновлених повноважень для GDC стягувати плату за послуги, які він надає. Будь-які збори повинні покривати лише витрати на виконану діяльність. Проектом наказу вносяться такі зміни:

GDC має можливість застосовувати низку варіантів оцінювання, щоб визначити, чи мають заявники необхідні знання, навички та досвід для практики у Великобританії скасовано вимогу про те, що оцінювання для закордонних заявників, наприклад ORE, повинні надавати стоматологічні органи або група стоматологічних органів.

Шляхи реєстрації для міжнародних кандидатів можуть включати, але не обмежуватися, визнання закордонних дипломів GDC зможе стягувати плату за витрати, обґрунтовано понесені у зв'язку з міжнародною реєстрацією. Це дозволить GDC покрити витрати на визнання індивідуальних міжнародних кваліфікацій, які відображають стандарти Великобританії. Це може зменшити

кількість стоматологів, необхідних для проходження оцінювання за стилем «ORE» в майбутньому GDC зможе розробляти правила, що передбачають деталі процесу міжнародної реєстрації, з якими потрібно буде консультуватися, але не вимагатимуть схвалення Таємної ради. Це дозволить своєчасно та ефективно вносити будь-які необхідні зміни у наказ 2015 року і буде скасовано через 12 місяців після того, як новий наказ набуде чинності, після чого GDC опублікує нові правила щодо деталей своїх процесів міжнародної реєстрації. Під час розробки змін до розділу 50D Закону про стоматологів щодо вимог до консультацій попередні законодавчі зміни, внесені до вимог до консультацій для правил GDC, були оновлені таким чином, щоб вони узгоджувалися з проектом наказу, хоча Наказ 2015 року вимагає, щоб заявники здали Частину 2 ORE протягом 5 років після першої спроби скласти Частину 1, проект Наказу вказує, що при розрахунку цього не слід брати до уваги період між 2 квітня 2020 року (коли ORE було призупинено у зв'язку з пандемією коронавірусу (COVID-19) та наступного дня після набрання чинності новим Порядком. Крім того, тим людям, чий 5-річний період мав закінчитися протягом 3 місяців квітня 2020 року та які забезпечили собі місце на місячному засіданні ORE (яке було скасовано), надається додаткове продовження на 12 місяців, щоб забезпечити їх достатнім часом, щоб забезпечити місце на іспиті ORE. Без продовження у цих кандидатів залишився б лише один місяць протягом 5-річного періоду, щоб сісти в ORE на момент набуття чинності цим законодавством. Ці заходи захистять кандидатів, чия можливість скласти частину 2 протягом 5 років була втрачена через обмеження на проведення іспиту внаслідок пандемії. GDC зв'яжеться безпосередньо з кандидатами, яких це стосується, щоб повідомити їм про тривалість часу, який вони мають для роботи в ORE після набуття чинності цим законодавством.

GDC вивчає, як найкраще використовувати підвищену гнучкість, яку нададуть ці зміни, щоб просувати 2 шляхи міжнародної реєстрації:

оцінка кваліфікації, навичок і підготовки окремого заявника, що підтверджується завершенням оцінювання стилю ORE без існуючих обмежень щодо здачі іспиту;

реєстрація на основі визнання кваліфікації, яку має заявник, якщо GDC оцінив цю кваліфікацію та вважає, що вона надає заявникам необхідні знання, навички та досвід.

Існуючі реєстраційні вимоги, такі як необхідність надати підтвердження володіння англійською мовою, хорошого здоров'я та характеру, продовжуватимуть застосовуватися до всіх заявників. Наказ також надає GDC гнучкість для впровадження додаткових шляхів реєстрації в майбутньому, якщо він вважатиме за доцільне.

У майбутньому GDC може також забажати надати реєстрацію на основі країни чи регіону країни, в якій заявник пройшов кваліфікацію, шляхом розробки угод про взаємне визнання з міжнародними компетентними органами, де існують подібні рівні громадського захисту, що надаються їхніми системами регулювання. Як зазначено у вступі, BEIS запроваджує законодавство про визнання професійних кваліфікацій і регулювання професій, яке включає повноваження дозволяти регуляторним органам укладати угоди між регуляторними органами щодо визнання професійних кваліфікацій, якщо вони не мають на це можливості. Таким чином, ми не пропонували жодних конкретних повноважень для GDC щодо розробки угод про взаємне визнання в рамках цього Наказу.

#### Призначення плати за іспит ORE

Проект наказу скасовує вимогу із законодавства GDC про те, що плата за оцінку за кордоном міститься в наказі, затвердженому Таємною радою. Дозвіл GDC встановлювати таку плату за іспит у межах правил дозволить швидше вносити зміни до плати. Наказ вимагає, щоб будь-які комісії відображали обґрунтовано понесені витрати, щоб вони могли покривати витрати на проведення оцінки, але не створювали додаткових доходів для GDC.

