

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.1\(52\).2022.11](https://doi.org/10.34287/MMT.1(52).2022.11)**А. Г. Круть, О. К. Толстанов, В. В. Горачук**Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика  
Київ, Україна**A. G. Krut, O. K. Tolstanov, V. V. Horachuk**Shupik National Healthcare University of Ukraine  
Kyiv, Ukraine

## РЕСУРСНА ПІДТРИМКА СЕРТИФІКОВАНИХ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

### Resource support of certified quality management systems of dental care

**Реферат**

Стандарти на системи управління якістю вимагають підтримки ресурсами: людськими, інфраструктурними, середовища процесів, знаннями, компетентністю, обізнаністю, інформуванням, задокументованою інформацією.

**Мета дослідження.** Здійснити системний аналіз управління ресурсами в сертифікованих системах управління якістю закладів стоматологічного профілю; запропонувати напрями його удосконалення.

**Матеріали та методи.** Форми № 17, 20 державної статистичної звітності; внутрішні документи комунальних некомерційних підприємств: «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»; «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» (усього 37 од.). **Методи:** медико-статистичний; системного підходу; контент і порівняльного аналізу; графічний.

**Результати.** Установлено, що заклади забезпечені висококваліфікованими компетентними медичними кадрами, однак серед посад і фізичних осіб фахівців відсутні гігієністи зубні, що перенавантажує лікарів-стоматологів більш простими профілактичними процедурами. Не відбувається широкого залучення працівників до позаштатних організаційних структур, моніторингу та внутрішнього аудиту процесів і системи управління якістю. Технології стоматологічної допомоги регламентовані розробленими у 2004 році галузевими стандартами на основі фахового консенсусу. Зовнішні

**Abstract**

Standards for quality management systems require support for the system resources: human, infrastructure, process environment, knowledge, competence, awareness, communication, documented information.

**Purpose of the study.** To conduct a systematic analysis of resource management in certified quality management systems of dental institutions; suggest ways to improve it.

**Materials and methods.** Forms № 17, 20 of the state statistical reporting, internal documents of municipal non-profit enterprises: «Zhytomyr Regional Dental Medical Association»; Kharkiv Regional Council «Regional Dental Clinic»; «Chernihiv Regional Dental Clinic of the Chernihiv Regional Council» were used (a total of 37 units). **Methods:** medical and statistical; system approach; content and comparative analysis; graphic.

**Results.** It has been established that the institutions are provided with highly qualified competent medical staff, but there are no dental hygienists among the positions and individuals of specialists, which overloads dentists with simpler preventive procedures. At the same time, preventive measures are important to prevent the development of caries, periodontitis and diseases of the oral mucosa. There is no widespread involvement of employees in freelance organizational structures, monitoring and internal audit of processes and quality management systems. Heads of institutions did not organize the development and implementation of local clinical protocols based on evidence data. Dental care technologies are regulated by industry standards developed

та внутрішні взаємодії закладів і їх структурних підрозділів нечітко визначені; є дефіцит медичного обладнання; обмежено використання сучасних цифрових технологій для внутрішніх і зовнішніх комунікацій.

**Висновок.** Можливості реалізації менеджменту якості, закладені в стандарті, використовуються не повною мірою, що потребує уваги керівників закладів стоматологічного профілю за проблемними напрямками.

**Ключові слова:** Лікарі-стоматологи; кваліфікаційний рівень; компетентність; стандарти; позаштатні структури.

*in 2004 on the basis of professional consensus. Clinical pathway of the patient, as organizational regulations of dental care, are descriptive textual in nature, the direction of the patient's movement is not traced, as well as the sequence of interaction of structural units - participants in the treatment and diagnostic process. Clinical quality indicators are not implemented in institutions and are not subject to calculations and monitoring. This creates risks for the effectiveness of patient-centered dental care. External and internal interactions of institutions and their structural units are unclear; there is a shortage of medical equipment; modern digital technologies are used to a limited extent for internal and external communications.*

**Conclusion.** Opportunities for the implementation of quality management, laid down in the standard, in each dental institution in the real conditions of its operation are not fully used, which requires the attention of heads of institutions in problematic areas.

