Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

**МАХІНЧУК НАТАЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА**

УДК 351.77:616.31](477)

# ДИСЕРТАЦІЯ

# ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування

Галузь знань 28 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття ступеня доктора філософії.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____Н.В. Махінчук

Науковий керівник:
Обушна Наталія Іванівна, доктор наук з державного управління, доцент

Київ – 2023

# АНОТАЦІЯ

*Махінчук Н.В.* Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 “Публічне управління та адміністрування”. – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Міністерство освіти і науки України. – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Міністерство освіти і науки України. Київ, 2023.

У дисертації здійснено обґрунтування теоретико-методичних засад державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню (СДН) та розроблено науково-практичні рекомендації щодо їх удосконалення в контексті реалізації медичної реформи в Україні (у тому числі й у повоєнний період).

Структурно-логічна схема дисертаційної роботи побудована на основі таких науково-дослідницьких блоків: аналіз теоретико-методичних основ державного регулювання системи СДН; ідентифікація особливостей державного регулювання системи СДН в Україні; обґрунтування напрямів удосконалення державного регулювання системи СДН в Україні.

Актуальність теми дисертаційного дослідження полягає в тому, що державне регулювання у сфері охорони здоров’я – важлива складова стратегічного управління країною взагалі. Адже практика підтверджує, що охорона здоров’я відноситься до тих галузей, де діяльність держави об’єктивно присутня в набагато більшій мірі, ніж в економіці загалом. Водночас одним із елементів системи охорони здоров’я в Україні є система СДН, основною місією якої є збереження та відновлення стоматологічного здоров'я населення та підвищення якості його життя. Тобто сучасна державна політика у сфері регулювання системи СДН пов’язана з основними

цінностями, що впливають на суспільне життя, а саме − збереженням та зміцненням здоров'я людини. СДН була й залишається одним із наймасовіших видів медичної допомоги в Україні, що розвивається надзвичайно динамічно в конкурентному середовищі медичних послуг. Саме тому забезпечення стоматологічного здоров'я населення України виступає не лише одним із першочергових завдань у контексті проблематики загального здоров'я, а й залишається інтегральним показником загального рівня добробуту й культури населення та відображає рівень соціально-економічного розвитку суспільства. Проте, належне функціонування вітчизняної системи СДН як в теорії, так і на практиці до цього часу не забезпечено в частині узгодженості нормативно-правових, організаційних та фінансово-економічних засад реалізації конституційного права громадян на отримання гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги та стандартів медичної допомоги та ін. Все це актуалізує необхідність перегляду теоретичних засад широкого кола суспільних відносин, пов'язаних із державним регулюванням системи СДН, та пошуку інноваційних стратегічних управлінських рішень щодо організації стоматологічної діяльності на регіональному та місцевому рівнях в Україні в контексті реалізації реформ у сфері охорони здоров'я (у т.ч. й у повоєнний період).

Актуальність дослідження особливостей державного регулювання системи СДН значною мірою також посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності, й у сфері охорони здоров'я в тому числі.

Все вищеозначене актуалізує науково-практичну значимість теми, мету й завдання дисертаційної роботи.

Метою дисертаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних засад засад державного регулювання системи СДН та розроблення науково-практичних рекомендацій щодо їх удосконалення в контексті реалізації медичної реформи в Україні.

Для досягнення поставленої мети в роботі визначено комплекс наукових завдань. Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі державного регулювання системи СДН. Предмет дослідження – державне регулювання системи СДН в Україні.

Для реалізації мети й завдань у дослідженні використана сучасна наукова методологія, в основу якої покладено діалектичний метод пізнання, а також системний та інституціональний підходи. У процесі написання дисертації також використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів та підходів, серед них: семантико-етимологічний (щодо визначення змісту базових понять дослідження та розробки понятійно-категорійного апарату); історичний (для уточнення ґенези системи СДН в Україні); загальнонаукового аналізу (у процесі аналізу наукових джерел та державних документів, які регламентують особливості реалізації державного регулювання системи СДН); систематизації та узагальнення, системного аналізу (у всіх розділах роботи); структурно-функціональний (у процесі ідентифікації механізмів державного регулювання системи СДН в Україні); статистичний, графічний, табличний, середніх та відносних величин (для вивчення, групування та наочного відображення емпіричних даних у сфері СДН в Україні та за кордоном); моделювання й абстрагування (при розробці моделі комплексного механізму державного регулювання системи СДН); діалектичний, синтез та індукція (для окреслення перспективних векторів удосконалення державного регулювання системи СДН); та ін.

У дисертаційній роботі вперше розроблено й обґрунтовано модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні з урахуванням інтегративної взаємодії інституційно-правової, ресурсної, науково-дослідної його складових, що детермінуються: а) метою, завданнями, функціями, об'єктами та суб'єктами, що репрезентують кількісно-якісні зрушення в системі СДН та забезпечують цілеспрямовані дії відповідно до загальноконкурентних стратегій і пріоритетів державного регулювання у сфері СДН; б) системою основних та додаткових принципів державного

регулювання у сфері СДН; в) формами, методами, інструментами й важелями державного регулювання в контексті забезпечення якісної СДН на державному та місцевому рівнях. Такий механізм уможливлює реалізацію функцій державного регулювання системи СДН з цілевизначальним характером впливу на її результативність і ефективність.

Удосконалено обґрунтування складу і структури системи СДН як відкритої соціально-економічної багаторівневої системи, в рамках якої визначено такі ваємопов'язані підсистеми: а) підсистема власне надання СДН; б) підсистема менеджменту надання СДН (управління наймом персоналу та службовою кар'єрою; мотивація праці персоналу; професійне навчання та професійно-кваліфікаційне зростання персоналу; атестація, ліцензування, акредитація, сертифікація у сфері СДН; фінансовий менеджмент у системі СДН (у т.ч. й ціноутворення); управління у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення та ін.). Означені підсистеми знаходяться у відносинах координації, ієрархії та субординації й розвивається під впливом внутрішніх і зовнішніх чинників. Успішне функціонування таких підсистем має передбачати одночасно як запровадження лікарського самоврядування та самоврядування в стоматологічній діяльності, так і активне впровадження у сфері СДН загальнодержавного контексту регулювання такої діяльності.

У результаті проведених досліджень також було вдосконалено теоретичні засади політики державного регулювання системи СДН у контексті: уточнення складу й структури системи СДН; ідентифікації складу та змісту механізмів державного регулювання системи СДН, а саме: інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного.

У дисертаційній роботі дістали подальшого розвитку:

− понятійно-категорійний апарат у галузі публічного управління та адміністрування завдяки уточненню сутності таких понять як: "*державне регулювання*" − сукупність цілеспрямованих напрямів, форм, інструментів/ засобів і методів впливу органів державного управління та уповноважених

державою суб'єктів для реалізації державної політики (у відповідній сфері), що спрямовані на її стабілізацію, реагування на нові виклики задля забезпечення результативності й ефективності її функціонування, стратегічного розвитку та запровадження механізмів саморегулювання; "*державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню*" – вплив держави (органів державного управління та/або уповноважених державою суб'єктів) на створення базових передумов, необхідних для забезпечення/ впорядкування діяльності в системі СНД, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики у сфері охорони здоров'я;

– структуризація проблем функціонування механізмів державного регулювання системи СДН в Україні, які систематизовано за відповідними блоками (інституційно-правовий, ресурсний, науково-дослідний), що надало можливість: довести нагальну необхідність реформування вітчизняної системи СДН; виявити та систематизувати особливості формування й реалізації механізмів державного регулювання системи СДН в Україні;

– перспективні вектори вдосконалення державного регулювання системи СДН в Україні та інструменти їх реалізації, які аксіологічно пов'язані з позиціонуванням стану реформованої вітчизняної системи охорони здоров'я (у тому числі й у повоєнний період) та враховують можливості імплементації прогресивного зарубіжного досвіду в цій сфері.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні теоретичні положення та висновки дисертації доведено до рівня конкретних пропозицій, які сприятимуть удосконаленню державного регулювання системи СДН у контексті реалізації медичної реформи в Україні (у тому числі й у повоєнний період).

*Ключові слова:* відомча медицина, державне регулювання, державне управління, державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню, державно-приватне партнерство, недержавні інституції, медичні послуги, медична реформа, публічне управління, охорона здоров'я, система

охорони здоров'я, стоматологічна допомога, соціальна держава, університетська медицина.

## ABSTRACT

*Makhinchuk N. V.* State regulation of the system of dental care for the population in Ukraine. – Qualifying scientific work, manuscript copyright.

Dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in the field of public management and administration, specialty 281 "Public Management and Administration". – Kyiv National University named after Taras Shevchenko, Ministry of Education and Science of Ukraine. – Kyiv National University named after Taras Shevchenko, Ministry of Education and Science of Ukraine. Kyiv, 2023.

The thesis substantiates the theoretical and methodological foundations of the state regulation of the system of dental care for the population (DCP) and develops scientific and practical recommendations for their improvement in the context of the implementation of medical reform in Ukraine (including in the post-war period).

The structural and logical scheme of the dissertation work is built on the basis of the following research blocks: analysis of the theoretical foundations of state regulation of the DCP system; identification of the peculiarities of state regulation of the DCP system in Ukraine; substantiation of directions for improvement of the state regulation of the DCP system in Ukraine.

The relevance of the topic of the dissertation research is that state regulation in the field of health care is an important component of the strategic management of the country in general. After all, practice confirms that health care is one of those industries where the activity of the state is objectively present to a much greater extent than in the economy in general. At the same time, one of the components of health care in Ukraine is the DCP system, the main mission of which is to preserve and restore the dental health of the population and improve its quality of life. That is, modern state policy in the sphere of regulation of the DCP

system is connected with the main values that affect public life, namely, the preservation and strengthening of human health. DCP was and remains one of the most massive types of medical care in Ukraine, which is developing extremely dynamically in the competitive environment of medical services. That is why today ensuring the dental health of the population of Ukraine is not only one of the primary tasks in the context of general health issues, but also remains an integral indicator of the general level of well-being and culture of the population and reflects the level of socio-economic development of society. However, the proper functioning of the national system of medical care, both in theory and in practice, has not yet been ensured in terms of the consistency of the regulatory, organizational, and financial and economic foundations of the implementation of the constitutional right of citizens to receive a state-guaranteed amount of free medical care and standards of medical care in conditions of implementation of sectoral and territorial reforms in the state. All this actualizes the need to revise the theoretical foundations of a wide range of social relations related to the state regulation of the DCP system, and to find innovative strategic management solutions for the organization of dental activities at the regional and local levels in Ukraine in the context of the implementation of reforms in the field of health care in the post-war period period.

The relevance of the study of the peculiarities of the state regulation of the DCP system is also greatly enhanced by the real steps of Ukraine on the way to European integration, which determines the need to use international standards in all spheres of social activity, including in the field of health care.

All of the above actualizes the scientific and practical significance of the topic, goal and task of the dissertation work.

The purpose of the dissertation is to substantiate the theoretical and methodological foundations of the state regulation of the system of dental care for the population and to develop scientific and practical recommendations for their improvement in the context of the implementation of medical reform in Ukraine.

To achieve the set goal, a set of scientific tasks is defined in the work. The object of the study is social relations that arise in the process of state regulation of

the system of dental care for the population. The subject of the study is state regulation of the system of dental care for the population in Ukraine.

Modern scientific methodology based on the dialectical method of cognition, as well as systemic and institutional approaches, will be used to implement the goals and objectives of the research. In the process of writing the dissertation, a complex of general scientific and special methods and approaches was also used, among them: semantic-etymological (regarding the definition of the content of the basic concepts of research and the development of a conceptual-categorical apparatus); historical (to clarify the genesis of the DCP system in Ukraine); general scientific analysis (in the process of analyzing scientific sources and state documents that regulate the peculiarities of the implementation of state regulation of the DCP system); systematization and generalization (regarding the organization of scientific concepts and classifications in the field of state regulation in general and the system of DCP, including); system analysis (in the process of diagnosing the peculiarities of mechanisms of state regulation of the DCP system and development of a complex mechanism of state regulation of the DCP system); structural and functional (in the process of identifying mechanisms of state regulation of the DCP system in Ukraine and clarifying the peculiarities of their functioning); statistical, graphic, tabular, average and relative values (for studying, grouping and visual display of empirical data in the field of DCP in Ukraine and abroad); modeling and abstraction (when developing a model of a complex mechanism of state regulation of the DCP system); dialectical, synthesis and induction (in the process of outlining promising vectors for improving the state regulation of the DCP system); etc.

In the dissertation work, for the first time, a model of the complex mechanism of state regulation of the DCP system in Ukraine was developed and substantiated, taking into account the integrative interaction of institutional-legal, resource, scientific-research components, which are determined by: 1) the purpose, tasks, functions, objects and subjects , which represent quantitative and qualitative changes in the system of DCP and ensure purposeful actions in accordance with

general competitive strategies and priorities of state regulation in the field of DCP; 2) a system of basic and additional principles of state regulation in the field of social security; 3) forms, methods, tools and levers of state regulation in the context of ensuring high-quality social security at the state and local/municipal levels. Such a mechanism makes it possible to implement the functions of state regulation of the DCP system with a purposeful impact on its effectiveness and efficiency.

The substantiation of the composition and structure of the DCP system as an open socio-economic multi-level system, within which the following interrelated subsystems are defined, has been improved: the actual provision of DCP; subsystem of the management of DCP provision (management of personnel recruitment and service career; staff motivation; professional training and professional development of personnel; attestation, licensing, accreditation, certification in the field of DCP; financial management in the DCP system (incl. and pricing); management in the field of production (supply) of dental products, etc.). The specified subsystems are in relations of coordination, hierarchy, subordination, and develop under the influence of internal and external factors. The successful functioning of such subsystems should simultaneously provide for the introduction of medical self-governance and self-governance in dentistry, as well as the active implementation in dentistry of the national context of regulation of such activities;

The theoretical foundations of the policy of state regulation of the DCP system have been improved in the context of: clarification of the composition and structure of the DCP system; identification of the composition and content of mechanisms of state regulation of the DCP system, namely: institutional-legal, resource, and scientific-research.

Further development was achieved in the dissertation work:

– a conceptual and categorical apparatus in the field of public management and administration thanks to the clarification of the essence of such concepts as: *"state regulation"* – a set of purposeful directions, forms, tools/means and methods of influencing state administration bodies and state-authorized subjects

for the implementation of state policy (in relevant sphere), aimed at its stabilization, response to new challenges in order to ensure the effectiveness and efficiency of its functioning, strategic development and introduction of self-regulation mechanisms; *"state regulation of the system of dental care for the population"* – the influence of the state (state administration bodies and/or entities authorized by the state) on the creation of the basic prerequisites necessary to ensure/regulate activities in the DCP system, which is carried out in dynamically changing conditions of the competitive environment, according to the tasks and functions of state policy in the field of health care;

– structuring of the problems of the functioning of mechanisms of state regulation of the DCP system in Ukraine (institutional-legal, resource, scientific research), which are systematized according to the relevant blocks, which made it possible to: prove the urgent need to reform the domestic DCP system; identify and systematize the peculiarities of the formation and implementation of mechanisms of state regulation of the DCP system in Ukraine;

– promising vectors for improving the state regulation of the health care system in Ukraine and tools for their implementation, which are axiologically related to the positioning of the state of the reformed domestic health care system in the post-war period and take into account the possibilities of implementing progressive foreign experience in this area.

The practical significance of the obtained results is that the main theoretical provisions and conclusions of the dissertation have been brought to the level of specific proposals that will contribute to the improvement of the state regulation of the DCP system in the context of the implementation of medical reform in Ukraine in the post-war period.

*Keywords:* departmental medicine, state regulation, state administration, state regulation of the system of dental care for the population, public-private partnership, non-state institutions, medical services, medical reform, health care, public-private partnership, health care system, dental care, welfare state, university medicine.

# СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

## Праці, які відображають основні наукові результати дисертації

*Статті у наукових фахових виданнях України*

1. Махінчук Н.В., Обушна Н.І. Теоретичні аспекти стратегічного управління в системі стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1708. DOI: https://doi.org/10.32702/2307-2156-2020.7.54

*Особистий внесок: обґрунтовано актуальність пошуку нових стратегічних управлінських рішень у системі СДН України на регіональному та місцевому рівнях у контексті реалізації реформ у сфері охорони здоров'я; проаналізовано теоретичні підходи до трактування сутності поняття "стратегічне управління"; окреслено основні еволюційні етапи розвитку стратегічного управління, а також його стадії та функції.*

2. Махінчук Н.В. Уніфікація механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. Випуск 21. с. 57−63. URL: http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/21-2021/13.pdf. DOI https:// doi.org/10.32843/ pma2663-5240-2021.21.11

3. Махінчук Н.В. Феномен державного регулювання в науковому дискурсі. *Наукові перспективи*. 2021. № 2(8). с. 172−191. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/154/155. DOI: https:// doi.org/10.52058/2708-7530-2021-2(8)-178-191

4. Махінчук Н.В. Державно-приватне партнерство як інструмент інноваційного розвитку системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Наукові перспективи*. 2021. Випуск 4 (10). С. 123−137. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/208/210. DOI: https:// doi.org/10.52058/2708-7530-2021-4(10)-123-137

5. Обушна Н.І., Махінчук Н.В. Система стоматологічної допомоги населенню як об'єкт державного регулювання у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід.* 2021. №11. С. 65−71. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/11_2021/13.pdf. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.11.65

*Особистий внесок: обґрунтовано актуальність дослідження сутності, складу та особливостей функціонування системи СДН як об'єкта державного регулювання у сфері охорони здоров'я; визначено склад та структуру системи СДН; визначено особливості функціонування системи СДН як об'єкта державного регулювання.*

6. Махінчук Н.В. Особливості інституційно-правового механізму публічного управління розвитком системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). С. 29−35. URL: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/6.pdf . DOI https:// doi.org/10.32836/2310-9653-2022-1.6

*Статті у закордонних наукових виданнях*

7. Махінчук Н.В. Особливості державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Věda a perspektivy*. 2022. № 8(15). С. 22−34. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/vp/article/view/2335/.
DOI: https://doi.org/10.52058/2695-1592-2022-8(15)-22-34

**Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

*Тези конференцій*

8. Махінчук Н.В. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Україна 2030: публічне управління для сталого розвитку*: матеріали щоріч. міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 2020 р.) : у 3 т. / за заг. ред. А.П. Савкова, М.М. Білинської, О.М. Петроє. Київ : НАДУ, 2020. Т. 2. С. 53−55. URL: https://www.researchgate.net/profile/Tetyana-Syvak/publication/349310794_STRATEGIC_COMMUNICATIONS_AS_THE_B

ASIS_OF_PUBLIC_ADMINISTRATION_PROCESS/links/602a195ea6fdcc37a829191d/STRATEGIC-COMMUNICATIONS-AS-THE-BASIS-OF-PUBLIC-ADMINISTRATION-PROCESS.pdf.

9. Махінчук Н.В. Підходи до визначення сутності дефініції “державне регулювання” в науковому дискурсі. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали VI Міжнар. наук.-практ.конф. (Київ; Варшава, 07 лютого 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Варшава: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. С. 75−79. http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-6-2021.pdf.

10. Махинчук Н.В. Особенности государственного регулирования системы здравоохранения в Украине. *Реформа системы государственного управления и государственной службы: её современные эффективные модели* : материалы Международной научно-практической конференции (Душанбе, 05−06 марта 2021 года): сборник научных статей и докладов. Типография АГУППРТ. Душанбе, 2021 г. 533с. (с. 394−399).

11. Махінчук Н.В. Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню : сутність, основні завдання та функції. *Державне управління в Україні: виклики та перспективи*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 7–8 травня 2021 р.). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2021.С. 54-58

12. Махінчук Н.В. Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню : сутність та основні завдання. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку:* матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції (Київ; Афіни, 07 травня 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Афіни: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. С. 58-63 URL: http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-9-2021.pdf.

13. Махінчук Н.В. Особливості підготовки фахівців з публічного управління у сфері охорони здоров’я в Україні. *Модернізація професійної підготовки державних службовців в умовах глобальних викликів та*

*сучасних змін в суспільстві*: зб. тез міжнар. круглого столу, Україна–Литовська Республіка, 08 лип. 2021 р., м. Київ / редкол. : О. Андрєєва, І. Криворучко, Н. Ларіна ; за заг. ред. Л. Комахи. Київ : Навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2021. С. 140−141. URL:http://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1850/files/1231.pdf.

14. Махінчук Н.В. Проблеми публічного управління розвитком системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Шевченківська весна – 2022: публічне управління та державна служба* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених (Київ, 19 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. Л.Г. Комахи, О.М. Андрєєвої. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2022. С. 61-62 URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1928/files/e2d6b0e4-8b82-4770-bc40-87ce3af74f68.pdf.

15. Махінчук Н.В. Напрями трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. *Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 7–8 черв. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : ННІ ПУДС КНУ імені Тараса Шевченка, 2022. С. 391−392 URL: https: //ipacs.knu.ua/pages/dop/316/files/dbca2488-6b24-4608-9db6-0931798c158b.pdf.

16. Махінчук Н.В. Основні вектори відновлення системи охорони здоров'я України в післявоєнний період. *Державна служба України: сучасні виклики та перспективи повоєнної трансформації* : зб. тез щоріч. Міжнар. круглого столу (Київ, 17 черв. 2022 р.) ; за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : Навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2022. С. 164−165. URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/dop/308/files/83f6fe7a-0d2c-437f-952a-58f699c0bc46.pdf.

17. Махінчук Н.В. Проблеми державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління:* зб. тез за матеріалами круглого столу до Дня незалежності України, Київ, 22 серпня 2022 року. С.173-174. URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/ osn/2/news/ 1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf.

# ЗМІСТ

*Стор.*

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ……..... 17**
**ВСТУП……..... 18**
**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ..... 28**
**1.1.** Феномен державного регулювання в науковому дискурсі……..…….. **28**
**1.2.** Система стоматологічної допомоги населенню як об'єкт державного регулювання у сфері охорони здоров'я……..... **52**
**1.3.** Уніфікація механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню: теоретичний аспект……..... **69**
Висновки до розділу 1…..……..……...……..……. **81**
**РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ……..…… 85**
**2.1.** Ґенеза системи стоматологічної допомоги населенню та необхідність її реформування ……..……..… **85**
**2.2**. Характеристика інституційно-правового механізму державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню ……..... **109**
**2.3.** Аналіз функціонування ресурсного та науково-дослідного механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню…..……..... **131**
Висновки до розділу 2……..……..…….. **158**
**РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ ……..……..……. 163**
**3.1.** Зарубіжний досвід державного регулювання стоматологічної діяльності й можливості його адаптації в Україні ……..…..…... **163**
**3.2.** Перспективні вектори удосконалення державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню ……..... **176**
**3.3.** Формування моделі комплексного механізму державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню …….. **200**
Висновки до розділу 3..……..……..……..…… **216**
**ВИСНОВКИ……..……..……..... 219**
**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..……. 228**
**ДОДАТКИ……..……. 259**

# ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ

АСУ – Асоціація стоматологів України;
БКУ – Бюджетний кодекс України;
БПР – безперервний професійний розвиток;
ВВП – валовий внутрішній продукт;
ВНЗ – вищий навчальний заклад;
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВРУ – Верховна Рада України
ГКУ – Господарський кодекс України;
ДГП – державно-громадянське партнерство;
ДМС – добровільне медичне страхування;
ДПП – державно-приватне партнерство;
ЄС – Європейський Союз;
ЗОЗ – заклади охорони здоров'я;
ЗМІ – засоби масової інформації;
ЗНА – законодавчо-нормативні акти;
КМУ – Кабінет Міністрів України;
МВС – Міністерство внутрішніх справ України;
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;
МОУ – Міністерство оборони України;
НАДС – Національне агентство України з питань державної служби;
НДІ – науково-дослідний інститут;
НСЗУ – Національної служба здоров'я України;
ОМС – органи місцевого самоврядування;
ООН – Організація об'єднаних націй;
ПКУ – Податковий кодекс України;
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога;
СДН – стоматологічна допомога населенню;
ССДН – система стоматологічної допомоги населенню;
ЦОВВ – центральні органи виконавчої влади;
ЦСЄ – Центральна та Східна Європа;
ADA – Американська асоціація стоматологів;
FDI – Всесвітня федерація стоматологів.

# ВСТУП

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я – важлива складова стратегічного управління країною взагалі. Адже практика підтверджує, що охорона здоров'я відноситься до тих галузей, де діяльність держави об'єктивно присутня в набагато більшій мірі, ніж в економіці загалом. Водночас це положення вірно незалежно від того, до якої економічної моделі тяжіє сфера охорони здоров'я тієї чи іншої країни.

Одним із складників охорони здоров'я в Україні є система стоматологічної допомоги населенню, основна місія якої – збереження та відновлення стоматологічного здоров'я населення та підвищення якості його життя [206]. Тобто сучасна державна політика у сфері регулювання системи стоматологічної допомоги населенню (СДН) пов'язана з основними цінностями, що здійснюють вплив на суспільне життя, а саме − збереженням та зміцненням здоров'я людини. Адже стан зубів і слизової оболонки порожнини рота тісно пов'язані зі станом здоров'я усього організму, а "низький рівень стоматологічного здоров'я негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж всіх періодів життя людини, спричиняючи соціальні та фінансові проблеми" [16, с. 371].

Стоматологічна допомога населенню була і залишається одним із наймасовіших видів медичної допомоги в Україні, що розвивається в досить динамічному конкурентному середовищі медичних послуг. Саме тому наразі забезпечення стоматологічного здоров'я населення України є не лише оним із першочергових завдань у контексті проблематики загального здоров'я, а й залишається інтегральним показником загального рівня добробуту й культури населення та відображає рівень соціально-економічного розвитку суспільства [107]. Проте, належне функціонування вітчизняної системи СДН як в теорії, так і на практиці до цього часу не забезпечено в частині узгодженості нормативно-правових, організаційних та фінансово-економічних засад реалізації конституційного права громадян на отримання

гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги та стандартів медичної допомоги та ін. Все це актуалізує необхідність перегляду теоретичних засад широкого кола суспільних відносин, пов'язаних із державним регулюванням системи СДН, та пошуку інноваційних стратегічних управлінських рішень щодо організації стоматологічної діяльності на регіональному та місцевому рівнях в Україні в контексті реалізації реформ у сфері охорони здоров'я (у тому числі й у повоєнний період).

Актуальність дослідження особливостей державного регулювання системи СДН значною мірою також посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності, й у сфері охорони здоров'я в тому числі.

Разом із тим відзначимо, що теоретико-методологічним засадам формування та розвитку механізмів державного управління/регулювання загалом у світовій і вітчизняній державно-управлінській практиці присвячено чималу кількість праць. Зокрема, досить ґрунтовно ця проблема розроблена в працях зарубіжних вчених, таких як: М. Вебера [284], Г. Беккера [254], Ф. Гузмана [265], Л. Гурвіца [266], П. Друкера [258], М. Мескона [269], А. Файоля [261], Х. Шульца [282], та ін. Окремі теоретико-методологічні аспекти формування та розвитку механізмів державного управління/ регулювання активно досліджували такі вітчизняні науковці як: В. Авер'янов [1; 2; 52], В. Бакуменко [11; 12; 55], В. Бодров [22], З. Бурик [25], Н. Клименко [84], В. Малиновський [103], О. Оболенський [138; 139], Н. Обушна [141], М. Орлів [145; 146], Н. Нижник [135; 136], Л. Приходченко [159], А. Рачинський [209], Р. Рудніцька [215], О. Федорчак [238], А. Чемерис [242], та ін.

Водночас різні аспекти розвитку сфери охорони здоров'я та її державного регулювання в Україні стали наріжним каменем наукових досліджень Н. Васюк [28], С. Вовк [32], З. Гладуна [42], В. Карлаша [80; 81],

Н. Кризиної [90], Л. Мельник [121], С. Назарко [131; 132], О. Пархоменко-Куцевіл [152], Л. Стефанишин [225], І. Худошиної [28; 240], та ін.

Теоретичні положення щодо реформування та розвитку системи стоматологічної допомоги населенню висвітлено у працях І. Бедрик [14], О. Біди [16], С. Богату [19-21], О. Вахненка [100; 101; 151], Вороненка Ю. [39-41], В. Ємченка [61; 124], Л. Литвинової [96], О. Логвинової [61], І. Мазур [39-41; 98-102; 228], О. Мельниченка [61; 123-127], Н. Орлової [44; 49], О. Павленка [39-41; 151; 228], О. Савчука [216-218], Т. Тарсасюк [229], Н. Удовиченко [61; 123-126; 237], І. Хожило [239; 249], В. Чопчика [44; 245; 246], В. Шевцова [239; 247-249] та ін.

Праці вищезгаданих науковців є важливим внеском у розвиток теорії та практики публічного управління. Разом із тим, аналіз наукової літератури засвідчив, що фундаментальні наукові розробки щодо проблематики державного регулювання системи СДН в Україні ще залишаються далекими від завершення. Такий висновок підтверджується відсутністю як системних наукових досліджень розвитку СДН на засадах системного підходу, так і науково-обґрунтованих концептуальних засад формування комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні в контексті реалізації медичної реформи (у тому числі й у повоєнний період). Зазначене підтверджує нагальну необхідність проведення комплексного дослідження особливостей державного регулювання системи СДН в Україні, що й актуалізує науково-практичну значимість теми, мету й завдання дисертаційної роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконувалося згідно з комплексним науковим проєктом Національної академії державного управління при Президентові України (далі – Національна академія) "Державне управління та місцеве самоврядування" (ДР № 0199U002827) на кафедрі публічного управління та публічної служби за темою науково-дослідної роботи "Інституалізація публічної служби в Україні: теорія та практика" (ДР № 0120U101668), у

межах якої автором: проаналізовано стан дослідження феномену “державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню” в науковому дискурсі та розвинуто понятійно-категорійний апарат у цій сфері; ідентифіковано механізми державного регулювання системи СДН та доведено нагальну необхідність реформування системи СДН в Україні.

**Мета і завдання дослідження.** *Метою* дисертаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних засад державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню та розроблення науково-практичних рекомендацій щодо їх удосконалення в контексті реалізації медичної реформи в Україні.

Для досягнення поставленої мети в роботі визначено такий комплекс *завдань*:

− проаналізувати стан дослідження феномену “державне регулювання” в науковому дискурсі та розвинути понятійно-категорійний апарат у цій сфері;

− уточнити склад і структуру системи стоматологічної допомоги населенню як об’єкта державного регулювання у сфері охорони здоров’я та на цій основі ідентифікувати механізми державного регулювання системи СДН;

− довести нагальну необхідність реформування системи СДН в Україні на основі ґрунтовного аналізу її ґенези;

− виявити та систематизувати особливості формування й реалізації механізмів державного регулювання системи СДН в Україні, зокрема інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного;

− сформувати перспективні вектори удосконалення державного регулювання системи СДН в Україні з урахуванням можливостей імплементації прогресивного зарубіжного досвіду в цій сфері;

− розробити та обґрунтувати модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні.

*Об'єкт дослідження* – суспільні відносини, що виникають у процесі державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню.

*Предмет дослідження* – державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні.

*Методи дослідження*. Для реалізації мети й завдань у дослідженні буде використана сучасна наукова методологія, в основу якої покладено діалектичний метод пізнання, а також системний та інституціональний підходи.