GDC повідомила, що спочатку витрати для заявників, ймовірно, зростуть, щоб гарантувати, що закордонне оцінювання буде проводитися без витрат. Зараз існує обмежена кількість потенційних постачальників іспиту ORE, що призводить до обмеженої конкуренції між постачальниками за контракти. Зняття обмежень щодо того, хто може проводити оцінювання за кордоном, дозволить GDC вивчити інші варіанти проведення таких оцінок.

У той час як GDC очікує, що витрати для іноземних заявників на оцінку зростуть у короткостроковій перспективі, щоб покрити поточні витрати на надання оцінки, економія, ймовірно, буде досягнута з часом, оскільки будуть визначені додаткові постачальники оцінки. У майбутньому це може дозволити зменшити комісію. Кількість місць для іспитів також буде збільшена, щоб задовольнити попит і скоротити час очікування.

Департамент вважає, що GDC повинен мати можливість гнучко встановлювати плату за будь-яку закордонну оцінку на основі відшкодування витрат, яка не потребує перехресного субсидування існуючими реєстрантами. Нові шляхи реєстрації GDC також можуть призвести до того, що меншій кількості заявників доведеться проходити оцінювання, зменшуючи ризик того, що майбутні заявники будуть збентежені підвищенням плати [15].

Ефективність управління в системі медичної стоматологічної допомоги залежить від ознак державного інституціонального регуляторного процесу та власне організаційно-функціональної архітектури системи стоматологічної допомоги [16].

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Дослідження кращих стоматологічних практик світу та порівняння з ними вітчизняної системи стоматологічного забезпечення населення свідчить про нагальну потребу створення нового сучасного ландшафту моделі надання медичної допомоги і послуг стоматологічного профілю. Грандіозні завдання

стоять перед всіма гілками державної влади, без втручання яких є неможливим доскональне здійснення реформаторських начал. Історичні задачі стоять перед законодавцями Верховної Ради, очільниками центральних органів державної влади, відповідними центральними відомствами, регіональними, муніципальними владними структурами, підприємствами бізнесу та інших роботодавців, представниками об'єднаних територіальних громад, власне медичної спільноти та іншими виконавцями. Наріжними віхами є формування державної політики, *запровадження прогресивних технологій управління*, наслідування принципам і нормативам гарантій якості, розроблених відповідно до ISO 9001 і 9002.

### РОЗДІЛ 3.

#### НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Кращий доступ до стоматологічних послуг Національної служби охорони здоров'я завдяки новим реформам. Пацієнти по всій країні отримують переваги від покращеного доступу до стоматологічної допомоги відповідно до змін, оголошених сьогодні Національною службою охорони здоров'я (National Health Service – NHS) England. Нові реформи стоматологічного контракту – перші за 16 років – означають, що стоматологам NHS платитимуть більше за лікування складніших випадків, наприклад людей, яким потрібно три чи більше пломб.

Терапевти-стоматологи також зможуть приймати пацієнтів на лікування NHS, ставити пломби, герметики, проводити профілактику для дорослих і дітей, що звільнить час стоматологів для невідкладних і складних випадків. Щоб зробити послуги доступнішими для людей, стоматологи повинні оновити веб-сайт NHS та каталог послуг, щоб пацієнти могли легко знайти наявність стоматологів у своєму районі. Високопродуктивні стоматологічні практики отримують можливість збільшити свою діяльність ще на 10% і приймати якомога більше пацієнтів.

У березні минулого 2021 року уряд звернувся до NHS Англії з проханням очолити наступний етап реформи стоматологічної системи, щоб забезпечити кращі результати для пацієнтів і покращити підтримку стоматологів. Нові реформи гарантують, що стоматологи, які вперше за два роки працюють на повну потужність, зможуть відновити стоматологічні послуги після впливу пандемії.

Головний стоматолог Англії Сара Херлі сказала: «Національна служба охорони здоров'я сповнена рішучості переглянути стоматологічне обслуговування, зосередившись на розширенні доступу до необхідної стоматологічної допомоги та підтримці профілактики. Сьогоднішні реформи є першим кроком на цьому шляху.



«Стоматологічний персонал NHS наполегливо працює над відновленням послуг, але ключем до досягнення цього буде реформа – ці зміни, оголошені сьогодні, допоможуть командам проводити ще більше лікування та допоможуть усунути неминучі відставання, які накопичилися під час пандемії.

«Будь-хто, кого хвилює здоров'я зубів, повинен зв'язатися зі своїм місцевим стоматологом, як зазвичай, або звернутися за порадою до NHS 111».