**Keywords:** Dentists; qualification level; competence; standards; freelance structures.

## ВСТУП

Якість медичної допомоги залишається актуальною проблемою для усіх країн світу, зокрема, їх урядів, суспільства, сфери охорони здоров'я, пацієнтів [1–3]. Одним з міжнародних інструментів управління якістю для будь-якої галузі економічної діяльності визнано стандарт на системи управління якістю, який використовується керівниками закладів охорони здоров'я – надавачів медичних послуг у всьому світі, зокрема, й в Україні [4–7].

Сертифікація системи управління якістю на відповідність зазначеному стандарту в нашій країні є нормативною вимогою для отримання закладом охорони здоров'я вищої акредитаційної категорії [8]. За 2017–2019 роки, за даними МОЗ України, вищу акредитаційну категорію отримали більше 300 закладів охорони здоров'я, серед яких близько десяти стоматологічних поліклінік [9–11]. Тобто, ці заклади сертифікували свої системи управління якістю, що вимагає, зокрема, певної кількості і якості ресурсів.

Вимоги до ресурсів є складовою вимог стандарту на системи управління якістю, а саме: визначення ресурсів, необхідних для підтримки цієї системи в постійно робочому стані; людських ресурсів для забезпечення функціонування усіх видів діяльності – процесів, зокрема, медичної допомоги, та контролю за цими процесами; підтримки інфраструктури і середовища, де відбуваються процеси; ресурсів, потрібних для моніторингу й вимірювання наданих послуг; знань, необхідних для досягнення відповідності продукції та послуг медичним потре-

бам пацієнтів [12]. Вимогами стандарту до видів ресурсів також віднесені: компетентність, обізнаність, інформування та задокументована інформація.

Тісний зв'язок між якістю медичної допомоги та її ресурсним забезпеченням добре відомий. У світі відбувається постійний пошук технологій, спрямованих на підвищення якості обслуговування пацієнтів та зменшення витрат, пов'язаних з використанням ресурсів, оскільки саме вартість останніх обумовлює й вартість медичної допомоги, а отже, її доступність до пацієнтів, що обумовлює актуальність даного дослідження [13–16]. В останні кілька років актуальність цієї проблеми особливо гостро постала перед пацієнтами закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю та їх працівників, коли відбулися зміни у фінансуванні стоматологічних послуг: вони забезпечуються Програмою медичних гарантій лише в разі необхідності планових і екстрених втручань для дітей, екстрених – для дорослих [17–18]. Це вимагає, крім залучення додаткових джерел фінансування, ще й мобілізації й оптимального використання усіх наявних ресурсів, що можливо в разі ретельних досліджень існуючих технологій управління ними.

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Здійснити системний аналіз управління ресурсами в сертифікованих системах управління якістю закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю та запропонувати напрями його удосконалення.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження слугували форми № 17, 20 державної статистичної звітності та внутрішні документи закладів охорони здоров'я, обраних базами дослідження, в яких засвідчені дані про планування, наявність, використання, поновлення ресурсів в сертифікованих системах управління якістю комунальних некомерційних підприємств (КНП): «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»; «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» (усього 37 од.).

Методи: медико-статистичний; системного підходу; контент і порівняльного аналізу; графічний.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відомо, що основним ресурсом для забезпечення функціонування системи управління якістю та її процесів – різних видів діяльності,

зокрема, лікувально-діагностичної – є людські ресурси, а саме, їх наявність, компетентність та обізнаність. Знання закладу, як окремий ресурс, також притаманні працівникам, як носіям і користувачам цих знань. Тому першочергово дослідження спрямовувалось на визначення забезпеченості досліджуваних закладів людськими ресурсами та – надалі – їх кваліфікаційних характеристик.

Підрахунки зайнятості штатних посад та укомплектованості їх фізичними особами лікарів, зокрема, стоматологічного профілю, наведені у таблиці 1.

На виконання п. 7.1.2 «Людські ресурси» стандарту на системи управління якістю представлені дані продемонстрували високий рівень кадрового забезпечення досліджуваних закладів, зокрема, лікарями-стоматологами, оскільки в кожному з них укомплектованість штатних посад фізичними особами цих спеціалістів перевищує 100,0%, а зайнятість штатних посад профільних спеціалістів слід вважати кадрово забезпечення достатнім.