У процесі написання дисертації використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів та підходів, зокрема:

– семантико-етимологічний (щодо визначення змісту базових понять дослідження та розробки понятійно-категорійного апарату, пп. 1.1, 1.2, 1.3);

– історичний (для уточнення ґенези системи стоматологічної допомоги населенню в Україні, п. 2.1);

– загальнонаукового аналізу (у процесі аналізу наукових джерел та державних документів, які регламентують особливості реалізації державного регулювання системи СДН, пп. 2.2, 2.3);

– систематизації та узагальнення, системного аналізу (щодо упорядкування наукових концепцій та класифікацій у сфері державного регулювання загалом та системи СДН у т.ч., у процесі діагностики особливостей механізмів державного регулювання системи СДН та розробки комплексного механізму державного регулювання системи СДН, по всім параграфам роботи);

– структурно-функціональний (у процесі ідентифікації механізмів державного регулювання системи СДН в Україні та з'ясуванні особливостей їх функціонування, пп. 1.3, 2.2, 2.3);

– статистичний, графічний, табличний, середніх та відносних величин (для вивчення, групування та наочного відображення емпіричних даних у сфері СДН в Україні та за кордоном, 2.1, 2.3, 3.1);

– моделювання й абстрагування (при розробці моделі комплексного механізму державного регулювання системи СДН, п. 3.3);

– діалектичний, синтезу та індукції (у процесі окреслення перспективних векторів удосконалення державного регулювання системи СДН, п. 3.2, 3.3); та ін.

Інформаційну базу дослідження становлять Конституція України, закони України, укази Президента України, постанови КМУ, інструктивно-методичні документи МОЗ, міжнародні нормативно-правові документи у сфері охорони здоров'я, офіційні дані Державної служби статистики України, інформаційно-аналітичні матеріали МОЗ України та ВООЗ тощо. Як джерела інформації також використано теоретичні та методичні розробки вітчизняних і зарубіжних учених, матеріали науково-практичних конференцій, інтернет-джерела, власні наукові публікації автора.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Наукові положення, які найбільшою мірою розкривають новизну дослідження, полягають у тому, що:

*уперше:*

− розроблено й обґрунтовано модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні з урахуванням інтегративної взаємодії інституційно-правової, ресурсної, науково-дослідної його складових, що детермінуються: а) метою, завданнями, функціями, об'єктами та суб'єктами, що репрезентують кількісно-якісні зрушення в системі СДН та забезпечують цілеспрямовані дії відповідно до загальноконкурентних стратегій і пріоритетів державного регулювання у сфері СДН; б) системою основних та додаткових принципів державного регулювання у сфері СДН; в) формами, методами, інструментами й важелями державного регулювання в контексті забезпечення якісної СДН на державному та місцевому рівнях. Такий механізм уможливлює реалізацію функцій державного регулювання системи СДН з цілевизначальним характером впливу на її результативність і ефективність;

*удосконалено:*

− обґрунтування складу і структури системи СДН як відкритої соціально-економічної багаторівневої системи, у рамках якої визначено такі ваємопов'язані підсистеми: а) підсистема власне надання СДН; б) підсистема менеджменту надання СДН (управління наймом персоналу та службовою кар'єрою; мотивація праці персоналу; професійне навчання та професійно-кваліфікаційне зростання персоналу; атестація, ліцензування, акредитація, сертифікація у сфері СДН; фінансовий менеджмент у системі СДН ( у т.ч. й ціноутворення); управління у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення та ін.). Означені підсистеми знаходяться у відносинах координації, ієрархії та субординації й розвиваються під впливом внутрішніх і зовнішніх чинників. Успішне функціонування таких підсистем має передбачати одночасно як запровадження лікарського самоврядування та самоврядування в стоматологічній діяльності, так і активне впровадження загальнодержавного контексту регулювання такої діяльності;

− теоретичні засади політики державного регулювання системи СДН у контексті: а) уточнення складу й структури системи СДН; б) ідентифікації складу та змісту механізмів державного регулювання системи СДН, а саме: інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного;

*набули подальшого розвитку:*

− понятійно-категорійний апарат у галузі публічного управління та адміністрування завдяки уточненню сутності таких понять як: "*державне регулювання*" − сукупність цілеспрямованих напрямів, форм, інструментів/ засобів і методів впливу органів державного управління та уповноважених державою суб'єктів для реалізації державної політики (у відповідній сфері), що спрямовані на її стабілізацію, реагування на нові виклики задля забезпечення результативності й ефективності її функціонування, стратегічного розвитку та запровадження механізмів саморегулювання; "*державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню*" −

вплив держави (органів державного управління та/або уповноважених державою суб'єктів) на створення базових передумов, необхідних для забезпечення/ впорядкування діяльності в системі СДН, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики у сфері охорони здоров'я;

– структуризація проблем функціонування механізмів державного регулювання системи СДН в Україні (інституційно-правового, ресурсного, науково-дослідного), які систематизовано за відповідними блоками, що надало можливість: довести нагальну необхідність реформування вітчизняної системи СДН; виявити та систематизувати особливості формування й реалізації механізмів державного регулювання системи СДН в Україні;

− перспективні вектори удосконалення державного регулювання системи СДН в Україні та інструменти їх реалізації, які аксіологічно пов'язані з позиціонуванням стану реформованої вітчизняної системи охорони здоров'я (у тому числі й у повоєнний період), та враховують можливості імплементації прогресивного зарубіжного досвіду в цій сфері.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що основні теоретичні положення та висновки дисертації доведено до рівня конкретних пропозицій, які сприятимуть удосконаленню державного регулювання системи СДН у контексті реалізації медичної реформи в Україні (у тому числі й у повоєнний період). Зокрема окремі положення дисертаційної роботи на сьогодні використані в практичній діяльності:

− Верховної Ради України. Зокрема в діяльності в діяльності Комітету з питань зовнішньої політики та міжпарламентського співробітництва використано рекомендації щодо удосконалення механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах невизначеності (в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я), які враховують принципи та стандарти організації стоматологічної діяльності, що існують в провідних

країнах Європейського Союзу (довідка від 03 листопада 2022 року № 04-19/16-2022/186550);

− Варшавської Вищої Школи Менеджменту, де окремі наукові результати дисертаційного дослідження щодо ідентифікації феномену "державне регулювання" в науковому дискурсі та запропонований до нього авторський понятійно-категорійний апарат, а також сформовані рекомендації щодо перспективних векторів розвитку системи СДН в Україні в повоєнний період використовуються в навчальному процесі під час викладання навчальної дисципліни "Суспільні трансформації в країнах Східної Європи" в межах магістерської програми "Адміністрація публічна" за напрямом підготовки слухачів "Адміністрація та право" (довідка від 30 вересня 2022 року № 116W- 23/19).

**Особистий внесок здобувача.** Усі наукові результати, що викладені в дисертації, отримані автором самостійно. З наукових праць, опублікованих у співавторстві (2 статті у фахових виданнях України), в роботі використані лише ті положення та ідеї, що є результатом особистої роботи здобувача. Внесок автора конкретизовано в списку опублікованих праць за темою дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Отримані результати, висновки та пропозиції наукового дослідження доповідались і обговорювались на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, круглих столах, зокрема на: міжнародній науково-практичній конференції "Україна 2030: публічне управління для сталого розвитку" (Київ, 2020); міжнародній науково-практичній конференції "Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку" (Київ, Варшава, 2021); міжнародній науково-практичній конференції "Особенности государственного регулирования системы здравоохранения в Украине" (Таджикистан, 2021); міжнародній науково-практичній конференції "Державне управління в Україні: виклики та перспективи" (Італія (м. Венеція), 2021); міжнародній науково-практичній конференції "Сучасні

аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку" (Греція (м. Афіни), 2021); міжнародному круглому столі "Модернізація професійної підготовки державних службовців в умовах глобальних викликів та сучасних змін в суспільстві" (Київ, 2021); міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених: "Шевченківська весна – 2022: публічне управління та державна служба" (Київ, 2022); міжнародній науково-практичній конференції "Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього" (Київ, 2022); міжнародному круглому столі "Державна служба України: сучасний стан та перспективи повоєнної трансформації" (Київ, 2022); міжнародному круглому столі до Дня незалежності України "Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління" ( Київ, 2022).

**Публікації.** Основні результати дисертаційної роботи опубліковано в 17 наукових працях, зокрема в: 7 статтях в наукових фахових виданнях України та інших держав з напряму, з якого підготовлено дисертацію (у тому числі: 1 – у виданнях іноземних держав, 4 − у друкованих фахових виданнях України з державного управління, 2 – в електронних фахових виданнях); 10 тезах за матеріалами науково-практичних конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг дисертації – 273 сторінок. Обсяг основного тексту становить 227 сторінок. Робота містить 11 таблиць, 14 рисунків, 5 додатків, список використаних джерел налічує 284 найменування (з них 32 − іноземних).

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

## 1.1. Феномен державного регулювання в науковому дискурсі

Системні реформи, що відбуваються в суспільно-політичному та соціально-економічному житті України, та її шлях до європейського співтовариства зумовлюють об'єктивну необхідність перегляду ролі держави в керуванні суспільними справами, методів і способів її впливу на суспільні відносини загалом. Означені суспільні тенденції та наявний у вітчизняному науковому понятійному просторі "термінологічний хаос" у сфері державного регулювання актуалізують необхідність уточнення понятійно-категорійного апарату в рамках тематики даного дослідження, що є вихідним моментом та важливим напрямом подальшої наукової рефлексії в контексті визначеності науково-теоретичного мислення.

Із позиції філософської рефлексії, категорії визначаються як форми абстрактного мислення, що відображають найбільш загальні, універсальні характеристики та взаємозв'язки об'єктів, закономірності розвитку матеріальних і духовних явищ, за допомогою яких здійснюється філософське мислення, і, які слугують вихідними принципами пізнання й духовно-практичного перетворення світу [24, с. 272−273].

Роль категорій у будь-якому науковому дослідженні репрезентована методологічною та світоглядною функціями, тобто тими функціями, які вони виконують у теоретичному пізнанні дійсності й реальній життєдіяльності людини. При цьому слід акцентувати увагу на тому, що однією з найбільш складних методологічних проблем наукового пізнання в соціально-гуманітарній галузі (на відміну від природничих, точних та технічних наук) є робота з неоднозначною, часто доволі суб'єктивною інформацією [145, с. 61].

На сьогодні категорія “державне регулювання” залишається однією з базових дефініцій в теорії та практиці державного управління. Студіюванню особливостей державного регулювання, державного управління та стратегічного управління присвячені праці багатьох відомих науковців. Водночас, враховуючи досить широкий спектр вітчизняних наукових досліджень із питань державного регулювання загалом [1; 2; 11; 12; 22; 25; 52; 55; 85; 86; 103; 138; 139; 141; 145; 146; 135; 159; 209; 215; 238; 242; 243 та ін.], маємо констатувати відсутність єдиного підходу (поліваріантність) до розуміння сутності поняття “державне регулювання”. Окрім того, також й досі не вирішена проблема окреслення сфери дії та впливу на специфіку державно-управлінських і суспільних процесів категорій “державне регулювання”, “державне управління” та “публічне управління/ адміністрування”. У зв’язку з цим обґрунтування змісту базового поняття дисертаційного дослідження − “державне регулювання”, − вважаємо за доцільне, розпочати із визначення сутності системи первинних базових понять, які відображають предмет нашого дослідження, та з’ясування діалектики взаємозв’язку між ними.

Для виконання поставленого завдання й уникнення контекстуальної та ситуативної залежності обґрунтуємо базові дефініції дослідження, виходячи з трьох проєкцій (рис. 1.1), а саме:

− 1-ша проєкція: включає систему первинних і взаємопов’язаних понять (“управління”, “менеджмент” та “регулювання”), які в сукупності впливають на змістовне наповнення поняття “державне регулювання”;

− 2-га проєкція: представлена поняттями “державне управління” та “державне регулювання”, що часто в науковій літературі використовуються як синоніми, проте, не є такими;

− 3-тя проєкція: включає поняття, що відображають суть категорійних та змістовних трансформацій сучасного державного управління, а саме: “публічне управління” та “публічне адміністрування”.

Рис. 1.1. Проєкційні підходи до визначення змістовної наповнюваності терміну "державне регулювання" в науковому дискурсі [власна розробка автора]

Вивчення етимології понять "управління" та "менеджмент" уможливлює висновок, що в обох випадках йдеться про вміння управляти. Зокрема, у давньоруському та інших слов'янських мовах управління (походить від кореня "прав") означало "правити, тобто виховувати", а також "прямий, правильний, невинний", як і в інших давньослов'янських мовах [138].

Управління як "специфічне явище розпочинається тоді, коли в будь-яких взаємозв'язках, відносинах, процесах присутнє свідоме начало, інтерес і знання, цілі і воля, енергія й діяльність людини" [138, с.7], які мають бути спрямовані на свідому саморегуляцію життєдіяльності. Тобто в управлінні все розпочинається з людини і все орієнтоване на неї.

У "Новому тлумачному словнику української мови" термін "управляти" розглядається в таких аспектах як: 1) спрямовувати діяльність, роботу кого-, чого-небудь; бути на чолі когось, чогось; керувати; 2) користуючись кермом та іншими регулюючими пристроями, спрямовувати рух, хід, роботу чого-небудь; спрямовувати хід якогось процесу, впливати на розвиток, стан чого-небудь [137, с. 642].

При цьому відзначається, що "управління − це процес цілеспрямованого впливу керівника підсистеми або органу управління на керовану підсистему або об'єкт управління з метою забезпечення його ефективного функціонування та розвитку [137].

Заслуговує на увагу точка зору одного із найбільш впливових теоретиків філософії постіндустріалізму Пітера Ф. Друкера, який розглядає управління як “специфічний вид діяльності, що перетворює неорганізований натовп на ефективну цілеспрямовану продуктивну групу” [258, с. 48]. Тобто “управляти – це передбачати, організовувати, розпоряджатися, узгоджувати, контролювати”, – підсумовує А. Файоль [261, с. 8].

Отже, аналіз наукової джерельної бази завідчив, що в загальному розумінні “управління” – цілеспрямований вплив на складну систему (вплив на свідомість, поведінку, діяльність людей та їх взаємовідносини).

Поняття “менеджмент” прийшло до нас лише наприкінці 80-х – поч. 90-х років XX ст. і в перекладі має певні відтінки свого значення. Наприклад, економісти ототожнюють менеджмент з управлінням і визначають його як досягнення поставлених цілей шляхом використання праці людей [283, p. 1295].

Мескон М. наголошує на тому, що “менеджмент – це процес планування, організації, мотивації та контролю працівників організації, які забезпечують досягнення їх цілей” [269, с. 16]. Інакше кажучи, “сучасне значення “manage” і “management” у діловому середовищі зводиться до цілепокладання в оперативній сфері, відповідальності та контролю.

У сучасному філософському дискурсі свою інтерпретацію терміну “менеджмент” пропонує німецький історик І. Шайд, який розглядає його етимологію від італійського “maneggiare” − вміння керувати конем, згодом – вміння володіти зброєю та керувати колісницями. Англійське слово “manage” (від лат. manus (рука)) означає управляти, ухитрятися, керувати, примудрятися. Сьогодні ж за допомогою цього поняття характеризують вміння управляти людьми, організаціями, процесами. “Управління − це сукупність мистецтва та науки, завдання яких, по-перше, стимулювати людей і направляти їх, щоб вони діяли в рамках дорученої їм справи так само, як вони поводилися б за власної ініціативи…; і, по-друге, об’єднувати діяльність всіх людей всередині організації ...” [138].

Звичайно, управління конем і управління людьми − різні речі, але не настільки, щоб не бачити спільні моменти, що визначають саму специфіку управління як мистецтва. Адже “… це мистецтво, що полягає в умінні або, хитрощах так регулювати дії людей, щоб вони цього не помічали і не відчували над собою ніякого тиску або насильства. Отже, головне в мистецтві менеджера − мотивувати і зацікавлювати людей у добровільному підпорядкуванні. Якщо ви примушуєте або маніпулюєте, то це не менеджмент” [85].

В українському словнику [137]: “Менеджмент – цілеспрямований вплив на діяльність усіх працівників організації для успішного досягнення встановлених ними ринкових цілей у змінному середовищі шляхом продуктивного використання наявних ресурсів”. Звідси можна зробити висновок, що дане трактування сутності поняття “менеджменту” є значно вужчим поняття “управління” і полягає скоріше у забезпеченні функціонування, ніж у спрямуванні до розвитку.