«Під час пандемії були введені заходи з профілактики та контролю інфекцій для захисту персоналу та пацієнтів, що обмежило кількість процедур, які могли виконувати стоматологи NHS».

У рекомендаціях NICE зазначено, що бригади стоматологів повинні відвідувати пацієнтів для огляду ротової порожнини залежно від ризику для їхнього здоров'я, що може проводитися раз на два роки замість кожні шість місяців – це гарантує, що призначено на прийом тих, хто найбільше цього потребує.

Міністр охорони здоров'я та соціального забезпечення Стів Барклі сказав: «Покращення доступу пацієнтів до стоматологічної допомоги NHS є пріоритетом, і ці зміни є важливим кроком, а також більш справедливе винагородження стоматологів за надання більш комплексної допомоги, дозволяючи найкращим практикам отримувати більше пацієнтів і краще використовувати низку професіоналів, які працюють у секторі, таких як медсестри, гігієністи та стоматологи-терапевти.

«NHS виділяє близько 3 мільярдів фунтів стерлінгів на стоматологію щороку, і ми надали безпрецедентну підтримку, включаючи 1,7 мільярда фунтів стерлінгів, під час пандемії, щоб захистити команди та пацієнтів, заплативши стоматологам за роботу, яку вони зазвичай виконували б, якби не Covid. правила».

NHS опублікувала шість цілей реформи стоматологічної системи, які були схвалені Британською стоматологічною асоціацією, і NHS продовжує працювати з сектором для реформування стоматології NHS.

Зараз Національна служба охорони здоров'я Англії переходить до наступного етапу залучення до впровадження ширших реформ, які принесуть користь пацієнтам і персоналу. Ось що із цього приводу виголошують видатні стоматологи і керівники провідних закладів і установ, які призвані надавати стоматологічну допомогу.

Кріс МакКанн, директор із комунікацій, кампаній і аналізу Healthwatch England, сказав: «Це оголошення демонструє силу голосів тисяч пацієнтів, які за останні кілька років говорили про потребу відвідати стоматолога NHS. NHS слухає та вживає заходів. Зміни дозволять людям легше бачити, які стоматологи приймають нових пацієнтів NHS. Ті, хто має більш складні стоматологічні проблеми, також повинні мати кращий доступ до медичної допомоги через зміни в тому, як NHS оплачує стоматологів. Зрештою, ми сподіваємося, що ці комбіновані заходи покладуть край на тривалий час очікування, тривалі періоди болю, які страждають багато людей, і надзвичайні випадки власної стоматології, які ми бачили. Однак ці реформи мають бути лише початком, якщо ми хочемо створити NHS, яка зможе надавати якісну стоматологічну допомогу для всіх».

Дженніфер Оуен, керівник практики NHS у Гейтсхеді та голова місцевого стоматологічного комітету Гейтсхеда та Південного Тайнсайдю, сказала: «Я вважаю, що ці зміни є позитивним кроком у правильному напрямку. Збільшення UDA для лікування діапазону 2 допоможе стоматологам приділяти більше часу тим, хто цього потребує найбільше, а зняття обмеження на результативність означатиме, що практики NHS можуть збільшити пропускну спроможність і дозволити відвідувати більше пацієнтів NHS».

Абхі Пал, президент коледжу загальної стоматології, сказав: «Хоча стоматологічний контракт NHS в Англії потребує фундаментальної реформи, ми вітаємо ці значні покращення. Зокрема, усунення непотрібних обмежень щодо ролей, які виконують члени ширшої стоматологічної команди, спрямування більших ресурсів на лікування пацієнтів із більшими потребами та потенціал практик для надання додаткової медичної допомоги, щоб усе

фінансування було спрямовано на стоматологію використовується за призначенням».

Пірс Стеннет-Ховард, передовий стоматолог NHS у Східній Англії, сказав: «Коли я почув новини про реформу контракту, я хотів пронизати повітря відчуттям перемоги працюючих стоматологів, які лікують пацієнтів із високими потребами. Нарешті, деякі дії, які визнають і винагороджують час і майстерність стоматолога. Залучення терапевтів-стоматологів має дозволити практикам усунути залишену роботу. Ці реформи слід розглядати як нове дихання для стоматології NHS».

Деббі Хемінгтон, президент Британської асоціації стоматологічних терапевтів, сказала: «Британська асоціація стоматологічних терапевтів задоволена тим, що повний набір навичок DCP було визнано, і вітає ці початкові реформи в стоматологічному контракті NHS, і ми особливо сподіваємося на співпрацю з NHS Англії, щоб з'ясувати, як можна використовувати поєднання навичок і прямий доступ до практики Національної служби охорони здоров'я».