Таблиця 1

Зайнятість штатних посад та укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів (у відсотках), 2019 рік

Назва закладу	Зайнятість штатних посад (у відсотках)	Укомплектованість штатних посад фізичними особами (у відсотках)
<b>Усі лікарі</b>		
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	93,9	119,3
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	97,0	103,4
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	93,5	106,5
<b>Лікарі-стоматологи</b>		
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	95,3	134,9
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	100,0	107,9
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	94,9	110,7
<b>Зубні лікарі</b>		
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	100,0	200,0
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	–	–
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	–	–

Звертає на себе увагу відсутність зубних лікарів у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» та КНП «Чернігів-

ська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». Слід зазначити, що посади зубних лікарів у вітчизняній галузі охорони

здоров'я поступово замінюються посадами гігієністів зубних, однак ці процеси відбуваються не синхронно, а саме, гігієністи зубні як фахівці готуються в кількості, недостатній для забезпечення профілактичної роботи з населенням в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю, зокрема, третинної стоматологічної допомоги.

Усього в Україні в 2019 році, за даними Центру медичної статистики МОЗ України (форма № 17), в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України працювало лише 14 гігієністів зубних, з них одна особа – в Харківській області.

Відомо, що кваліфікаційними характеристиками гігієніста зубного передбачається наявність у даного фахівця компетенцій з проведення професійної гігієни порожнини рота для попередження розвитку карієсу та його ускладнень, хвороб пародонту, слизової оболонки порожнини рота, а також визначення індивідуального гігієнічного режиму догляду за порожниною рота пацієнта. Як видно з наведених даних, профілактична складова в діяльності досліджуваних закладів покладена на лікарів-спеціалістів, які вимушені витратити час на профілактичні процедури, тоді як їх може виконувати менш кваліфікований фахівець.

Серед лікарів інших спеціальностей, за даними форми № 20 державної статистичної звітності, в КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» склад лікарів був представлений: кардіологом, анестезіологом; у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – рентгенологом; у кожному закладі – лікарями з організації і управління охороною здоров'я та інтернами; посади лікарів зазначених спеціальностей зайняті та укомплектовані фізичними особами на 100,0%.

Аналіз кваліфікаційного рівня спеціалістів і фахівців досліджуваних закладів засвідчив, що у кожному з них відсоток атестованих осіб виявився достатньо високим (табл. 2).

За більшістю позицій найвищий кваліфікаційний рівень спостерігався загалом у всіх лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради», а лікарів-стоматологів – в КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»; середні позиції по кваліфікаційному рівню лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів займало КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання».

Відповідними записами в особових справах лікарів та молодшого персоналу з медичною освітою засвідчено, що в кожному закладі дотримуються вимоги положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 (зі змінами): керівництво закладів надає

можливості лікарям брати участь у процесах неформальної та інформальної освіти за різними формами, передбаченими діючим законодавством (навчання на циклах тематичного удосконалення, участь у майстер-класах, тренінгах, семінарах, науково-практичних конференціях).

Високий кваліфікаційний рівень та підтвердження безперервного професійного розвитку лікарів дозволили констатувати, що в досліджуваних закладах визначені знання, необхідні для якісного виконання лікувально-діагностичного процесу й досягнення відповідності стоматологічних послуг очікуванням пацієнтів. Це відповідає вимогам п. 7.1.6 «Знання організації» стандарту на системи управління якістю. База знань сформована із зовнішніх (набутих працівниками за межами закладів) та внутрішніх (набутих шляхом досвіду під час професійної діяльності) ресурсів.

Установлено, що накопичення знань відбувається також шляхом використання інформації з періодичних видань, доступ до яких для працівників створений у кожному закладі, про що свідчать звіти про державні закупівлі. Це такі періодичні видання за спеціальністю як «Новини стоматології», «Управління закладом охорони здоров'я», «Довідник головної медичної сестри».