Професор Нового Болгарського університету Н. Арабайджийски стверджує [8, с. 92], “…болгарські лінгвісти єдині в думці, що слово “management” означає систему видів діяльності щодо управління бізнесом, господарською діяльністю за допомогою ефективних форм і методів, спрямованих на збільшення прибутку”. Тобто в системі публічного управління поняття “менеджмент” відрізняється від поняття “управління” тим, що менеджмент – це більш спеціалізоване управління, яке використовують в основному у сфері діяльності приватного сектору.

Таким чином варто зауважити, що сучасна управлінська діяльність як соціокультурний процес виступає комплексним системним явищем із великою кількістю елементів, їх складною структурою і різноманітними взаємозв’язками, що набуває ролі провідного фактору стратегічного значення. Адже, на думку науковців, в управлінській діяльності переплетена майже вся багатоманітність людської життєдіяльності.

І, нарешті, в рамках визначеної нами 1-ї понятійно-категорійної проєкції (рис. 1.1), розглянемо сутність терміну “регулювання” (від лат. regula − норма, правило (англ. − arule) [255, с. 398]). Розпочнемо із похідного від нього дієслова “regulate” (регулювати), яке англійський етимологічний словник (1630 рік) визначає як “контролювати за допомогою правила, направляти (спрямовувати)” (to control by rule, direct) [274]. Водночас, похідний від цього дієслова іменник “regulation” (“регулювання”), цей же словник (1670 рік) визначає як “акт регулювання” (“act of regulating”) або (1715 рік) − “правило для управління” (“rule for management”) [274].

Доцільно зазначити, що термін “regulation” і до цього часу в англійській мові вживається також у значенні нормативно-правового документу, що має регулювати певні відносини. Наприклад, “Regulation” − назва законодавчого акту Євросоюзу, який містить загальні положення й інструкції щодо діяльності у певній галузі [262, с. 8].

Сучасні підходи до трактування сутності дієслова “regulate” (регулювати) знаходимо в англійському тлумачному словнику Collins English Dictionary [256], де мають місце такі визначення:

1) налаштувати (настроїти) (кількість тепла, звуку і т. ін., щось) належним чином; контролювати (to adjust (the amount of heat, sound, etc, of something) as required; control);

2) налаштувати (інструмент або пристрій) таким чином, щоб він працював правильно (to adjust (an instrument or appliance) so that it operates correctly);

3) привести у відповідність із правилом, законом або звичною практикою (to bring into conformity with a rule, principle, or usage) [256].

Комплексне визначення поняття “регулювання” надається з точки зору функціонування соціальних систем, а саме: регулювання − форма цілеспрямованого, керуючого впливу, орієнтованого на підтримку рівноваги у керованому об’єкті й розвиток його за допомогою введення до нього регуляторів (норм, правил, цілей, зв’язків). Регулювання представляє собою

так зване “непряме” управління поряд із “прямим” − через завдання об’єкту необхідного результату і шляхів його досягнення.

Враховуючи викладене, погоджуємось із думкою науковців, що під регулюванням доцільно розуміти “діяльність, спрямовану на коригування роботи системи (елементів системи) з метою забезпечення досягнення системою (елементами системи) такого стану, який забезпечує її (їх) роботу відповідно до визначених характеристик. Тобто цей вид діяльності розглядається як регуляційний процес, метою якого є досягнення відповідного рівня взаємодії та злагодженості окремих частин” [70, с. 148].

Виходячи з наведених вище досліджень сутності понять “управління” та “регулювання”, у табл. 1.1 узагальнимо їх характерні ознаки.

*Таблиця 1.1*

**Характерні ознаки сутності понять “управління” та регулювання”***

| № з/п | Характерні ознаки сутності поняття “управління” | Характерні ознаки сутності поняття “регулювання” |
|---|---|---|
| 1. | Наявність системи − об’єкта управління та *внутрішньосистемного* утворення − суб’єкта управління. | Наявність системи − об’єкта регулювання та *позасистемного* утворення − суб’єкта регулювання. |
| 2. | Система не може функціонувати автономно без участі суб’єкта управління (що підтверджує внутрішньо-, а не позасистемний характер суб’єкта управління). | Система функціонує автономно без участі суб’єкта регулювання. |
| 3. | Управління здійснюється перманентно, постійно по відношенню до тривалості функціонування системи. | Регулювання здійснюється одночасно по відношенню до тривалості функціонування системи. |
| 4. | Управління не передбачає введення до системи вбудованих регуляторів, чи налаштування вже існуючих елементів системи, а передбачає існування важелів, які при необхідності суб’єкт управління може застосувати для надання певних наказових сигналів вже існуючим елементам щодо напряму їх функціонування. | Регулювання передбачає введення до системи вбудованих регуляторів, які стають невід’ємними елементами системи, або налаштування вже існуючих елементів. |
| 5. | За рахунок отриманих сигналів від суб’єкта управління система функціонує за старим принципом роботи й у старих рамках, однак у новому напрямку, вигідному суб’єкту управління. | За рахунок вбудованих регуляторів або оновлених елементів система продовжує функціонувати автономно, однак за новим принципом роботи, що автоматично забезпечує її розвиток у рамках і напрямі, що корисні суб’єкту регулювання. |
| 6. | Управління не передбачає недосконалості у роботі системи, наявності у неї внутрішнього дефекту, а лише експлуатацію вже існуючих її елементів для досягнення необхідного результату. | Регулювання ліквідує причину недосконалості роботи системи, її внутрішній дефект. |

*Джерело: побудовано автором з використанням [220, с. 58-59]

Враховуючи вищевикладене, підтримуємо думку В. Авер'янова [52, с. 28], про те, що, маючи спільну сферу застосування, поняття "управління" та "регулювання" передбачають різний за характером вплив на об'єкти управління з метою досягнення певних результатів, тобто реалізації встановлених цілей і завдань управлінського впливу. При цьому регулювання охоплює порівняно з управлінням ширшу сферу організаційної діяльності. "Управління" ж означає цілеспрямований вплив саме на об'єкти управління, з використанням методів, що передбачають підпорядкування цих об'єктів управлінському впливу з боку суб'єкта управління. "Регулювання" ж пов'язується з впливом не стільки на об'єкти управління, скільки на навколишнє середовище. Воно передбачає високий ступінь альтернативності поведінки керованих об'єктів [52, с. 28]. У загальному вигляді змістом регулювання є досягнення визначених цілей, а суттю – певна дія/ послідовність дій по їх реалізації.

Надалі перейдемо до розгляду понять 2-ї проєкції ("державне управління" та "державне регулювання"), що часто в науковій літературі використовуються як синоніми, проте, не є такими.

Традиційно під державним, як і будь-яким іншим видом управління, мають на увазі керуючий вплив суб'єкта управління (керуючої системи) на об'єкт управління (керовану систему) [78]. Класична дефініція визначає управління як діяльність держави або інших суб'єктів державної (публічної) влади, що здійснюється поза межами законотворчості та правосуддя [1]. Дане визначення виділяє та пов'язує такі явища й інститути, як державне управління й уряд в ролі виконавчого органу єдиної державної влади та органів місцевого самоврядування, що реалізують у певному обсязі функції державного управління.

В енциклопедії "Britanika" державне управління охарактеризоване як діяльність, що включає здійснення політики та програм урядів [259].

Зокрема слід звернути увагу на те, що в сучасній теорії державного управління та адміністративно-правовій літературі активно дискутуються

питання щодо “широкого” та “вузького” тлумачення сутності поняття “державне управління. Так, проф. Т. Коломоєць [87] пропонує таке визначення:

1) у вузькому розумінні: державне управління –сукупність державних органів, між якими певним чином розподілені різні види діяльності держави;

2) у широкому розумінні – це вид соціального управління, вид специфічної діяльності держави, що дістає вияв у функціонуванні її органів, які впливають на суспільні відносини з метою її врегулювання відповідно до державних інтересів.

В “Енциклопедії державного управління” (за редакцією проф. Ю. Ковбасюка) державне управління (англ. governance) визначається як діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для якнайповнішої реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами [71, с. 157].

Цікавою видається позиція академіка В. Авер’янова [2], який характеризує державне управління як складову змісту діяльності держави і, яке здійснюється: 1) у межах діяльності органів виконавчої влади; 2) поза межами діяльності органів виконавчої влади, а саме: усередині апаратів будь-яких інших (окрім органів виконавчої влади) органів державної влади. Науковець пропонує використовувати термін “державне впорядкування (або регулювання) суспільних процесів”, зауважуючи, що виконавча влада у певній своїй частині реалізується поза межами державного управління.

Ми підтримуємо думку В. Авер’янова, що “для правильного розуміння змісту категорії “державне управління” слід включати до нього суспільні відносини, що складаються як у внутрішньо організаційній діяльності державних органів усіх гілок влади, так і в процесі реалізації функцій виконавчої влади спеціальними державними органами (органами виконавчої влади) та органами місцевого самоврядування, а також ін. уповноваженими

на те суб'єктами права" [54, с. 22]. На нашу думку, саме такий підхід є найбільш близьким до суті публічного управління, про яке піде мова нижче.

З огляду на викладене, можна дійти висновку, що більшість дефініцій сутності державного управління розкривають його як цілеспрямований вплив на об'єкти управління, тобто процес діяльності органів державної влади, який спрямовується на регулювання суспільних відносин шляхом зовнішнього й матеріального впливу на них із застосуванням відповідних методів, важелів та інструментів тощо. Відповідно розкривається й зміст влади в державному управлінні. Так, В. Бакуменко звертає увагу на те, що основними рисами державного управління є його владний характер, витоками якого є державна воля та поширеність на все суспільство [12, с. 11]. У словнику-довіднику "Державне управління та державна служба" також особливий наголос робиться на тому, що здійснення державного управління спирається на владу як на організовану силу суспільства, здатну до примусу [56, с. 94]. Тобто зміст і характер таких державно-управлінських відносин визначається особливостями владного впливу суб'єкта управління та існуванням зворотного зв'язку між суб'єктом та об'єктом державного управління. Відповідно державне управління має не тільки виконавчий, але і владний, організаційний характер.

Отже, трактування державного управління як владного впливу держави на суспільну систему є найкращою ілюстрацією того, як в Україні сприймається значення терміна "державне управління". Хоча, в цілому проведені дослідження засвідчують, що в основу сутності державного управління закладається класичне розуміння управління в державному секторі, що було запропоноване М. Вебером: державне управління − конкретний вид діяльності щодо здійснення державної влади, який має функціональну та компетенційну специфіку, що відрізняє її від інших видів та форм реалізації державної влади [284].

Загалом, з'ясовуючи сутність, зміст та специфіку функціонування державного управління в сучасних умовах, можна виокремити такі його особливості:

– здійснюється на основі закону (ст. 8 Конституції України [88] проголошує верховенство права);

– має активний, цілеспрямований, загальнодержавний характер поширюючись на всі сфери суспільного буття;

– об'єкт державного управління (самостійний учасник суспільних правовідносин і суб'єкт державно-владних повноважень: наприклад, окремі сфери та галузі суспільного життя, а також різні організації) має чітку підпорядкованість суб'єкту державного управління, в особі якого виступають органи виконавчої влади, посадові особи, службовці, вповноважені недержавні суб'єкти;

– суб'єкт державного управління наділений державно-владними повноваженнями, за допомогою яких реалізує волю держави, її завдання та функції;

– для об'єкта державно-управлінських відносин веління суб'єкта є обов'язковими. Тобто державне управління передбачає безпосередній владний вплив на об'єкти управління;

– структура та функції державного управління постійно ускладнюються (наприклад, у практиці регулювання соціальних процесів), утверджуються нові принципи взаємодії між органами державної влади та інститутами громадянського суспільства;

– формування нової філософії державного управління, що передбачає її переорієнтацію з керування на регулювання і надання послуг та ін.

Водночас у зв'язку з процесами демократизації, децентралізації, євроінтеграції та ін. в Україні виникла необхідність визначення нових пріоритетів змісту державного управління, яке дедалі більше набуває регулятивного характеру. У результаті в державно-управлінській теорії та практиці разом із поняттям "державне управління" широко починає

використовуватися поняття “державне регулювання”. І це є зрозумілим, адже в основі як державного управління, так і державного регулювання “знаходиться процес цілеорієнтованого впливу держави, проте у випадку державного регулювання, об’єктом впливу виступає середовище та процеси” [25, с. 72].

Як відомо, уявлення про ідеальність економіки, регульованої лише “невидимою рукою” ринку, в сучасних умовах суспільного розвитку не підтвердилося ні практикою, ні науковими розробками. Дійсно, в природі не існує “досконалих” ринків, через що й доводиться вдаватися до тих чи інших заходів зовнішнього регулювання. Так, наприклад, “регулююча (в певних межах) роль держави, соціальна функція і обмеження приватної власності на користь суспільних інтересів, ідея загальнодержавного планування ... давно стали надбанням законодавства в розвинених країнах світу” [12].

На перший погляд, державне регулювання дуже схоже на державне управління, адже частина завжди має властивості цілого, однак цей висновок не може повністю нівелювати відмінності між цими поняттями. Як правило, “державне регулювання” порівнюється з втручанням держави в діяльність галузі або з чіткою регламентацією адміністративно-правового впливу на суб‘єктів господарської діяльності [71]. А сам термін “державне регулювання” часто трактується як у широкому, так і вузькому значенні.

У широкому розумінні сутність поняття “державне регулювання” виражається у встановленні державою загальних правил поведінки (діяльності) суб’єктів суспільних відносин та їх корегуванні відповідно до змін певних умов. Тобто, згідно твердження З. Бурик, − це “загальний вплив держави на усі суспільні процеси та створення сприятливого середовища й умов для розвитку” [25, с. 74].

Аналогічний підхід до визначення сутності державного регулювання знаходимо й у словнику-довіднику “Державне управління та державна служба”: “державне регулювання − здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) у сфері соціальних,

економічних, політичних, духовних та інших суспільних процесів з метою їх упорядкування, встановлення загальних правил і норм суспільної поведінки, а також запобігання негативним явищам у суспільстві" [56].

Суб'єктами такого державного регулювання постають представницькі органи та органи виконавчої влади. Хоча, певний вплив на поведінку учасників урегульованих державою відносин здійснюють суб'єкти судової влади.

У вузькому визначенні державне регулювання може обмежуватися, в основному, як:

− одна з функцій державного управління, "спрямована на забезпечення загальних правил поведінки (діяльності) суб'єктів тих чи інших правовідносин" [62, с. 35]. Тобто ряд науковців [17; 94, с. 47] часто розглядають "державне регулювання як функцію державного управління, зміст якої виражається у здійсненні органами державної влади впливу на суспільні відносини та зв'язки, які характеризуються високою суспільною значущістю і відсутністю дієвих механізмів саморегулювання, шляхом встановлення, відміни і коригування правил і рамок поведінки учасників зазначених відносин" [17, с. 167-168];

− форма державного впливу шляхом встановлення та застосування державними органами правил, спрямованих на коригування діяльності фізичних та юридичних осіб, що підтримується можливістю застосування правових санкцій при їх порушенні [219, с. 17];

− означення окремого засобу впливу на процеси та досягнення результату; сукупність інструментів впливу; діяльність владних органів, що зорієнтована на отримання результатів" [25, с. 74].

У свою чергу, В. Малиновський державне регулювання визначає лише як "економічний метод державного управління, який є системою типових заходів законодавчого, виконавчого і контрольного характеру, що здійснюється відповідними державними органами та громадськими організаціями з метою стабілізації та пристосування існуючої соціально-економічної системи до постійно змінюваних умов" [103, с. 48].