Раві Сінгх, власник стоматологічної практики NHS у Великому Манчестері, сказав: «Приємно бачити, що NHS цінує клінічну участь і має справу з реальними проблемами в стоматології. Ці зміни визнають вимогу до системи оплати, яка відображає потреби пацієнта та час, необхідний для надання відповідного рівня медичної допомоги. Бар'єр, пов'язаний із тим, що терапевти не можуть розпочати курс лікування в рамках Національної служби охорони здоров'я, також було усунено, що призвело до ширшого застосування теорії поєднання навичок, і практика отримала нову можливість розвиватися».

Ніл Кармайкл, виконавчий голова Асоціації стоматологічних груп, сказав: «Ми вітаємо ці пропозиції як перший крок на шляху до реформування стоматологічних контрактів NHS і усунення відставання в лікуванні. Слід вітати усунення адміністративних бар'єрів, які заважають лікарям-стоматологам працювати в повному обсязі своєї практики, оскільки повне

використання всієї команди стоматологів відіграє важливу роль у розширенні доступу та утриманні персоналу».

Обраний президент Британської асоціації стоматологічних медсестер (BADN) Дебра Вортінгтон сказала: «BADN – професійна асоціація стоматологічних медсестер у Великобританії – підтримує цю реформу та сподівається на співпрацю з Офісом головного стоматолога в її подальшому розвитку; зокрема, у сприянні ефективному використанню навичок стоматологічної бригади для остаточного покращення результатів щодо здоров'я порожнини рота. BADN щиро підтримує ефективне використання стоматологічних медсестер у клінічному середовищі, використовуючи навички, отримані шляхом подальшої освіти, що веде до отримання післяреєстраційної кваліфікації, тим самим розширюючи роль стоматологічної медсестри та в кінцевому підсумку покращуючи досвід пацієнтів».

Даян Рочфорд, президент Британського товариства стоматологічної гігієни та терапії (BSDHT), сказала: «Я вітаю початкову фазу змін до контракту на загальні стоматологічні послуги в Англії. Зосередженість на доступі до медичної допомоги для пацієнтів і запровадженні ширшої стоматологічної команди, яка надає допомогу в рамках повної сфери їх практики, має важливе значення для зменшення нерівності в стані здоров'я порожнини рота. BSDHT з нетерпінням чекає на наступний етап роботи щодо реформи стоматологічного контракту» [17].

Європейський приклад подання помочі стоматологічного виду спрямовується до залучення пацієнтів на оплату стоматологічних послуг. У більшості зарубіжних країнах існують національні моделі стоматдопомоги включають три компоненти: страховий, приватний і громадський. В розвинених країнах світу існують дві моделі медичного страхування: беверіджська і бісмаркська.

Основними рисами європейської стоматології є: якість послуг та доступність стоматологічних служб, інтеграція стоматологічних та інших сервісів здравооохорони, раціональна основа стоматологічного обслуговування,

використання у стоматологічних службах бригадного методу роботи, використання високотехнологічного обладнання стоматологічного кабінету, проведення профілактики та соціологічних досліджень серед населення.

Основний обсяг стоматологічних послуг населенню надається за медичною стоматологічною страховкою у державній службі охорони здоров'я. Це значить, що пацієнт оплачує 80 % від вартості лікування.

У Британії функціонує стоматологічна асоціація (BDA), завданнями якої є захист інтересів лікарів-стоматологів, сприяння та допомога у ситуаціях, коли їм потрібно взяти відповідальність за професійну діяльність. Тому лікарям-стоматологам слід заключати договори професійного захисту або страховки зі спеціальними об'єднаннями або організаціями, які займаються такими питаннями.

Сфера стоматологічної допомоги Німеччини належить до найкращих у світі і є однією з найбільш розвинених медичних допомог у країні. У країні діє дві системи медичного страхування: приватне (добровільне) і обов'язкове, що зумовило існування двох переліків стоматологічних послуг з оціночними індикаторами витратності та трудомісткості. Подібна до німецької і сфера надання допомоги у стоматологічному секторі охорони здоров'я у Швейцарії, яка включає добровільне страхування здоров'я, лікарняні каси, страхування по інвалідності і від нещасних випадків.

В результаті спільної діяльності у Європі розроблено основу моделі у виразі збалансованих індикаторів. Підхід до керування організаціями в сфері стоматологічних послуг передбачає вирішення як мінімум двох принципових завдань: покращення самого процесу стоматологічної помочі; удосконалення системи управління надання стоматологічної допомоги. Поліпшення надання стоматологічної допомоги поєднане із підвищенням якості стоматологічної допомоги, яка контролюється системою стандартів у стоматології, застосуванням нових медичних технологій у стоматології, підвищенням професійної майстерності стоматологічного медичного персоналу.