У той же час виявлено, що лікарями використовуються застарілі, неактуальні знання, представлені в стандартах стоматологічної допомоги як локальних (внутрішніх) документах, затверджених наказами керівників закладів, розроблених на основі галузевих стандартів. Останні створені шляхом фахового консенсусу ще у 2004 році. Таким чином, у закладах лише частково, за рахунок накопичення знань з безперервної професійної освіти та власного досвіду, використовуються знання з технологій стоматологічних утручань, розроблених з позицій доказової медицини. Основні носії лікувально-діагностичних технологій – стандарти стоматологічних утручань – давно втратили свою актуальність, отже, управління знаннями про технологічні ресурси потребує заповнення «ніші» сучасними знаннями.

Аналіз кваліфікаційного рівня кадрового складу досліджуваних закладів дозволив одночасно зробити висновки щодо виконання вимог п. 7.2 «Компетентність» стандарту на системи управління якістю, оскільки вище наведено докази того, що персонал має належну освіту, професійну підготовку та досвід з надання стоматологічної допомоги, окрім формування бази знань та використання в повному обсязі стандартів стоматологічної допомоги на основі досягнень доказової медицини, які не дотримуються. Разом з тим, для забезпечення дієвості і результативності системи управління якістю, за вимогами стандарту на систему управління якістю, працівники мають не лише надавати стоматологічну допомогу, але й брати участь у роботі позаштатних

організаційних структур: медичної ради, ради медичних сестер, фармакотерапевтичної комісії, лікарсько-контрольної комісії, комісії з інфекційного контролю, груп внутрішнього аудиту, плануванні і моніторингу процесів, а отже, мати відповідні знання і компетентності щодо правильного виконання функцій у цих структурах.

Установлено, що кількість задіяного персоналу до складу зазначених позаштатних структур обмежена, оскільки, як правило, до них входять одні й ті ж працівники, переважно завідувачі відділень, представники адміністрації, головна медична сестра, старші медичні сестри відділень. Широкого залучення персоналу до позаштатних організаційних структур, як передбачено принципами управління якістю, викладеними у відповідному стандарті, не спостерігається. Не виявлено свідочств підготовки внутрішніх аудиторів в межах або поза межами закладів, проведення навчання на робочих місцях із самоменеджменту, моніторингу процесів, розробки локальних протоколів медичної допомоги шляхом адаптації та впровадження доказових технологій на основі даних міжнародних баз.

Фактичні докази виконання вимог п. 7.3 «Обізнаність» стандарту на системи управління якістю засвідчили, що працівники кожного закладу обізнані з Політикою у сфері якості (відповідний документ представлений в Статуті, оприлюднений на дошках оголошень/куточках споживачів), цілями в сфері якості (представлені в планах діяльності закладів та їх структурних підрозділів, цільові показники відстежуються в картах експертного контролю керівниками структурних підрозділів), вимогами до безпеки пацієнтів (засвідчено у планах роботи та протоколах засідань комісій з інфекційного контролю, фармакотерапевтичних комісій, медичної ради, інструкціях з дотримання різних аспектів інфекційної безпеки).

Однак обізнаність працівників щодо їх функцій у системі якості представлені узагальнено в посадових інструкціях: не відображено акцент на задоволенні потреб пацієнта; не передбачено можливість участі працівника в управлінні якістю шляхом залучення до позаштатних організаційних структур; не зосереджено увагу на необхідності постійного вдосконалення клінічних процесів та безпеці пацієнтів; функціональні обов'язки не завжди відповідають змісту процесів, в яких працівник приймає участь, займаючи певну посаду.

Виконуючи вимоги п. 7.4 «Інформування» стандарту на системи управління якістю, досліджувані заклади визначали потреби щодо внутрішнього та зовнішнього інформування, доречні для системи управління якістю. Кожен заклад приділив увагу взаємозв'язкам з ідентифікованими зацікавленими сторонами. У положеннях про структурні підрозділи надано опис та рух

інформації у вигляді численних схематичних зображень.

Аналіз схем руху внутрішньої інформації засвідчив, що вони більш нагадують схеми підпорядкування за рахунок візуального представлення одностороннього напрямку руху інформації, чим втрачається інформаційне забезпечення «зворотного зв'язку». На даних схемах не відображені механізми взаємодії, як вертикальні, так і горизонтальні.