При цьому О. Якименко пропонує розглядати державне регулювання через “сукупність інструментів, за допомогою яких держава встановлює вимоги до організацій і громадян. Воно включає закони, формальні і неформальні розпорядження і допоміжні правила, що встановлюються державою, а також недержавними організаціями або організаціями саморегулювання, яким держава делегувала регуляторні повноваження. Це набір здійснюваних державними структурами заходів, направлених на контроль за поведінкою індивідів або груп, які потрапляють під контроль цих структур” [251]. Згідно такого підходу, на нашу думку, важливим механізмом і водночас формою державного регулювання виступає нормативно-правове регулювання суспільних відносин.

Нормативно-правове регулювання − різновид соціального регулювання, один із важливих способів реалізації державної влади в процесі регулювання суспільних відносин в інтересах громадянина, суспільства і держави. Предмет правового регулювання – це правові, політичні, економічні та інші суспільні відносини, впорядкування яких неможливе без використання норм права [94, с. 40]. При цьому організаційний зміст правового регулювання виявляється у використанні певної комбінації способів (наприклад, зобов’язань і заборон), у той час як державного регулювання – у використанні, зокрема, різних методів та форм регулятивної діяльності, що спираються на норми права, з яких складаються відповідні способи адміністративно-правового регулювання.

Формулювання поняття державного регулювання у широкому сенсі вказує на корегування загальних правил поведінки учасників суспільних відносин. Разом із тим правотворча діяльність уповноважених на те органів не є сталою, тобто правила поведінки можуть змінюватись або скасовуватися внаслідок прийняття правових актів відповідної юридичної сили [94, с. 41].

Отже, надалі в дисертаційній роботі поняття нормативно-правове регулювання ми будемо розглядати в контексті однієї з форм державного регулювання у широкому сенсі.

На нашу думку, державне регулювання покликане здійснювати коригування діяльності об’єкта, що спрямовується управлінням загалом. Відповідно метою державного регулювання у широкому сенсі є приведення об’єкта до впорядкованого стану, тому воно наповнене організаційним змістом [25]. Саме через організацію, через застосування різних способів і засобів досягається упорядкований стан та реалізується мета державного регулювання, яке може здійснюватися шляхом об’єднання, узгодження, організації, координації, контролю за допомогою владно-регулюючих засобів та заходів примусу.

У даному контексті А. Омельченко зауважує таке: “Управління включає і адміністративно-розпорядчий вплив, і економічне стимулювання, і морально-психічний вплив, тобто всю систему форм і методів управління. Державне регулювання більшою мірою спирається на використання економічних методів управління, механізмів обмежуючого та стимулюючого характеру (встановлення певних стандартів, нормативів, квот, лімітів, тарифів тощо) ” [142, с. 96-97].

При цьому, державне управління традиційно пов’язується з наявністю у суб’єктів управління підлеглих їм об’єктів, а державне регулювання – із впливом переважно на організаційно не підпорядковані об’єкти [3]. Проте, державне управління і державне регулювання взаємопов’язані, адже державне регулювання не може бути використане без застосування методів безпосереднього впливу на об’єкти управління, тому регулювання неможливе без управління [4].

Загалом державне регулювання в умовах сучасних трансформаційних процесів має відігравати роль “арбітра” у відносинах між державою та суб’єктами господарювання і населенням. Відповідно проблема пошуку оптимального поєднання державного регулювання та саморегулювання в умовах становлення ринкових відносин на практиці залишається однією з базових.

Важливо зауважити, що в економічній теорії обґрунтовано п’ять можливих форм побудови відносин держави з суб’єктами господарювання, а

саме: держава є єдиним гравцем на ринку; держава, доповнена ринковими регуляторами; держава, що коригується ринковими механізмами; тільки ринкове регулювання; ринок, доповнений державним регулюванням [234, с. 39].

Ткач М. стверджує, що основна відмінність між державним управлінням і державним регулюванням полягає в не в їх об'єкті, а в тому, реалізацію яких інтересів вони забезпечують. Державне управління застосовується у тих сферах життя суспільства, де необхідне забезпечення першочергової реалізації публічних інтересів і виконання цілей держави. Державне регулювання – там, де необхідним є забезпечення балансу публічних і приватних інтересів (наприклад, економічна сфера) [230, с. 117].

На думку О. Іваницької, зорієнтованість державного регулювання на сучасні ринкові механізми та інструменти передбачає при запровадженні державної політики виділення ключових ринків та інструментів, ключових гравців та державних органів, що стимулюють розвиток систем, а також ключових інститутів, які визначають "гасло" перетворень, норми та правила поведінки економічних суб'єктів. Цього підходу пропоновано дотримуватися під час регулювання регіональних, національних систем та розробки концепції входження держави у міжнародний простір. Особливий акцент має бути поставлений на безпечності фінансових трансакцій, а також на формуванні "м'якої інфраструктури" – розширенні економічних прав людини, підвищенні довіри до фінансових інститутів та інституцій [76, с. 59].

Отже, в сучасному науковому дискурсі сутність дефініції "державне регулювання" визначається через співвідношення сутності державного регулювання з державним управлінням за 4-ма основними підходами (рис. 1.2).

1-й підхід: ототожнює поняття "державне управління" та "державне регулювання" та визнає недоцільність/складність їх розмежування (зокрема, за метою, функціями, змістом тощо), так як не вбачає принципових відмінностей між ними. Тобто прихильники такого підходу [85; 230; та ін.]

Рис. 1.2. Підходи до визначення сутності дефініції "державне регулювання" в науковому дискурсі (через співвідношення сутності державного регулювання з державним управлінням) [власна розробка автора]

наполягають на тому, що "в найбільш буденному змісті державне управління є діяльністю із організації певних елементів у єдине ціле таким чином, щоб була досягнута певна мета, задля якої воно здійснюється. Очевидно, що процес організації цих елементів неможливий без впорядкування їх статусу, діяльності тощо, а діяльність із впорядкування і буде регулюванням" [230]. Такий підхід частково має місце і в законодавстві України, оскільки зміст державного регулювання іноді розкривається через функції, що тотожні функціям державного управління (нормативного регулювання, контролю, обліку даних, планування та ін.).

2-й підхід: стверджує трансформацію державного управління в державне регулювання в умовах розвитку ринкової економіки та демократичних засад врядування, тому визнає пріоритетність у сучасному науковому вжитку саме поняття "державне регулювання", яке поступово витісняє поняття "державного управління". Тобто прихильники такого підходу [33; 89; та ін.] відстоюють думку, що управління більш притаманне адміністративно-командній системі економіки часів СРСР, а засади ринкової економіки передбачають повну господарську самостійність суб'єктів

господарювання, яка ґрунтується на ефективному державному регулюванні [89, с. 251]. У даному контексті погоджуємося з позицією М. Орлів, яка стверджує, що такий підхід не враховує необхідності реалізації програмно-цільового управління у стратегічно важливих для держави сферах, в основі якого – визначення та постановка цілей, пріоритетів, векторів та індикаторів розвитку об'єкта управління у контексті реалізації системних реформ та забезпечення сталого суспільного розвитку. Тому державне управління передбачає цілепокладаючий, організуючий, контролюючий та регулюючий впливи з метою формування системи та забезпечення її розвитку. Державне регулювання, як правило, зосереджується на стратегічно важливих і проблемних сферах функціонування системи [145].

3-й підхід: визнає державне регулювання поняттям більш широким, ніж державне управління, оскільки державне регулювання, на думку фахівців [5; 25; 26; 33; та ін.], передбачає вплив не тільки на об'єкти управління, а також на їх середовище та забезпечує високий ступінь альтернативності поведінки учасників суспільних відносин. Частково з таким баченням можна погодитися. Проте, прихильники даного підходу також стверджують, що в умовах ринкової економіки державне управління реалізується виключно шляхом прямого впливу на підставі права власності на майно, а тому державному управлінню притаманні управлінські функції відносно об'єктів, що знаходяться лише в державній власності (воно не поширюється на об'єкти, які перебувають у приватній власності), а всі інші галузі і сфери суспільства охопило державне регулювання [4; 5; 26; 33; та ін.]. Відповідно мета державного регулювання, порівняно з державним управлінням, також є ширшою, а саме − досягнення оптимального балансу як у сфері публічних, так і приватних інтересів, а його об'єктами є також види діяльності, окремі процеси, економічні відносини на ринку тощо. З даним твердженням ми не погоджуємося, адже: 1) для означення жорсткого регламентування поведінки об'єкта управління, який перебуває у державній власності, доцільно вживати термін "керування" (вплив на параметри об'єкта через субординацію в

рамках організаційної структури та відмову об'єкта від власних цілей та дій) [227, с. 10]; 2) державне управління не обмежується управлінням майном, об'єктами державної власності, інститутами, а поширюється на суспільні відносини у сферах, в яких, як зазначалося вище, ринковий механізм не здатен забезпечити реалізацію публічних інтересів [45, с. 41].

4-й підхід: передбачає визнання державного регулювання поняттям більш вузьким, ніж державне управління, оскільки науковцями [1; 22; 70; 145; 219; та ін.] державне регулювання розглядається як частина (або похідна) державного управління, його функція, вид/форма управлінського впливу та ін. Ми також вважаємо такий підхід найбільш обґрунтованим. Адже державне управління спрямоване на реалізацію функцій держави загалом (упорядкування відносин в окремих сферах публічного (від лат. "publicus" – суспільний, народний, державний) сектору в т.ч.), а державне регулювання не передбачає прямого втручання та спрямовано лише на створення умов для здійснення окремих видів діяльності (підприємницької, зовнішньоекономічної, науково-технічної, тощо). При цьому, оскільки державне регулювання включає заходи законодавчого, виконавчого та контрольного характеру, до його суб'єктів також відносять громадські організації, яким відповідно до законодавства України надано відповідні повноваження з метою вирішення суспільних проблем [50; 145; 160, с. 6; 92]. На думку В. Добровольської, "саме громадські організації та державні структури мають контролювати виконання суб'єктами господарювання законів та правил" [65].

Таким чином, результати проведених досліджень, підтверджують тезу про те, що державне управління та державне регулювання взаємопов'язані і взаємодоповнюють одне одного, оскільки в основі як державного управління, так і державного регулювання знаходиться процес цілеорієнтованого впливу держави. Проте спрямованість цього впливу виявляється по-різному, тому вони віддзеркалюють різні види державно-владної діяльності (табл. 1.2).

*Таблиця 1.2*

## Характерні ознаки сутності понять “державне управління” та “державне регулювання”*

| Характерні ознаки понять | Сутність ознаки поняття “державне управління” (ДУ) | Сутність ознаки поняття “державне регулювання” (ДР) |
|---|---|---|
| 1.Сутність | Форма реалізації виконавчої влади [84, с. 179] | |
| 2.Мета впливу | ДУ передбачає будь-який вплив суб’єкта управління на об’єкт управління, здійснюваний з метою спрямувати його дії бажаним для суб’єкта чином | ДР здійснює коригування / стабілізацію діяльності об’єкта, що спрямовується управлінням загалом, тобто сприяє відповідній стабілізації, пристосуванню до умов, що змінюються, реагуванню на нові виклики задля забезпечення ефективності його функціонування, стратегічного розвитку та запровадження механізмів саморегулювання |
| 3.Суб’єкт впливу | Органи виконавчої влади, публічні органи, що мають виконавчі функції [84, с. 179] | |
| 4. Поноваження субєкта | Має повноваження з перевірки законної діяльності, що є об’єктом управління, а також втручання в діяльність та її припинення | Має право проводити перевірку на предмет відповідності провадження діяльності встановленим вимогам, надавати приписи щодо усунення виявлених під час перевірки порушень, тимчасово припиняти право на провадження виду діяльності, позбавляти права на провадження виду діяльності, відмовляти у видачі дозвільного документа у випадку невідповідності суб’єкта вимогам, встановленим до провадження виду діяльності, звертатись до суду для притягнення порушників до відповідальності тощо |
| 5. Об’єкт впливу | Прояви,сторони, взаємозв’язки суспільних відносин, явищ і процесів, поведінки, свідомості й діяльності людей,що є суттєвим для всього суспільства, безпосередньо стосуються реалізації загальних інтересів і як такі [15, с. 7] | Процеси та відносини, сама економічна, соціальна система (або ж її підсистеми |
| 6. Вид впливу на об’єкт | Передбачає прямий управлінський вплив на об’єкти управління з використанням адміністративно-владних повноважень та методів, що відзначаються директивними вказівками, обов’язковими для виконання | Передбачає введення до системи вбудованих регуляторів і спирається, в основному, на використання економічних методів управління, механізмів обмежуючого та стимулюючого характеру (встановлення стандартів, нормативів, лімітів, квот, тарифів тощо) |
| 7.Рівень підпорядкованості об’єктів впливу | Традиційно пов’язується з наявністю у суб’єктів управління підлеглих їм об’єктів | Традиційно пов’язується із впливом переважно на організаційно не підпорядковані об’єкти |
| 8. Сфера впливу | Безпосередньо на об’єкт управління як такий | Середовище функціонування суб’єктів регулювання, створення відповідних умов для їх діяльності |
| 9. Спрямованість інтересів, які забезпечують ДУ/ДР | ДУ застосовується у тих сферах життя суспільства, де необхідне забезпечення першочергової реалізації публічних інтересів і виконання цілей держави, як універсальної організації суспільства, що наділена публічною владою. | ДР також є формою реалізації виконавчої влади, зміст якої полягає у створенні умов, за яких забезпечується виконання законів: впорядкуванні, налагодженні, визначенні напрямків розвитку, підкорення певному порядку, встановленні вірної взаємодії, створенні умов нормальної роботи тощо |

*Джерело: побудовано автором з використанням [15; 85]

З огляду на викладене, вважаємо за доцільне, державне регулювання розглядати як похідну категорію від державного управління, а саме як :

1) визначальну функцію державного управління, що тісно пов'язана із іншими управлінськими функціями (організація, планування, координація і контроль), тому їх не завжди вдається розмежувати;

2) особливий різновид впливу держави (практичний, організуючий, координуючий, владний, цілепокладаючий, контролюючий та регулюючий тощо [70; 136]).

При цьому державне регулювання як функція державного управління є діяльністю, спрямованою на коригування роботи організаційної системи (її елементів, взаємозв'язків між ними) з метою досягнення такого стану, який забезпечує функціонування цієї системи (або її елементів) відповідно до встановлених параметрів. Тобто цей вид діяльності слід розглядати як регуляційний процес, метою якого є досягнення відповідного (або оптимального) рівня взаємодії та злагодженості частин [70].

Таким чином, державне регулювання − сукупність цілеспрямованих напрямів, форм, інструментів/засобів і методів впливу органів державного управління та уповноважених державою суб'єктів для реалізації державної політики (у відповідній сфері), що спрямовані на її стабілізацію, реагування на нові виклики задля забезпечення результативності й ефективності її функціонування, стратегічного розвитку та запровадження механізмів саморегулювання.

Водночас відзначимо, що зміст державного управління, характер управлінського впливу на суспільні процеси з розвитком громадянського суспільства та поширенням демократичних цінностей у світі з кінця XX ст. суттєво змінився і продовжує змінюватися. Так, закономірним кроком щодо розвитку державного управління наразі стає процес заміни традиційних механізмів соціального управління "наказувати і контролювати" на ринкові − "мотивувати та отримувати результат" [72, с. 77−78]. А за таких умов:

1) адміністративно-примусові засоби державного впливу втрачають пріоритетність, адже державний вплив вже не може бути односторонньо-владним;

2) державне управління дедалі більше здійснюється у формі нормативного регулювання, використання дозволів і рекомендацій, надання допомоги, сприяння й координації;

3) змінюється характер суб'єктно-об'єктної взаємодії в межах державно-управлінських відносин: суб'єктами управління виступають не лише органи держави, а й недержавні суб'єкти (органи місцевого самоврядування, політичні партії, громадські організації, профспілки, об'єднання підприємців, бізнес-асоціації тощо), а об'єктами − сфери та галузі економіки, суспільного життя, соціальні процеси, на відміну від прямого управління окремими суб'єктами господарювання, що мало місце у радянському минулому [77, с. 21].