З метою вдосконалення системи управління надання стоматологічної допомоги громадянам запроваджуються прогресивні технології управління, які надають потрібну інформацію задля аналізу функціонування стоматологічного закладу за чотирма основними аспектами: медична допомога, пацієнти, персонал і кошти. Вибір управлінського рішення поєднаний із вибором інноваційної медичної технології, яка відповідає соціальним і медико-економічним критеріям.

Отже, європейський досвід управління стоматологічною допомогою людям практикує залучення клієнтів до оплати стоматологічної допомоги і послуг та низку правових і організаційно-економічних механізмів планування, управління та регулювання діяльністю суб'єктів у сфері стоматологічної допомоги.

Тому, як особливості управління подання стоматологічної допомоги слід розглядати потребу використання системно концептуального шляху в опрацюванні далекоглядних управлінських рішень. Щоб забезпечити збалансованість усіх елементів організації та сформувані єдиний напрям розвитку з дотриманням спільних критеріїв і пріоритетів ефективності необхідно враховувати системоутворюючу функцію стратегічних управлінських рішень.

До такої стратегічної концепції стоматологічного закладу слід включити пріоритети, як: достатню фахову кваліфікацію персоналу; присутність сучасного технологічного устаткування; місце, щоб було зручно дістатись до розташованого закладу, комфортні умови та безпековий фактор допомоги і послуг для пацієнта; визначну репутацію серед інших на стоматологічному ринку; розвинутої бази потреб тих, хто отримує лікування та їх стабільно позитивне позиціонування на ринку стоматологічної допомоги і послуг [18].

Також слід звернути увагу й на кадрову політику. Оскільки, проблеми, які пов'язані з кадровим складом стосуються і медичного закладу та й закладені в засадах формування державної політики, спрямованої на цей вид медичної допомоги населенню. Передбачається зміна ієрархії управління у самих

зкладах за прикладом зарубіжних країн. Необхідно зазначити, що в лікарняних закладах України вже розмежовано господарські і медичні посади з кардинальною зміною їх функцій.

Отже, створення модерного підходу із системної точки зору із залученням Міністерства охорони здоров'я України, інших зацікавлених центральних відомств, громадської неурядової спілки «Асоціація стоматологів України» в опрацюванні і прийнятті управлінських висновків Координаційною радою з питань стоматології при МОЗ здоров'я повинно об'єднувати комплекс взаємозв'язаних елементів: надання медичної допомоги і послуг, інформацію та ресурси, поєднання із оточенням зовні (із врахуванням соціально-демографічних, економічних, політичних, етнічних умов тощо). Такий підхід є найбільш перспективним та дозволить реалізувати елементи управління стоматологічними закладами на практиці як на мікрорівні, так і при модернізації системного стоматологічного ландшафту країни.

Отже, для запровадження новітніх форм управління системи стоматологічної меддопомоги людині у нашій країні необхідні узгодженість дій, підтримка владних структур на всіх рівнях. Саме тому одним із головних напрямів менеджменту у стоматологічній сфері має стати поєднання структури та обсягів стоматдопомоги громадянам з фінансовими ресурсами з максимально чітким визначенням урядових гарантій стоматологічного профілю.

Чому професія стоматологів має так мало громадського контролю і так мало відносного втручання з боку уряду, окрім питань контролю якості продуктів, процедур і ліцензування?

Можливо, професію стоматолога повинна вважатися ідеальною моделлю для надання медичної допомоги у США.

Це професія, в якій домінує бізнес-модель приватного сектору з незначною кількістю державних коштів, які використовуються на стоматологічну допомогу. Стоматологи стягують стільки, скільки може

витримати ринок, і люди, які мають найкращу стоматологічну допомогу, зазвичай мають найбільше грошей.

Ми пройшли довгий шлях від мандрівних зубочистів, які надавали єдину доступну стоматологічну допомогу. Стоматологічні технології покращили життя багатьох американців, і тепер можна мати найкрасивішу посмішку без хвороб, яку можна купити за гроші. Пломби, кореневі канали, коронки та мости стали високотехнологічними разом із цифровим рентгенівським знімком із низьким випромінюванням. Прогрес був приголомшливим, але разом із тим і зростання цін.

Я не збираюся нікого звинувачувати за поганий доступ до своєчасної стоматологічної допомоги, що є долею багатьох американців. Лікарі-стоматологи вкладають багато часу та грошей у навчання та створення бізнесу, і вони заслуговують на справедливий винагороду за свої зусилля. Але наше суспільство має знайти спосіб покращити доступ до всіх доступних зараз методів лікування.

Тягар покращення доступу має лягати не на стоматологів, а на уряд. Тобто, якщо ви вважаєте, що уряд повинен відігравати певну роль у наданні базових медичних послуг людям, яких він обслуговує. Стоматологічна страховка допомагає деяким людям, але більшість полісів фінансово недосяжна для багатьох, і я підозрюю, що більшість людей, які мають стоматологічні поліси, мають частину премій, сплачених їхніми роботодавцями.