Взаємовідносини структурних підрозділів і позаштатних організаційних структур у відповідних положеннях прописані узагальнено, за принципом перерахунку питань (об'єктів комунікацій), з метою вирішення яких виникає потреба у взаємодії даного структурного підрозділу з іншими для виконання ним своїх функцій. Механізми взаємодії (збори, наради, повідомлення, «круглі столи», робочі групи, засідання, звіти, вказівки, розпорядження, накази тощо), носії інформації, відповідальні особи за її приймання та відправлення, кратність прийому і надання інформації не прописані.

Відомо, що найбільш дієвими інструментами взаємодії й координації при наданні медичної, зокрема, стоматологічної допомоги, є регламенти клінічного процесу за нозологічними формами та відповідні клінічні маршрути пацієнта. Як вже вище зазначалося, регламенти клінічних процесів повністю дублюють відповідні галузеві нормативи, які, в свою чергу, вимагають оновлення з позицій доказової медицини. Клінічні маршрути пацієнта, як організаційні регламенти надання стоматологічної допомоги, носять описовий текстовий характер, у яких не простежується напрямок руху пацієнта, а отже, послідовність взаємодії структурних підрозділів – учасників лікувально-діагностичного процесу.

Схеми зовнішньої взаємодії досліджуваних закладів з вищими органами управління також передбачають односторонні вертикальні (зверху вниз) зв'язки, без механізмів взаємодії. Обмежено використання сучасних комунікаційних платформ – вебсайтів для маркетингу та зворотного зв'язку: відсутній власний веб-сайт КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; на веб-сайті КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» відсутній форум, а отже, можливість для пацієнтів поставити запитання та надати відгуки. Функціонує веб-сайт КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», але він містить обмежену інформацію.

У той же час у закладах є можливості використання сучасних цифрових технологій обміну інформацією – електронна пошта, месенджери, мобільні пристрої. Запроваджено комп'ютерне програмне забезпечення: «E-Health», МІС

«Каштан», «Медична статистика». Однак вони використовуються не в повному обсязі, частина модулів для отримання й аналізу управлінської інформації законсервована, а як облікові дані з якості діяльності застосовуються традиційні показники закладу за формами державної статистичної звітності. Клінічні індикатори якості не запроваджені та не піддаються обрахункам і моніторингу.

Немедичні напрями забезпечуються програмами «UA-Бюджет», «Облік медичних кадрів України», «ІС:Підприємство», «САБО», «М.Е. doc».

Відповідно до вимог пп. 4.4. 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.1.5.1, 7.1.6., 7.2, 7.5, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.4.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.6, 8.6; 8.7.2, 9.1.1, 9.2.2, 9.3.3, 10.2, 10.3 стандарту на системи управління якістю щодо управління задокументованою інформацією, в закладах наявні документи, які вимагає стандарт і які підтверджують: описи клінічних та інших процесів, включених до системи управління якістю; політику у сфері якості; посадові інструкції; цілі у сфері якості; відповідність ресурсів для моніторингу та вимірювання; знання закладу; компетентність працівників; реєстрацію вимог замовника (потреб пацієнта в медичній допомозі), ідентифікацію і простежуваність наданих стоматологічних послуг; дії на етапах надання послуги; проведення контролю за процесами, продукцією та послугами, які закуповуються зовні; втрату, пошкодження чи непридатність для використання власності пацієнта; опис результатів аналізу внесення змін, особу (осіб), яка (-і) санкціонує (-ють) зміну, а також будь-які необхідні дії за результатами аналізу; опис невідповідностей (дефектів) у процесах та дії з їх усунення; моніторинг і виміри процесів і їх результатів; задоволеність пацієнта; виконання програми аудиту та результатів аудиту, аналіз системи управління якістю з боку керівництва закладу.

Додатково до вимог стандарту на системи управління якістю заклади прийняли рішення вести задокументовану інформацію, необхідну для результативності системи управління якістю, як дозволяє п. 7.5 стандарту: плани з якості; робочі інструкції; медико-технологічні документи галузевого рівня (формуляри лікарських засобів); положення про структурні підрозділи; інструкції з діловодства, охорони праці й техніки безпеки, приготування дезінфекційних розчинів, миття рук персоналу, використання лікарських засобів, інші інструкції; протоколи навчання персоналу; закупівельні заявки; свідоцтва ліцензування, сертифікації; інші записи.