Таким чином, на сьогодні управління справами суспільства перестає бути лише справою державних органів та обумовлює необхідність застосування категорії публічного управління" (англ. – public management), оскільки вона, окрім державних, включає в себе участь в управлінні суспільними процесами ще й недержавних інституцій, яким держава делегує частину своїх повноважень. У цьому й полягає основна суть категорійних та змістовних трансформацій сучасного державного управління, що знаходить своє віддзеркалення й у осучасненні підходів до трактування й розширення сутності державного регулювання. З огляду на це, виникає необхідність у дослідженні сутності понять 3-ї понятійно-категорійної проекції (див. рис. 1.1), а саме: "публічне управління" та "публічне адміністрування".

У даному контексті нагадаємо, що термін "публічне управління" вперше був використаний у науковій практиці у 1972 році англійським державним службовцем Д. Кілінгом у його науковій праці "Management in Government" [267, с. 15], в якій відзначалося, що "публічне управління – це

пошук у найкращий спосіб використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей державної політики".

Поллітт К., професор з публічного управління Лювенського католицького університету, стверджує, що термін "публічне управління" може вживатися у щонайменше трьох основних значеннях: 1) діяльність державних службовців і політиків; 2) структури і процедури органів державної влади; 3) системне вивчення чи то діяльності, чи то структур та процедур [277, с. 12−13].

Чернов С. визначає публічне управління як організуючий і регулюючий вплив держави на суспільну діяльність людей з метою її впорядкування, збереження чи перетворення, опираючись на владну силу, яку обмежує дієвий суспільний контроль [243, с. 7]. Тобто публічне управління – це, перш за все, управління людьми. Звертаючись до людей, органи публічної влади впливають на них індивідуально і через їх різні колективи, створені природним шляхом або за бажанням людей (наприклад, партії). У свою чергу, громадяни, їх колективи, суспільство реагують на публічне управління і встановлюють зворотні зв'язки з органами, державою в цілому.

Водночас, як відомо, суто управлінська виконавчо-розпорядча діяльність здійснюється переважно органами виконавчої влади, також органами місцевого самоврядування, в окремих випадках − суб'єктами делегованих повноважень. Така діяльність дістала назву "публічне адміністрування" (англ. – public administration), що стало закономірним кроком у розвитку державного управління. На думку Р. Мельник [121, с. 42], введення цієї категорії в понятійний апарат адміністративного права, науки державного управління пов'язано зі зміною призначення адміністративного права, що формується, виходячи з "людиноцентристської ідеології", яка власне і вимагає заміни поняття "управління" категорією "адміністрування" (від лат. "administratio" − "служіння", "допомога", "управління").

Термін "публічна адміністрація" вперше було використано в праві ЄС.

У глосарії Програми розвитку ООН знаходимо твердження того, що термін “публічне адміністрування” має два тісно пов’язаних значення [43]:

1) цілісний державний апарат (політика, правила, процедури, системи, організаційні структури, персонал тощо), який фінансується за рахунок державного бюджету і відповідає за управління і координацію роботи виконавчої гілки влади та її взаємодію з іншими зацікавленими сторонами в державі, суспільстві та зовнішньому середовищі;

2) управління та реалізація різних урядових заходів, пов’язаних з виконанням законів, постанов та рішень уряду та управління щодо надання публічних послуг.

Таким чином, проведений аналіз підтверджує тісний взаємозв’язок понять “державне управління”, “державне регулювання”, “публічне управління” та “публічне адміністрування” й одночасно унеможливлює використання цих понять як синонімів, оскільки всі вони мають характерні відмінні особливості. Адже розвиток управлінських відносин від владного імперативного керування суспільними процесами до створення умов і надання якісних адміністративних послуг, прагнення до балансу публічних і приватних інтересів членів суспільства спричинило трансформаційні зміни від “державного управління”, “державного регулювання” до більш всеохоплюючих “публічного адміністрування” і “публічного управління”. Водночас поняття “державне регулювання”, “державне управління” (2-га категорійна проєкція з рис. 1.1), на нашу думку, доцільно розглядати як похідні від тлумачення загальних категорій “регулювання” й “управління” (1-ша категорійна проєкція з рис. 1.1), а “публічне адміністрування” (3-тя категорійна проєкція з рис. 1.1) – через діяльність публічної адміністрації (діяльність суб’єктів, що забезпечують публічний інтерес у досліджуваній сфері). Хоча трансформації ще тривають, тому зі зміною суспільно-політичних умов розвитку держави і суспільства, загальносвітових тенденцій в сфері управління, мають змінюватися і вітчизняні підходи до питань управління суспільством, демонструючи при цьому єдність управління та самоорганізаційних процесів.

## 1.2. Система стоматологічної допомоги населенню як об'єкт державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я – важлива складова стратегічного управління країною. Адже здоров'я людини є найважливішим елементом національного багатства, що задекларовано положеннями Європейської соціальної хартії країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), новою європейською політикою "Здоров'я − 2020", які орієнтують країни Європейського регіону ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) на конкретні дії у відповідь на нові виклики і загрози громадському здоров'ю шляхом створення й реалізації гнучкої інноваційної політики [216, с. 1]. При цьому Конституція України, визначаючи її як соціальну державу (ст. 1), також декларує життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю (3), тим самим сприяючи забезпеченню права громадян на охорону здоров'я [88].

Сфера охорони здоров'я підлягає управлінню та регулюванню з боку держави. Практика підтверджує, що охорона здоров'я відноситься до тих галузей, де діяльність держави об'єктивно присутня у значній мірі. І така значна присутність в ній держави обумовлюється належністю охорони здоров'я до ключових елементів національної безпеки, зокрема її соціально-гуманітарної складової.

У цілому охорона здоров'я − система, що складається з соціально-економічних та медичних заходів, які мають за мету зберігати й підвищувати рівень здоров'я будь-якої людини та всього населення країни. Виступаючи як складна соціально-економічна система, і будучи при цьому специфічною галуззю народного господарства, охорона здоров'я сприяє забезпеченню реалізації одного з важливих принципів − надання висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги населенню та поліпшення стану його здоров'я [81].

Одним із складників охорони здоров'я в Україні є система СДН, основна місія якої – збереження та відновлення стоматологічного здоров'я населення та підвищення якості його життя [206]. Тобто сучасна державна політика у сфері регулювання системи СДН також пов'язана з головними цінностями, що впливають на суспільне життя, а саме − збереженням та зміцненням здоров'я людини. Інакше кажучи, стоматологічне здоров'я безпосередньо пов'язане з якістю життя та працездатністю особи, а в деяких випадках навіть суттєво впливає на рівень професійної придатності та самореалізації (творчі професії, публічна діяльність тощо). Хоча, Всесвітня федерація стоматологів (FDI) наголошує, що карієс і хвороби ротової порожнини залишаються найпоширенішими захворюваннями у всьому світі – 98 % населення Землі потерпають від них [98].

Загалом стоматологія – це галузь національної економіки, що вивчає структуру, функції, норму та патологію порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки, а також розробляє методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань [226].

Як зауважує д.м.н., проф. І. Мазур, стоматологія як наука формувалася тривалий період часу та у своєму розвитку пройшла декілька етапів – від цілительства та народної медицини, що сягає корінням палеоліту і набуває характерних рис за часів Трипільської культури та документально зафіксована в Київській Русі, до класичних обґрунтованих знань [99, с. 72].

Дійсно, перші відомості про зуболікування сягають у давнє минуле. Так, Цивілізація долини Інду дає свідчення існування стоматології ще в 7000 р. до н. е., що лікувала зуби з використанням дриля [30].

Шумерський текст від 5000 до н.е. описує "зубного хробака" як причину карієсу зубів. Докази наявності подібних знань є в стародавній Індії, Єгипті, Японії та Китаї. Легенда хробака міститься також в працях Гомера, і, аж до кін. 14-го ст. нашої ери хірург Гі де Чілак писав про переконання, що хробаки є причиною карієсу.

Папірус Едвіна Сміта написаний у XVII ст.до н. е, що містить дані з древніших папірусів, приблизно, 3000 до н. е., описує лікування декількох стоматологічних захворювань. У XVIII столітті до н.е. закони Хаммурапі описували видалення зубів як покарання за порушення закону.

Стародавні грецькі вчені Гіппократ і Арістотель писали про стоматологію, у тому числі лікування зруйнованих зубів і захворювань ясен, видалення зубів щипцями. Деякі кажуть, що перше використання стоматологічних приладів походить від етрусків вже з 700 до н.е. [30].

Перші наукові опрацювання питань стоматології почалося з XVIII ст., а перші зуболікарські школи були засновані у першій пол. XIX ст. Виділення стоматології в окрему медичну науку відбулося наприкінці XIX − на поч. XX століття. У 1810 році встановлено в Російській Імперії звання зубного лікаря (у 1811 році їх було лише 24, у 1845 році −114, у 1883 році − 441) [30].

Особливості становлення та функціонування стоматології як медичної спеціальності на теренах України більш детально будуть розглянуті у параграфі 2.1.

Важливо зауважити, що на сьогодні забезпечення стоматологічного здоров'я населення постає надзвичайно актуальною проблемою, яка за своїми масштабами та наслідками вже виходить за рамки суто галузевої, тобто медичної проблеми. Її розв'язання потребує дедалі активного втручання не тільки органів галузевого управління, тобто МОЗ України, але й органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування (ОМС), представників наукової медичної спільноти (та суміжних галузей), власне лікарів-стоматологів та ін.

З огляду на викладене, сучасну систему СДН (як цілісність, яку формують її частини, що пов'язані одна з одною та залежать одна від одної) у роботі представимо у вигляді таких ваємопов'язаних підсистем:

1) Підсистема власне надання стоматологічної допомоги населенню. Метою функціонування такої підсистеми є покращання стоматологічного

здоров'я населення за рахунок задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я.

Загалом, стоматологічна допомога населенню − це комплекс заходів, які проводяться на підставі локальних та уніфікованих протоколів, щодо проведення оцінки, діагностики, профілактики та лікування (хірургічних та не хірургічних) захворювань порожнини рота, щелепно-лицевої області та суміжних і пов'язаних з ними впливів на організм людини, з метою задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я [206]. Тобто дана підсистема представлена такими процесами: оцінка → діагностика → профілактика → лікування (хірургічних та не хірургічних) захворювань порожнини рота, щелепно-лицевої області та суміжних і пов'язаних з ними впливів на організм людини.

Головним об'єктом СДН є пацієнти-споживачі стоматологічних послуг (населення України, іноземці), а предметом – захворювання зубів, порожнини рота, щелепно-лицевої ділянки; суміжні та пов'язані з ними впливи на організм людини.

2) Підсистема менеджменту надання СДН. Метою функціонування такої підсистеми є не лише покращання стоматологічного здоров'я населення, а й створення сприятливих передумов для розвитку системи СДН загалом. Означене уможливлюється завдяки узгодженню інтересів функціонування таких складових підсистеми, як:

2.1. Управління наймом медичного персоналу у сфері СДН та його службовою кар'єрою. Як відомо, найм є важливим етапом процесу управління, який дозволяє підвищити якість кадрового потенціалу будь-якої організації. При цьому бажання поєднати потреби медичної установи з професійними, особистими інтересами та компетенціями персоналу сприяє високій продуктивності й ефективності, а також зростанню зацікавленості у розвитку своєї кар'єри.

2.2. Мотивація праці в у сфері СДН – має бути представлена комплексною системою мотивуючих факторів, серед яких: матеріальна

зацікавленість; самореалізація; службове (посадове) просування, яке згідно чинного законодавства має забезпечуватись з урахуванням професійної компетентності та сумлінного виконання своїх посадових обов'язків; удосконалення умов праці; ін. моральні стимули та ін.

2.3. Професійне навчання та професійно-кваліфікаційне зростання спеціалістів вищої та середньої ланки стоматологічної установи − сукупність заходів, що сприяють загальному, інтелектуальному та професійному зростанню персоналу медичного закладу та спрямовані на розвиток і збагачення необхідних компетенцій з метою підвищення якості СДН.

Наразі в Україні освіта стоматолога складається з отримання вищої медичної освіти за спеціальністю "Стоматологія", післядипломної освіти, подальшої безперервної освіти та самоосвіти.

2.4. Атестація, ліцензування, акредитація, сертифікація у сфері СДН. У даному контексті зауважимо, що серед актуальних проблем регулювання в системі охорони здоров'я виділяються питання стандартизації галузі. З огляду на цей процес, на ринку медичних послуг, виділяються кілька рівнів стандартизації [266, с. 30-31]:

1) проблемний рівень, при якому є можливість стандартизувати медико-соціальні проблеми;

2) рівень проведення ліцензування медичних послуг;

3) рівень здійснення акредитації та стандартизації потреби в медичній допомозі;

4) деонтологічний рівень, який дозволяє стандартизувати кваліфікацію персоналу, що працює в галузі;

5) економічний рівень, який дає можливість стандартизувати потреби в отриманні медичних процедур;

6) технологічний, який проводить стандартизацію системи показників задоволеності потреб споживачів;

7) рівень результативності, що відображає відповідність ефективності та якості медичної допомоги [1].

2.5. Фінансовий менеджмент у сфері СДН ( у т.ч. й ціноутворення). У даному контексті вирішуються питання фінансування СДН загалом та розробки тарифів надання стоматологічних послуг, які безпосередньо пов'язані зі стандартами надання медичної допомоги й клінічними протоколами. Адже у процесі звернення до стоматолога, пересічні громадяни, скоріш за все, потребують "стоматологічної допомоги", а фактично отримують "стоматологічну послугу".

Стоматологічна послуга – це комплекс дій стоматолога щодо проведення оцінки, діагностики, профілактики та лікування (хірургічних та нехірургічних) захворювань порожнини рота, щелепно-лицевої області та суміжних і пов'язаних з ними впливів на організм людини, які мають самостійне закінчене значення і визначену вартість [206]. Мельниченко О., у свою чергу, також акцентує увагу на вартісному аспекті стоматологічної послуги, визначаючи її як "оплачуване пацієнтом використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювання його зубів, порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки" [124].

У зв'язку з цим нагадаємо, що в усьому світі СДН − високовартісна, тому ціноутворення в цій сфері є досить важливим.

2.7. Управління у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення (обладнання, інструменти, витратні матеріали, ортопедична продукція та ін.).

Отже, виокремлені вище підсистеми, що забезпечують функціонування та розвиток системи СДН, мають бути систематичними й безперервними,

---

[1] Під якістю медичної послуги загалом слід розуміти як "зміст взаємодії лікаря та пацієнта, яка базується на кваліфікації персоналу, тобто його здатності знижувати ризик прогресування в пацієнта захворювання та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медичної діяльності й забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії із системою охорони здоров'я" [83, с. 12].

ґрунтуватися на компетенціях і спрямовуватись задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я.

Узагальнена візуалізація системи СДН подана на рис. 1.3.

Таким чином, виходячи з рис. 1.3, серед особливостей системи СНД як системного утворення можна визначити таке:

1) система СДН – це відкрита соціально-економічна багаторівнева система, в структурі якої державний та комунальний сектор є провідною ланкою в задоволенні потреб громадян щодо отримання стоматологічних послуг. Зауважимо, що саме комунальні та державні медичні стоматологічні заклади надають стоматологічну допомогу переважно соціально незахищеним верствам населення, дітям, проводять планову профілактичну роботу;

2) система СДН – це система, яка постійно еволюціонує в напрямках підвищення результативності й ефективності діяльності, підвищення її мотивації, а також забезпечення набуття нових здатностей медичного персоналу з метою якісного задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я та створення сприятливих умов для розвитку системи СДН загалом;

3) складові елементи системи СДН (підсистема власне надання СДН та підсистема менеджменту надання СДН) знаходяться у відносинах координації, ієрархії, субординації, і розвивається під впливом внутрішніх і зовнішніх чинників. Успішне функціонування таких підсистем має передбачати одночасно як запровадження лікарського самоврядування та самоврядування в стоматології, так і активне впровадження в стоматології загальнодержавного контексту регулювання такої діяльності;

4) практична реалізація системи СДН охоплює: тактичний напрямок, спрямований на реалізацію її поточних функцій; стратегічний напрямок, орієнтований на розробку та реалізацію стратегії її розвитку в цілому.