Тоді є проблема Medicaid. У Вермонті отримувачі Medicaid отримують колосальні 400 доларів на рік, які витрачають на стоматологічну допомогу. Коли стоматологи обслуговують пацієнтів Medicaid, компенсація настільки низька, що вони зазвичай втрачають гроші. Наскільки мені відомо, у Бреттлборо є лише один стоматолог, який приймає пацієнтів Medicaid. Чомусь у нього, мабуть, найнижчі накладні витрати в місті, тому що жоден інший стоматолог, здається, не в змозі погасити фінансовий удар Medicaid.

Згідно з матеріалом USA Today від 11 березня, «результати опитування Gallup-Healthways, опублікованого цього тижня серед 355 334 американців,



показують, що більше однієї третини населення, а точніше 34 відсотки, минулого року взагалі не відвідували стоматолога. Недавнє опитування Американської стоматологічної асоціації (ADA) показує, що доходи стоматологів також падають, і деякі стоматологи кажуть, що пацієнти, які втратили стоматологічну страховку, запитують про альтернативні плани оплати або пропускають прийом.

«Дані Gallup за 2008 рік повідомляють, що в дев'яти штатах близько половини жителів минулого року не відвідували стоматолога, хоча ADA рекомендує двічі на рік проводити чистку та огляди. Чоловіки, афроамериканці, латиноамериканці та люди похилого віку більш схильні до цього. пропуск, історична закономірність. За даними Gallup, більше половини тих, хто заробляє менше 2000 доларів на місяць, також повідомили, що не відвідують візити. Для людей із обмеженим бюджетом інші витрати стоять на першому місці... «Я не ходив до стоматолога минулого року взагалі», — каже Пеггі Джонс із Чарлстона, штат Южная Кароліна. Самозайнятий бізнес, Джонс каже, що на першому місці стоїть боротьба за іпотеку, побутові рахунки та інші медичні потреби».

У березневому опитуванні Gallup 72 відсотки мешканців Вермонту сказали, що вони відвідували стоматолога протягом останніх 12 місяців, що зробило штат восьмим найкращим у країні. Якби 28 відсотків жителів штату сказали, що вони не мають медичної допомоги, ми б оголосили кризу, але коли мова заходить про здоров'я зубів, такий високий показник ставить нас у компанію одних із найкраще покритих американців.

Це одна з наших великих національних ганьб, про яку не повідомляють, а також жахливий рекорд дитячої смертності та допологового догляду. Ми повинні повідомити нашим політикам, що стоматологічна допомога важлива, але не доступна для багатьох жителів Вермонту. Багато хто із стоматологічного страхування, як-от діти, яких охоплює Dr. Dynasaur, виявляють, що все ще існують величезні перешкоди для отримання стоматологічної допомоги, оскільки багато стоматологів не приймають Medicaid [19].

Одним із шляхів розв'язання проблеми щодо якісного практичного навчання студентів має стати створення університетських стоматологічних клінік, у яких студенти-стоматологи мали б можливість проводити безоплатну для пацієнтів лікувальну роботу та оволодівати практичними навичками. Але створення таких клінік потребує значних коштів. Практика студентів-стоматологів завжди була визначальною складовою практичної підготовки, але її впровадження в державних бюджетних і комунальних спеціалізованих медичних закладах, з огляду на їх реформування та отримання статусу підприємства, видається досить проблематичним. У зв'язку з цим велику потребу має ширше залучення приватних клінік і кабінетів до стоматологічної практики студентів, особливо враховуючи постійне щорічне зростання їх кількості в країні та більш сучасне оснащення.

Перспективним у змісті сучасних освітніх прагнень є стажування в європейських медичних закладах та університетських клініках за програмою обміну чи в рамках реалізації академічної мобільності, зокрема за відсутності суттєвих відмінностей у навчальних програмах.

Поліпшити стоматологічні стандарти в Україні.

У листопаді 2015 року д-р Фред Бергман, президент Німецького товариства оральної імплантології (Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie – DGOI), і д-р Paul Weigl, голова DGOI, були почесними гостями міжнародного симпозіуму в Києві. Під час цього заходу було засновано Українську асоціацію оральної імплантології, яка стала новою організацією-партнером DGOI.

Навчання та підготовка стоматологів з оральних імплантатів з метою впровадження вдосконалених стоматологічних стандартів є міжнародним зобов'язанням DGOI. Серед іншого, це було одне з питань симпозіуму в Києві. З цієї нагоди д-р Фред Бергманн і д-р Пол Вайгль поспілкувалися з представниками МОЗ України та Національної медичної академії післядипломної освіти імені Шупика про те, як системно покращувати здоров'я порожнини рота населення України. Один крок у майбутнє вже зроблено: заснування Української асоціації оральної імплантології за підтримки DGOI.