Виявлено, що у змістові та структурі деяких документів, за даними їх аналізу, мають місце недосконалості: неповний опис процесів; невідповідна ідентифікованим процесам структура планів роботи; формулювання планових заходів

як позицій функціональних обов'язків працівників; застарілий зміст посадових інструкцій за відсутності повноважень персоналу у системі управління якістю тощо.

Вимоги пп. 8.3.2–8.3.5 щодо документів, які засвідчують розробку локальних клінічних протоколів стоматологічної допомоги та клінічних маршрутів пацієнтів, слід вважати не виконаними у повному обсязі й такими, що потребують оновлення.

Дослідженням виконання вимог п. 7.1.3 «Інфраструктура» стандарту на системи управління якістю до інфраструктурних компонентів кожного закладу в частині вимог до будівель і споруд встановлено, що інфраструктура КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» дозволяє забезпечувати потужність закладу у 400 відвідувань за зміну; функціонування поліклініки та стаціонару на 30 стоматологічних ліжок і забезпечується в окремих будівлях.

Потужність КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» дорівнює 180 відвідувань за зміну з розташуванням закладу у відокремленій будівлі.

Найбільш потужним з усіх досліджуваних закладів є КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» з плановим обсягом 620 відвідувань за зміну, розташований у самостійній будівлі з допоміжними господарськими пристроями.

У кожному закладі частина інфраструктури, представлена будівлями і спорудами, незважаючи на тривалий термін використання, у більшій своїй частині підтримується у належному санітарно-технічному стані. Набір приміщень, їх площа та розташування в цілому відповідають вимогам до будівель і споруд закладів охорони здоров'я. Це засвідчено проаналізованими за період 2016–2020 роки: матеріалами ліцензування та акредитації; технічними паспортами; актами виконаних ремонтних робіт; угодами з поставальниками електроенергії, теплової енергії й води; організаціями, що надають послуги з використання інтернет-технологій, прання білизни, вивозу сміття та утилізації відходів.

Констатовано, що на виконання вимог п. 7.1.4. «Середовище для функціонування процесів», середовище, де відбувається процес надання медичної допомоги, тобто взаємодія працівників і пацієнтів, а також діяльність допоміжних служб, є придатним за гігієнічними, фізичними, психо-соціальними характеристиками. Такі висновки зроблено на основі численних відповідних звітів, угод, даних про державні закупівлі тощо.

Аналітичними матеріалами вищого керівництва закладів підтверджено періодичне оновлення інфраструктури та середовища, де відбувається діяльність, шляхом проведення будівельних і ремонтних робіт, заміни застарілих компонентів

новими; проводяться планові та позапланові інструктажі працівників з питань охорони праці та пожежної безпеки.

У закладах використовується різноманітне обладнання, перелік якого більшою мірою відповідає таблицям оснащення, затвердженим відповідним галузевим наказом [19]. Однак, за даними аналітичних матеріалів, у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» дефіцит обладнання та розхідних матеріалів відносно таблиць оснащення у 2019 році становив 15,0%, у КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чер-

нігівської обласної Ради» – 33,7%. За даними поточних звітів керівників, у закладах використовується певна частина технічно застарілого обладнання, що унеможливорює надання стоматологічної допомоги в повному обсязі на сучасному рівні.

У кожному закладі наявні свідоцтва про державну метрологічну повірку та атестацію засобів вимірювальної техніки. Всі засоби вимірювальної техніки своєчасно проходять повторну метрологічну повірку, що підтверджує виконання п. 7.1.5 «Ресурси для моніторингу та вимірювання» стандарту на системи управління якістю.