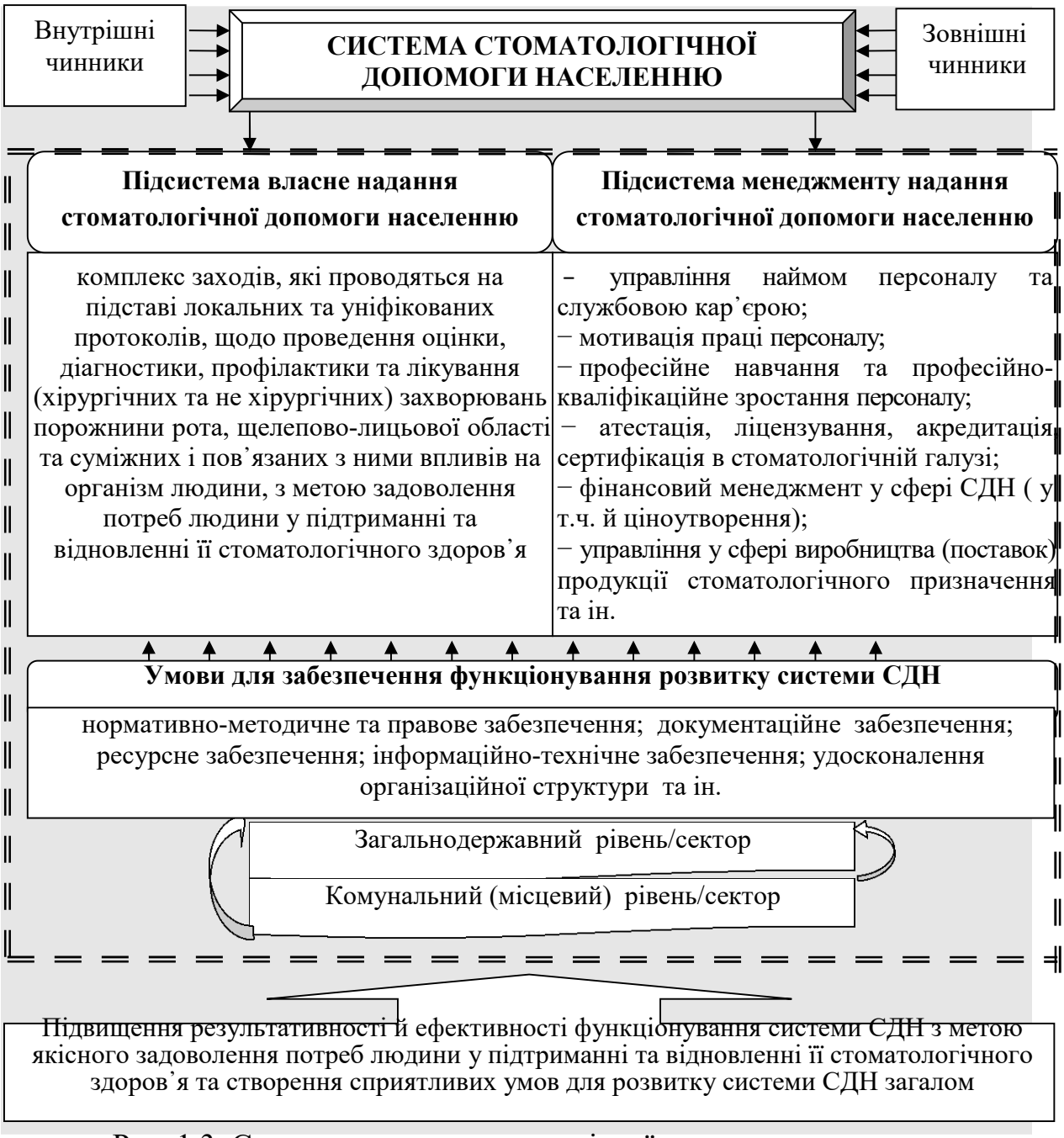


Рис. 1.3. Склад системи стоматологічної допомоги населенню [власна розробка автора [140]]

Отже, систему СДН доцільно розглядати у складі сфери охорони здоров'я як одну з підсистем соціальної політики суспільства, що взаємопов'язана з багатьма іншими підсистемами та інститутами соціуму. При цьому система СДН − відносно самостійна цілісна багаторівнева структурована сукупність взаємопов'язаних системних елементів (підсистема власне надання СДН та підсистема менеджменту надання СДН), що

знаходяться у відносинах координації, ієрархії, субординації, мають свої внутрішні і зовнішні функції, спрямовані на розробку й реалізацію заходів щодо якісного задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я.

У процесуальному контексті система СДН передбачає цілеспрямований, планомірний, безперервний суб'єктно-об'єктний вплив загальних і спеціалізованих інститутів на установи сфери СДН заради забезпечення громадян гарантованим правом на отримання якісної професійної стоматологічної допомоги.

Таким чином, стоматологічне здоров'я − частина системи загального здоров'я, що є великою цінністю як для окремої людини, так і для держави в цілому. Забезпечення стоматологічного здоров'я населення України виступає не лише одним із першочергових завдань у контексті проблематики загального здоров'я, а й залишається інтегральним показником загального рівня добробуту й культури населення та відображає рівень соціально-економічного розвитку суспільства.

При цьому, на наше переконання, основою сучасної соціальної парадигми в цій сфері має бути розуміння того, що СДН є не лише зобов'язанням держави перед суспільством щодо забезпечення доступності стоматологічних послуг, але й перспективним видом економічної діяльності. Саме тому профілактика стоматологічних захворювань та якісна стоматологічна допомога залишаються окремим соціальним пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я, який передбачає одночасну трансформацію стоматологічної діяльності із соціально-витратної у соціально-інвестиційну. Все це потребує формування нової, інноваційної траєкторії розвитку системи СДН, в реалізації якої вагома роль відводиться державі/використанню дієвих механізмів державного регулювання та пошуку нових стратегічних управлінських рішень в контексті реформування сфери охорони здоров'я України (у т.ч. й в умовах невизначеності/воєнного стану). У результаті з'являється потреба у встановленні необхідного співвідношення

суто ринкових механізмів, громадського/приватного та державного регулювання у сфері СДН.

У даному контексті зауважимо, що загалом ступінь державного втручання у процеси, які відбуваються на ринку медичних послуг, обґрунтована чинною моделлю системи охорони здоров'я. Ринкова модель охорони здоров'я, що базується на принципах вільної конкуренції властива переважно для нерегульованого ринку. Централізований ринок є керованим. На такому ринку відносини продавця (медичної установи) і покупця (пацієнта) знаходяться під контролем держави, що визначає їх дії у вигляді розпорядчих вказівок із приводу виробників медичних послуг, їх кількості, обсягу та ціни. Регульований ринок діє в умовах ринкової економіки. В особі державних, регіональних, місцевих органів влади держава встановлює загальні правила поведінки учасників ринку. Взаємодія між державою та іншими суб'єктами ринку здійснюється за допомогою договорів, угод, державних замовлень, контрактів, державних субсидій і дотацій. Щодо впливу на ринок споживач (пацієнт) має вирішальне слово [152] (рис. 1.4).

Клименко О. також відстоює позицію, що "державне регулювання медичної діяльності має здійснюватися таким чином, щоб пацієнт, опинившись у медичному закладі, що відповідає державним вимогам, отримав якісну допомогу або послуги та в разі негативних результатів лікування через наявність чітко регламентованих понять, що характеризують порушення у сфері медичної діяльності, мав підстави захистити свої права в суді, медичному арбітражі при третейському суді, залучати до цього медіатора або омбудсмена та відновити свої права й отримати компенсацію за збиток від медичної організації. Лише за такого підходу цикл регулювання медичної діяльності державою можна вважати завершеним" [83, с. 10].

З огляду на викладене, та, враховуючи, що формування сучасної філософії державного управління передбачає її переорієнтацію з керування на регулювання і надання послуг [144, с. 5], предметом нашого подальшого дослідження виступає саме державне регулювання системи СДН в Україні.

Рис. 1.4. Правила для систем охорони здоров'я XXI ст. [13]

Відзначаючи досить широкий спектр наукових досліджень з питань державного регулювання загалом (див. параграф 1.1.), зауважимо, що СДН, будучи специфічним видом професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, визначає свої особливості державної політики в цій сфері.

Під терміном "державна політика" надалі будемо розуміти сукупність дій уряду та його територіальних органів на місцях, яка спрямована на забезпечення функціонування та ефективний розвиток всіх сфер життєдіяльності суспільства, розв'язання проблем, що виникають, і визначення шляхів удосконалення та розвитку. Державну політику здійснює виконавча влада (цілісний комплекс державних установ, які реалізують владно-політичні та адміністративно-організаційні функції на різних рівнях – апарат державного управління) [240].

У свою чергу, важливим напрямом державної політики виступає державна регуляторна політика у сфері господарської діяльності (далі − державна регуляторна політика), яка спрямована “на вдосконалення правового регулювання господарських відносин, а також адміністративних відносин між регуляторними органами або іншими органами державної влади та суб’єктами господарювання, недопущення прийняття економічно недоцільних та неефективних регуляторних актів, зменшення втручання держави у діяльність суб’єктів господарювання та усунення перешкод для розвитку господарської діяльності, що здійснюється в межах, у порядку та у спосіб, що встановлені Конституцією та законами України” [176].

Власне поняття “державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню” є базовим поняттям даного дисертаційного дослідження та розглядається нами як складна категорія, що обумовлено, перш за все, особливостями управлінської діяльності, яка реалізується органами державної влади, якістю конкурентного середовища, а також ефективністю господарської діяльності суб’єктів системи СДН у динамічно мінливих умовах вищезгаданого конкурентного середовища.

Враховуючи вищевикладене та результати досліджень параграфу 1.1, державне регулювання системи СДН надалі пропонуємо розглядати як вплив держави (органів державного управління та/або уповноважених державою суб’єктів) на створення інституційно-правових, соціально-економічних та ін. передумов, необхідних для забезпечення/впорядкування діяльності в ССДН, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики в цій сфері (сфері охорони здоров’я). При цьому вплив органів державного управління та/або уповноважених державою суб’єктів на суспільно-економічні відносини в системі СДН здійснюється за допомогою сукупності взаємопов’язаних форм, принципів, інструментів/ засобів, методів і важелів державного регулювання.

Надалі більш детально розглянемо сутність державного регулювання у системі СДН. Як відзначав давньогрецький філософ Арістотель, благо

повсюди залежить від дотримання двох умов: правильного встановлення кінцевої мети усякого роду діяльності і винайдення відповідних засобів, що ведуть до кінцевої мети [9, с. 155]. Тобто саме правильно визначена мета виступає тим системоутворюючим фактором, що зумовлює діяльність системи та її головну властивість – цільове призначення. Звідси метою державного регулювання системи СДН є створення сприятливих передумов, необхідних для забезпечення/впорядкування діяльності в такій системі, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики в цій сфері.

Реалізація означеної мети значною мірою визначатиме місію державного регулювання системи СДН, а саме − якісне задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я.

Водночас головна мета державного регулювання системи СДН визначає його завдання та функції, що відображають об'єктивні тенденції, соціальні та економічні закони, рекомендації теорії управління у сфері СДН загалом.

Завдання є невід'ємним елементом державного регулювання системи СДН. Їх правильне формування забезпечуватиме результативність та ефективність функціонування системи СДН, взаємозв'язок ідентифікованих вище системних елементів (див. рис. 1.3) та її загальну дієвість.

Наукові пошуки в колі даної проблеми дозволили нам виокремити ряд завдань державного регулювання системи СДН, серед яких завдань найбільш значущими є такі:

− встановлення конкурентних "правил гри" в системі СДН за допомогою розробки й затвердження регуляторних нормативно-правових актів (законів, програм розвитку, стандартів та ін.), а також погодження документів професійного самоврядування стоматологів, що спрямовані на формалізацію та оптимізацію взаємовідносин у ланцюгу "пацієнт – стоматолог – стоматологічний заклад – громадське об'єднання стоматологів – органи публічного управління";

– виявлення потреб населення у стоматологічних послугах з урахуванням досягнення оптимального балансу публічних і приватних інтересів у сфері СДН та забезпечення їх реалізації у правовому полі;

– сприяння інноваційному розвитку системи СДН та забезпеченню населення якісними стоматологічними послугами;

– забезпечення цільового та прозорого розподілу та використання бюджетних коштів у системі СДН (повне/часткове бюджетне фінансування: підготовки, перепідготовки й підвищення кваліфікації стоматологів і допоміжного персоналу стоматологічних закладів; витрат на утримання стоматологічних клінік державної та комунальної форм власності, а також розвиток їхньої матеріально-технічної бази; компенсування витрат на надання такої допомоги соціально незахищеним верствам населення та ін.);

– здійснення нагляду за дотриманням законодавства в сфері СДН (зокрема за процесами ціноутворення, атестації, ліцензування, акредитації та сертифікації у сфері стоматологічної діяльності; у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення (наприклад, обмеження або заборона нелегітимних ліків тощо);

– удосконалення організації та керування у сфері СДН, а також стимулювання розвитку системи безперервного професійного й особистісного розвитку персоналу у сфері СДН (у т.ч. й підвищення кваліфікації), визначення кількісних та якісних параметрів підготовки (у т. ч. за бюджетні кошти) для надання сучасних стоматологічних послуг) та ін.;

– забезпечення ефективного соціального захисту як працівників у сфері СДН, так і забезпечення державою гарантованої безкоштовної СДН;

– посилення соціального діалогу щодо здійснення державної політики в системі СДН та підвищення на цій основі рівня суспільної довіри до функціонування такої системи з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров’я та балансу у взаєминах “стоматолог-пацієнт” (ефективна профілактика хвороб, доступна та якісна діагностика та лікування та ін.);

– поліпшення міжнародного співробітництва у сфері СДН та ін.

З огляду на визначені вище завдання, потребують уточнення функції (від лат. functio – виконання, здійснення, а також діяльність, обов'язок, призначення, роль) державного регулювання системи СДН.

Функції державного регулювання системи СДН – це самостійні та якісно однорідні складові, об'єднані між собою єдиною метою, особливостями реалізації, за допомогою яких реалізуються мета та завдання державного регулювання такої системи (мета ↔ завдання для виконання ↔ функція, як процес вирішення завдання).

Проведені дослідження дозволяють ідентифікувати такі основні функції державного регулювання системи СДН, як:

– нормативно-правова (організуюча) функція;

– цільова функція (планування);

– стимулююча/ стримуюча функція;

– розподільча функція;

– наглядово-дорадча (контролююча) функція;

– функція соціалізації СДН;

– інформаційно-комунікативна функція.

Більш детально означені функції будуть досліджені в параграфі 3.3.

Важливо зауважити, що вищезгадані функції державного регулювання системи СДН тісно взаємопов'язані та можуть призвести до бажаного ефекту лише тоді, коли вони співпрацюють комплексно.

Оскільки концепція системи СДН як складової сфери охорони здоров'я органічно поєднує в єдиний ланцюг такі категорії як суб'єкт, його дії та об'єкт цих дій, вона дає можливість відстежити послідовність управлінського впливу держави на всі вказані складові системи СДН як об'єкта державного регулювання. Будучи скерованою безпосередньо на відповідні об'єкти системи СДН, владно-організуюча діяльність держави призводить до бажаних для держави/суспільства змін в стоматологічній діяльності загалом.

Відповідно державне регулювання в системі СДН здійснюється такими суб'єктами як органи державного управління та/або уповноважені державою

суб'єкти − представницькі, виконавчі, судові. Провідне місце у цьому процесі належить, беззаперечно, апаратові держави, на який покладено завдання проведення державної політики в галузі регулювання сфери охорони здоров'я загалом та системи СДН у тому числі. Більш детально це питання буде досліджено в параграфі 2.2.