Нова організація впроваджуватиме навчальну програму імплантології «8+1» DGOI в Україні [20].

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Вивчений досвід країн зарубіжжя свідчить про те, що навіть серед високорозвинених країн Європи і Заходу йде постійна діяльність з приводу вдосконалення їхніх систем надання стоматологічної допомоги і послуг. Відбувається постійна діяльність з приводу вдосконалення їхніх систем надання стоматологічної допомоги і послуг. Незважаючи на всі переваги медичного страхування такі країни, як США, Великобританія, Канада, Швеція та деякі інші піддають ревізії свої власні моделі стоматологічної допомоги на базі медичного страхування. Основними питаннями є дофінансування цього виду медичної допомоги, а відтак і можливість широкого застосування новітніх медичних технологій, що сягнули значних висот в оральній імплантології, та інших втручаннях, доступ до них та цінова політика, утримання професійності персоналу на потрібному щаблі, удосконалення вивчення потреб людей у стоматологічній допомозі та її якісного задоволення.

## ВИСНОВКИ

Отримані у ході підготовки кваліфікаційної роботи результати дають можливість зробити наступні висновки:

1. Менеджмент у галузі охорони здоров'я та забезпечення меддопомогою повинно базуватись на забезпеченні гарантій прав громадян на якісну медичну допомогу, у відповідності до базових умов суспільного середовища відносини суб'єктів системи задля ефективного і регульованого процесу розвитку системи медичної допомоги із впровадженням страхової медицини, прийнятті законів щодо прав пацієнтів, електронного документообігу в індустрії здоров'я, функціонування медичних закладів тощо.

2. Основними рисами європейської стоматології є: якість послуг та доступність стоматологічних служб, інтеграція стоматологічних та інших профільних секторів охорони здоров'я, раціональна основа стоматологічного обслуговування, використання у стоматологічних службах бригадного методу роботи, використання високотехнологічного обладнання стоматологічного кабінету, проведення профілактики та соціологічних досліджень серед громадян.

3. Аналітичне дослідження ситуації із стоматологічної спеціальності, що визначає ресурсне покриття та оцінку економічної діяльності відносно медико-економічних показників при обґрунтуванні розвитку матеріальних, фінансових та кадрових ресурсів має бути зорієнтована на визначення потрібного обсягу стоматологічних послуг та потреб населення, а кадрова політика – на продуктивне використання штатних посад.

4. Доведено, що оцінка якості медичних послуг залежить від якості кваліфікації персоналу, матеріально-технічної бази, відносин між працівниками і пацієнтами, ступеня задоволення потреб клієнта результатів. Ця ситуація є можливою за умови коли керівники та лікарі закладу беруть до уваги потреби і вимоги пацієнтів у сфері забезпечення населення стоматологічним забезпеченням, а також прагнуть до постійного вдосконалення, що

визначається нормами та стандартами для створення конкуренції в сучасних економічних умовах.

5. Встановлено, що внаслідок високої затратності, стоматологічна допомога, виявилася не охопленою програмою медичного захисту в межах сучасного трансформування медичної допомоги вторинного рівня. Резервні фінансові можливості щодо збереження доступності населення до профілактичної стоматологічної допомоги полягають у залученні коштів об'єднаної територіальної громади для фінансування цільової програми профілактики і лікування стоматологічних хвороб, з врахуванням законодавчих можливостей місцевого самоврядування щодо збільшення власних бюджетів та залучення зовнішніх додаткових фінансових надходжень.

6. Запровадження електронної системи e-Health дозволить створити електронний реєстр пацієнтів, перевести в електронний вигляд всю медичну документацію, що призведе до розвантаження лікарів та дозволить їм оперативно та якісно надавати стоматологічні послуги й контролювати якість медичної допомоги; а для пацієнтів – отримати доступні та зручні послуги та підвищити якість медичного обслуговування (пошук відомостей про клініку, доступність до розкладу на прийом до лікаря тощо).

7. Доцільним є створення умов приватнодержавного співробітництва між муніципальними, регіональними та центральними державними інститутами влади та підприємницьким товариством. Де функції координації функціонування та опрацювання загальної стратегії має здійснювати новоутворена Національна рада у питаннях державноприватного партнерства.

8. Серед інших позитивних сторін є перевага опрацювання і запровадження медичного страхування коли децентралізація зміцнить ресурсну базу місцевих установ і закладів охорони здоров'я країни.

9. За прикладом кращих міжнародних практик опрацювати і впровадити національну систему стандартів у стоматології, передбачивши при цьому застосування сучасних медичних діагностичних та лікувальних засобів у стоматології на засадах доказової медицини, високої професійної майстерності

медичного персоналу стоматологічних закладів та безперервне підвищення його кваліфікації.