Таблиця 2

Питома вага працівників з кваліфікаційними категоріями (у відсотках), 2019 рік

Працівники/перелік кваліфікаційних категорій	Заклади охорони здоров'я/кількість працівників з кваліфікаційною категорією (у відсотках)		
	КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»
<b>Лікарі усі:</b>			
вища	19,4	31,8	21,7
перша	19,4	18,2	38,0
друга	6,9	6,1	8,7
<b>Лікарі-стоматологи</b>			
вища	16,7	50,0	25,0
перша	50,0	32,6	47,7
друга	16,7	13,0	6,8
<b>Лікарі-стоматологи-хірурги</b>			
вища	50,0	44,4	60,0
перша	37,5	22,2	40,0
друга	–	–	–
<b>Лікарі-стоматологи-ортопеди</b>			
вища	33,3	41,2	27,3
перша	11,1	35,3	36,4
друга	22,2	11,8	27,3
<b>Лікарі-стоматологи-ортоданти</b>			
вища	33,3	66,7	–
перша	33,3	–	–
друга	–	–	–
<b>Молодший персонал з медичною освітою</b>			
вища	32,8	44,6	18,7
перша	13,8	20,0	49,3
друга	17,2	9,2	20,0

## ВИСНОВКИ

1. Результатами дослідження показано, що в сертифікованих системах управління якістю

закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю за вимогами стандартів на системи управління якістю відбувається управління ресурсами. Разом з тим, прийняті правила управління

за даним напрямом не завжди підтверджують свою дієвість, внаслідок чого слід визначити резерви для удосконалення ресурсної підтримки системи управління якістю.

2. Установлено, що досліджувані заклади забезпечені висококваліфікованими компетентними медичними кадрами в достатній кількості, однак серед посад і фізичних осіб фахівців відсутні гігієністи зубні. Це вказує на перенавантаження висококваліфікованих спеціалістів – лікарів-стоматологів – профілактичними гігієнічними процедурами, які можуть виконуватися менш кваліфікованими фахівцями, однак значимість цих процедур висока для запобігання і прогресування розвитку карієсу, хвороб пародонту і слизової оболонки порожнини рота пацієнтів. Не спостерігається широкого залучення працівників до управління якістю, проведення моніторингу та внутрішнього аудиту процесів і системи управління якістю.

3. Виявлено, що керівниками досліджуваних закладів не організовано розробку і впровадження локальних клінічних протоколів стоматологічної допомоги на основі міжнародних доказових даних. Технології процесу надання стоматологічної допомоги регламентовані застарілими, розробленими на основі фахового

консенсусу, галузевими стандартами стоматологічної допомоги. Можливості розробки й впровадження медико-технологічних документів на основі доведених знань і практик з позицій доказової медицини керівництвом закладів не використані, що створює ризики результативності стоматологічної допомоги та її орієнтованості на пацієнта.

4. Показано, що зовнішні та внутрішні взаємодії закладів і їх структурних підрозділів нечітко визначені; обмежено використовуються сучасні цифрові технології для забезпечення ефективності внутрішніх і зовнішніх комунікацій; незважаючи на періодичне оновлення медичного обладнання, зберігається певний дефіцит його у порівнянні з табелем оснащення.

5. Таким чином, незважаючи на певні відмінності в досліджуваних закладах – в потужності (кількості відвідувань за зміну), видах стоматологічної допомоги (амбулаторна, стаціонарна), структурі лікарських кадрів (за спеціальностями), матеріально-технічного забезпечення, можливості реалізації менеджменту якості, закладені в стандарті, в кожному закладі в реальних умовах його функціонування використовуються не повною мірою, що потребує уваги керівників закладів за виявленими проблемними напрямками.

#### REFERENCES

1. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. WHO, 2018. 88 p.

2. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. Nurs Forum. 2017; 52 (4): 377–386. doi: 10.1111/nuf.12207.

3. Grøndahl VA, Kirchhoff JW, Andersen KL, [et al.]. Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. J Multidiscip Healthc. 2018; 11: 591–600. Published 2018 Oct 18. doi: 10.2147/JMDH.S176630.

4. Internet-dokument SO9001:2015(en) Quality management systems – Requirements. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:en>. Accessed 2022 Jan 9.

5. Moradi T, Jafari M, Maleki MR, Naghdi S, Ghiasvand H. Quality Management Systems Implementation Compared With Organizational Maturity in Hospital. Glob J Health Sci. 2015; 8 (3): 174–182. Published 2015 Jul 27. doi:10.5539/gjhs.v8n3p174.

6. Enders C, Lang GE, Lang GK, Werner JU. Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001:2015 [ISO 9001: 2015 Certification in Quality Management]. Klin Monbl

Augenheilkd. 2017 Jul; 234 (7): 886–890. German. doi: 10.1055/s-0043-111084. Epub 2017 Jul 25.