10. Продовжити діяльність із зміни вищих посад управлінців безпосередньо у самих закладах за прикладом зарубіжних держав. Слід нагадати, що лікарняні заклади України переводяться у сучасний режим життєдіяльності за принципами неприбуткових комунальних підприємств і такі посади вже розділено за своїми господарськими і медичними функціями.

11. Розпочати широке навчання та підготовку стоматологів з оральної імплантології з метою запровадження вдосконалених стоматологічних стандартів є міжнародним зобов'язанням DGOI у партнерстві з провідними лікарями-стоматологами європейських країн. Маємо надію, що ця робота вже широко розгорнута після одного з симпозіумів в Києві.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Здоровье полости рта: информац. бюл. ВООЗ. 2012. № 318. URL: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru> (дата звернення: 26.11.2022).
2. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: спец. 25.00.02. Харків, 2011. 21 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text> (дата звернення: 01.12.2022).
4. Reform of dental care to the population of Ukraine: problems of the present. URL: <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/432> (дата звернення 25.11.2022).
5. Health Care in Ukraine. URL: <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2019/03/Health-Care-in-Ukraine.pdf> (дата звернення: 30.11.2022).
6. Огляд універсальних стоматологічних схем. URL: [https://www.aph.gov.au/AboutParliament/Parliamentary\\_Departments/Parliamentary\\_Library/FlagPost/2012/February/An\\_overview\\_of\\_universal\\_dental\\_schemes](https://www.aph.gov.au/AboutParliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/FlagPost/2012/February/An_overview_of_universal_dental_schemes) (дата звернення: 01.12.2022).
7. Problems of practical training of future dentists in the healthcare reforming conditions. URL: [https://vpbm.com.ua/en/vyipusk-1-\(155\),-2020/13663](https://vpbm.com.ua/en/vyipusk-1-(155),-2020/13663)  
Publication of the article: «Bulletin of problems biology and medicine» Issue 1 (155), 2020 year, 240-243 pages, index UDK 378.147.88:614.253.4 DOI: 10.29254/2077-4214-2020-1-155-240-243 (дата звернення: 30.11.2022).
8. We won't recognize doctors trained in Ukraine – Medical and Dental Council warns. URL: <https://kessbenonline.com/2022/09/26/we-wont-recognize-doctors-trained-in-ukraine-medical-and-dental-council-warns/> (дата звернення: 30.11.2022).

9. Викторов В. Н. Козлова Н. Е., Денисова Т. Г. Развитие стоматологической службы за рубежом (обзор литературы). *Здравоохранение Чувашии*. 2013. Вып. № 3. С. 17-21.

10. Bird D. L. Robinson D. S., Torres and Ehrlich modern dental assisting. Published on May 4, 2018. URL: <https://www.slideshare.net/babacacog> (дата звернення: 27.11.2022).

11. Суслин С. А. Характеристика основных показателей оценки медицинской деятельности стационарных учреждений. 2009. № 11. С. 14-28.

12. 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.

13. Chattopadhyay A. Oral health disparities in the United States. *Dental Clinics of North America*. 2008. Vol. 52. № 2. P. 297-318.

14. Викторов В. Н. Козлова Н. Е., Денисова Т. Г. Развитие стоматологической службы за рубежом (обзор литературы). *Здравоохранение Чувашии*. 2013. Вып. № 3. С. 17-21.

15. Changes to the General Dental Council and the Nursing and Midwifery Council's international registration legislation. URL: <https://www.gov.uk/government/consultations/changes-to-the-general-dental-council-and-the-nursing-and-midwifery-councils-international-registration-legislation/changes-to-the-general-dental-council-and-the-nursing-and-midwifery-councils-international-registration-legislation> (дата звернення: 28.11.2022).

16. Шевцов В., Хожило І. Інституційний механізм державного регулювання комунального сектору стоматологічної допомоги в Україні. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2018. Вип. 4. С. 134-144.

17. Better access to NHS dental services under new reforms. URL: <https://peverellparksurgery.com/better-access-to-nhs-dental-services-under-new-reforms/> (дата звернення: 27.11.2022).



18. Стефанишин Л. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160–166.

19. Час стоматологічної реформи? URL: [https://www.reformer.com/local-news/time-for-dental-reform/article\\_2916d409-ef70-5733-8a2c-8b5f5a0a46ab.html](https://www.reformer.com/local-news/time-for-dental-reform/article_2916d409-ef70-5733-8a2c-8b5f5a0a46ab.html) (дата звернення: 27.11.2022).

20. Improve dental standards in Ukraine. URL: <https://www.dgoi.info/improve-dental-standards-in-ukraine/> (дата звернення: 27.11.2022).