7. Montano D. Certifying leaders? high-quality management practices and healthy organisations: an ISO-9000 based standardisation approach. Ind Health. 2016; 54 (4): 324–336. doi:10.2486/indhealth.2015-0178.

8. Pro vnesennja zmin do nakazu MOZ Ukrainy vid 14 bereznja 2011 roku № 142 «Pro vdoskonalennja derzhavnoi' akredytacii' zakladiv ohorony zdorov'ja»: nakaz MOZ Ukrainy vid 20.12.2013 r. № 1116. [Internet] <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14> (data zvernennja: 09.01.2022).

9. Zvit Golovnoi' akredytacijnoi' komisii' pry MOZ Ukrainy za 2019 rik. [Internet] Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy: vebsait. [https://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit\\_golovnoi\\_akreditacijnoi\\_komisii\\_pri\\_moz\\_ukraini\\_za\\_2019\\_rik.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacijnoi_komisii_pri_moz_ukraini_za_2019_rik.pdf) (data zvernennja: 09.01.2022).

10. Zvit Golovnoi' akredytacijnoi' komisii' pry MOZ Ukrainy za 2018 rik. [Internet] Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy: vebsait. [http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit\\_gak\\_2018.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf). (data zvernennja: 09.01.2022).

11. Zvit Golovnoi' akredytacijnoi' komisii' pry MOZ Ukrainy za 2017 rik. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy: vebsait. [http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit\\_gak\\_2018.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf).



gov.ua/uploads/1/5004-zvit\_gak\_2017.pdf. (data zvernennja: 09.01.2022).

12. DSTU ISO 9001:2015 (ISO 9001: 2015, IDT). Systemy upravlinnja jakistju. Vymogy. Kyiv DP «UkrNDNTs». 2016. 30 p

13. Low quality healthcare is increasing the burden of illness and health costs globally. WHO: website. Home/News. <https://www.who.int/news/item/05-07-2018-low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally> Accessed 2022, Jan 9.

14. Jeve YB. Raising quality whilst reducing cost in health care: A retrospective cohort study. *Int J Health Plann Manage.* 2018; 33 (1): e228–e237. doi: 10.1002/hpm.2454. Epub 2017 Aug 31.

15. Beauvais B, Gilson G, Schwab S, Jaccaud B, Pearce T, Holmes T. Overpriced? Are Hospital Prices Associated with the Quality of Care? *Healthcare (Basel).* 2020; 8 (2): 135. doi: 10.3390/healthcare8020135.

16. Sadoughi F, Nasiri S, Ahmadi H. The impact of health information exchange on healthcare quality and cost-effectiveness: A systematic literature review. *Comput Methods Programs Biomed.* 2018; 161: 209–232. doi: 10.1016/j.cmpb.2018.04.023. Epub 2018 Apr 28.

17. Dejaki pytannja nadannja medychnoi' subvencii' z derzhavnogo bjudzhetu misce- vym bjudzhetam. Verkhovna Rada Ukrainy: vebсайт. Zakonodavstvo Ukrainy. [Internet] Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 23 sichnia 2015 r. № 11. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text> (data zvernennja: 09.01.2022).

19. Dejaki pytannja nadannja medychnoi' subvencii' z derzhavnogo bjudzhetu misce- vym bjudzhetam na zdijsnennja zahodiv sprja- movanyh na rozvytok systemy ohorony zdorov'ja u sil's'kij miscevoosti. [Internet] Verkhovna Rada Ukrainy: vebсайт. Zakonodavstvo Ukrainy. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 6 hrudnia 2017r. № 983. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF#Text> (data zvernennja: 09.01.2022).

20. Pro zatverdzhennja tabeliv osnashhennja medychnoju tehnikoju ta vyroba- my medychnogo pryznachennja strukturnyh pidroz- diliv likarni planovogo likuvannja. Verkhovna Rada Ukrainy: vebсайт. Zakonodavstvo Ukrainy. [Internet]. Nakaz MOZ Ukrainy vid 31.10.2011 № 739. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-11#Text> (data zvernennja: 09.01.2022).

*Стаття надійшла до редакції 08.02.2022*