Об'єкт державного регулювання в ССДН − складно структурований, оскільки представлений переліком питань (проблем, активів), необхідних для реалізації політики у сфері СДН. Зокрема, серед них відзначимо:

1) матеріальні ресурси/об'єкти:

а) власне заклади охорони здоров'я (у т.ч. й юридичні особи, що забезпечують надання стоматологічних послуг, серед них: "лікувально-профілактичні заклади, які мають стоматологічні відділення (кабінети); приватні стоматологічні клініки та кабінети" [122, с. 130]; "стоматологічні кабінети в комунальних лікарнях, диспансерах, жіночих консультаціях, школах і дошкільних установах, вищих і середніх спеціальних навчальних закладах; стоматологічні відділення (кабінети) в територіальних поліклініках при медико-санітарних частинах і здоровпунктах підприємств" [132])); лікарські засоби та основні засоби у сфері СДН;

б) навчальні заклади, що здійснюють підготовку фахівців стоматологічного профілю в країні;

в) виробники (постачальники) продукції стоматологічного призначення (обладнання, інструменти, витратні матеріали, ортопедична продукція та ін.);

г) "суміжники" (підприємства транспорту, зв'язку, торгівлі, страхові компанії, банківські установи; аптеки; та ін.);

2) людські ресурси:

а) персонал стоматологічних закладів/установ: фізичні особи, які безпосередньо надають стоматологічні послуги (лікарі-стоматологи); фізичні особи, які забезпечують надання стоматологічних послуг (керівники медичних закладів, зубні техніки, допоміжний персонал та ін.);

б) споживачі стоматологічних послуг (населення України, іноземці);

3) фінансові та інформаційні ресурси у системі СДН;

4) нематеріальні ресурси (службові зв'язки між суб'єктами системи СДН, відносини між пацієнтом і працівником у сфері СДН, професійний рівень медичного персоналу та ін.).

Однак головний об'єкт державного регулювання системи СДН представлений рівнем стоматологічного здоров'я населення та його станом, на який можна впливати й покращувати.

З викладеного вище, вбачається, що держава в процесі державного регулювання впливає далеко не на всі суспільні відносини, що виникають в суспільстві у результаті надання СДН, а лише на ту їх частину, що має найсуттєвіше значення для особи, суспільства і держави.

Ми повністю поділяємо наукову точку зору О. Бєляєва [18, с. 44], яка полягає в тому, що кожному історичному періоду реформ характерна власна, притаманна тільки йому, парадигма державного регулювання економіки, яку можна розглядати як сукупність елементів системи державного регулювання економіки, що сформувалися у певний період часу на певній території і представляють собою загальноприйнятий стандарт вирішення проблем загальнодержавного характеру.

Отже, вважаємо, що сучасній парадигмі державного регулювання системи СДН притаманні такі особливості:

1) результативне та ефективне функціонування системи СДН на інноваційних засадах в умовах реформування сфери охорони здоров'я не може обійтися без активної регулюючої ролі держави, яка виконує насамперед функції компенсатора недосконалостей ринкового механізму господарювання;

2) у процесі історичного розвитку системи СДН постійно змінюються моделі державного регулювання цієї діяльності, тобто трансформуються основні напрямки, форми, методи, інструменти та функції державного регулювання;

3) характер державного регулювання системи СДН залежить

насамперед від визначених пріоритетів соціально-економічного розвитку загалом та особливостей реформування сфери охорони здоров'я зокрема;

4) державне регулювання у сфері СДН носить системний характер, що пов'язано з наявністю у цій сфері відповідної структури, єдності зв'язків між елементами тощо;

5) у процесі державного регулювання держава контролює соціальну спрямованість діяльності у сфері СДН. Відповідно механізми державного регулювання системи СДН, як правило, вміщують вбудовані соціальні методи та інструменти (державні соціальні програми та гарантії, соціальне страхування, соціальна адаптація та реабілітація, соціальний розвиток тощо);

6) масштаби державного регулювання системи СДН, його конкретні форми, методи та функції суттєво відрізняються в різних країнах.

Таким чином, можемо стверджувати, що раціональне державне регулювання системи СДН не протистоїть механізму її ринкового регулювання (саморегулювання) й не підміняє його, а свідомо використовує його регулюючий потенціал, надає ринковим регуляторам цілеспрямований характер. У кінцевому підсумку це сприяє досягненню поставлених державою цілей і пріоритетів у сфері СДН з меншими економічними та соціальними витратами.

## 1.3. Уніфікація механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню: теоретичний аспект

Визначені у параграфі 1.2 функції державного регулювання системи СДН реалізуються за допомогою системи взаємопов'язаних механізмів такого регулювання. Адже, як зауважує Н. Обушна "…недостатньо мати матеріальні норми, розвинену систему законодавства, необхідно виокремлювати ще й чіткі механізми їх впровадження в життя, що повною мірою стосується і сфери публічного управління та адміністрування" [141, с. 100].

Дійсно численними науковими дослідженнями у сфері публічного управління та адміністрування доведено, що “самоорганізація властива тільки досить стійким системам і є малоефективною в період трансформаційних процесів, які супроводжуються якісною зміною взаємовідносин між суб’єктами й об’єктами державного управління” [244, с. 104]. У результаті подальше використання традиційних підходів до управління системою СДН не забезпечить її інноваційного розвитку та результативності й ефективності. Саме тому необхідно вдосконалити чинні та запровадити нові механізми її державного регулювання, а також забезпечити комплексність їх дії, що створить умови для подальшого дієвого саморегулювання певних процесів у системі СДН.

Оскільки державне регулювання ми розглядаємо як функцію державного управління, то відповідно й механізми державного регулювання виступають похідними від механізмів державного управління [244, с. 106]. Відповідно для визначення сутності, ознак та складу механізмів державного регулювання системи СДН потребує, насамперед, дослідження підходів до формування механізмів державного управління загалом, зміст яких вітчизняні та зарубіжні науковці розкрили досить глибоко й повно.

У контексті семантики походження дефініції “механізм” відзначимо, що в наукові літературі під “механізмом” (грец. μηχανή mechané − машина) найчастіше розуміють внутрішню побудову, систему чого-небудь, сукупність станів і процесів, з яких формується певне фізичне, хімічне та інше явище; переважно поняття “механізм” використовують у техніці як пристрій, який передає або перетворює рух [29, с. 665]. Зрозуміло, що наведені визначення сутності поняття “механізм” складно адаптувати до контексту прийняття та забезпечення реалізації державно-управлінських рішень у сфері державного регулювання системи СДН, “оскільки вони не передбачають можливості здійснення впливу на суспільні відносини за допомогою використання нормативно-правових, суспільно-політичних та інших засобів” [141, с. 100].

Враховуючи певну плутанину у визначенні сутності поняття “механізм” (система, ланки, елементи), Р. Рудніцька констатує, що механізм, це − деяка система, що визначає порядок певного виду діяльності. Відповідно до цього механізм управління як і будь-яка система управління, має складатись із двох підсистем – керуючої (суб’єкт) та керованої (об’єкт), які мають бути сумісними та повинні мати чітко гармонізовані цілі [215, с. 50].

Лауреат Нобелівської премії з економіки Л. Гурвіц [266] пропонує визначати механізм як форму взаємодії між суб’єктом і центром, що має трьох-стадійний характер (суб’єкт взаємодії посилає центру інформацію; центр, отримавши інформацію від усіх суб’єктів взаємодії, обчислює передбачуваний результат; центр повідомляє суб’єкту результат і забезпечує його реалізацію).

На сьогодні концептуальні засади механізмів державного управління висвітлено в численних наукових розробках. Проте, єдиного підходу щодо трактування сутності поняття “механізм державного управління/ регулювання” та визначення його складових елементів до цього часу так і не сформовано. У даному контексті ми погоджуємося з думкою С. Бронікової, яка таку різноманітність підходів пояснює низкою причин, серед яких:

1) складність власне феномену “механізм”;

2) наявність методологічного плюралізму дослідницьких інтерпретацій (які, безумовно, сприяють виявленню концептуальних ознак механізмів, але розшаровують, дифузують їх галузевий термінологічний статус);

3) багатозначність термінологічної кодифікації понять та певну неузгодженість родовидових операційних понять (ототожнення понять механізм держави, державний механізм, державний апарат, механізми управління державою);

4) механістична метафорика, яка часто призводить до подвійного осмислення ролі людської особистості в суспільстві [23, с. 22].

Водночас безспірним залишається той факт, що процес формування та реалізації механізмів державного управління/регулювання відбувається в

тісній взаємодії суб'єкта управління та об'єкта управління, в єдності відносин і діяльності, а їх функціонування – в певній системі (підсистемі). Сукупність складових і порядок функціонування механізмів державного управління визначається метою, засобами впливу на об'єкт, зв'язками між елементами системи, наявністю ресурсів, можливостями та конкретними умовами середовища [70, с. 421].

Вітчизняні науковці найчастіше під механізмами державного управління розуміють способи розв'язання суперечностей явища чи певного процесу в державному управлінні, послідовну реалізацію дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних форм і методів управління [71, с. 375-376].

На думку В. Авер'янова, саме через механізм державного управління здійснюється реалізація влади (владних відносин) [52]. При цьому механізм державного управління дослідник визначає як сукупність відповідних державних органів, організованих у систему для виконання цілей (завдань) державного управління відповідно до їх правового статусу, та масив правових норм, що регламентують організаційні засади та процес реалізації вказаними органами свого функціонального призначення [52].

Енциклопедія державного управління пропонує механізм державного управління визначати як практичні заходи, засоби, важелі, стимули, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей [70].

Професор В. Бакуменко [11, с. 116−117] також переконує, що механізми державного управління доцільно розглядати як практичні заходи, засоби, важелі, стимули за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей. При цьому реальний механізм завжди конкретний і здійснюється з використанням наявних ресурсів. Він може бути

відображений наступною схемою: цілі → рішення → впливи → дії → результати. Згідно з характером факторів впливу, на процеси державного управління, виокремлюють політичні, економічні, соціальні та правові механізми [11, с. 116−117].

Схожий "ланцюговий" підхід до ідентифікації механізмів державного управління ("правові норми – методи – засоби – інструменти" державного впливу на об'єкт управління") знаходимо і в наукових працях Р. Рудніцької, О. Сидорчука, О. Стельмаха [215], та ін. Враховуючи підхід В. Авер'янова, згадані науковці [215] роблять логічне припущення, що виникнення відносин влади відбувається у два етапи: спочатку певний інтерес певної суспільної групи проходить через певний механізм, перетворюється в суспільно-значиму політичну волю (суспільну ціль, мету, завдання), а вже потім – через механізм реалізації ця суспільно значима воля трансформується у суспільні відносини влади. З огляду на це, будь-яка суспільна влада включає як відповідні суспільні відносини формування та реалізації соціальної влади, так і механізми виникнення зазначених відносин [215, с. 54]. Слід зазначити, що й ми розділяємо та підтримуємо цю позицію, вважаючи за необхідне внести певні уточнення термінологічної сторони питання.

Водночас, вважаємо за доцільне підтримати й позицію М. Орлів, яка констатує, що в сучасній науковій літературі є два основні підходи до визначення механізмів державного управління та регулювання:

1) структурно-організаційний, який фокусується на сукупності елементів, що формують організаційну структуру механізму (структуру системи у статиці);

2) структурно-функціональний, який відображає функціонування та динаміку механізму [146].

У контексті означених підходів у табл. 1.4 систематизуємо основні визначення сутності поняття "механізм державного управління/регулювання" у науковому дискурсі.

*Таблиця 1.4*

**Підходи до визначення сутності та складу механізму державного управління/регулювання у науковому дискурсі***

| Підхід | Автор, джерело | Сутність і складові механізму державного управління/регулювання |
|---|---|---|
| Структурно-організаційний (фокусується на сукупності елементів, що формують організаційну структуру механізму (структуру системи у статиці)) | В. Авер'янов,О. Андрійко, І. Голосніченко [53, с. 39] | У широкому розумінні: система органів виконавчої влади та сукупність правових норм їх функціонування і розвитку. |
| | В. Бакуменко [11, с. 116-117] | Практичні заходи, засоби, важелі, стимули за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей. |
| | О. Чечель [244, с. 109] | Цілі, завдання, принципи, функції, суб'єкти і об'єкти, методи і форми |
| | В. Малиновський [103] | Сукупність засобів організації управлінських процесів та способів (методів) впливу на розвиток керованих об'єктів. |
| | О. Федорчак [238, с. 9] | Методи, важелі, інструменти, політику, правове, нормативне та інформаційне забезпечення. |
| | О. Амосов [7, с. 26] | Суб'єкти і об'єкти, нормативно-правове, організаційне, інформаційне і фінансово-економічне забезпечення, функції, форми, методи, засоби, принципи, інструменти та пріоритети. |
| Структурно-функціональний (відображає функціонування та динаміку механізму) | Енциклопедичний словник з державного управління [70,с.421] | Способи розв'язання суперечностей явища чи процесу в державному управлінні, послідовну реалізацію дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних їй форм і методів управління. |
| | С. Домбровська [67, с. 138] | Процес організації практичного здійснення державного управління з урахуванням об'єктів, суб'єктів управління та взаємовпливу між ними. |
| | Л. Приходченко [159, с. 108] | Організація каналів прямих та зворотних зв'язків з метою приведення об'єкту управління до бажаного стану. |
| | В. Федоренко [157] | Система, призначена для практичного здійснення державного управління та досягнення поставлених цілей, яка має певну структуру, методи,важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням |

*Джерело: узагальнено автором на основі [7; 11; 53; 67; 70; 103; 157; 159; 244; 238]

Погоджуючись із принциповими позиціями вищезгаданих визначень, під "механізмом державного управління/регулювання" пропонуємо розуміти відкриту систему взаємопов'язних елементів управління (форми, принципи, інструменти/засоби, методи та важелі впливу, а також взаємопов'язані процеси і ресурси), спрямовану на реалізацію функцій держави та на забезпечення суспільного добробуту.

При цьому будь-який “механізм є інтегральним елементом” [260], тобто має бути вбудований у соціально-економічну систему та взаємодіяти із внутрішнім та зовнішнім середовищем. Окрім того, кожен механізм державного регулювання має проблемний і ціннісний виміри, сформований відповідно до функції державного регулювання, що визначає його ціль [260].

Як засвідчує практика, сучасні механізми державного регулювання системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров’я загалом більше носять функціональний характер, тому визначати їх сутнісне наповнення доцільно все-таки з позиції структурно-функціонального підходу. Хоча, модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН (розглянута буде у параграфі 3.3) потрібно спочатку сформувати як систему елементів (за структурно-організаційним підходом) для відображення форм, методів та засобів регулювання, його суб’єктів і об’єктів, а вже потім – кожний конкретний механізм, що забезпечує реалізацію певної функції державного регулювання у сфері СДН, розглянути за структурно-функціональним підходом.

Отже, сутність терміна “механізм державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню” пропонуємо інтерпретувати як відкриту соціально-орієнтовану систему, елементи якої (форми, принципи, методи, інструменти/засоби та важелі впливу, а також взаємопов’язані процеси і ресурси) мають характер стійких взаємозалежностей і причинно-наслідкових зв’язків, що забезпечують цілеспрямований регулюючий вплив держави та уповноважених нею суб’єктів на суспільні відносини в системі СДН (забезпечення/ впорядкування діяльності в системі СДН).

У системі СДН державне регулювання, в основному, передбачає встановлення загальних правил і порядку здійснення стоматологічної діяльності, зокрема надання стоматологічної допомоги, відповідальності за дотримання цих правил, включає вплив держави та її органів на діяльність стоматологічних закладів. На наше переконання, таке державне регулювання

повинно базуватися на легітимно визначеній стратегії суспільного розвитку, державних медичних програмах (у т. ч. й у стоматологічній сфері), медичних стандартах та механізмах обов'язкового їх виконання, публічному контролі та адміністративно-правовому примусі та ін.

При цьому в арсеналі впливу на суспільні відносини у сфері надання СДН у держави, крім правових, активно використовуються й інші засоби регулювання − організаційні, фінансові, кадрові та ін. Тому, вважаємо, що в основу механізмів державного регулювання відносин у сфері СДН мають бути покладені національна бюджетно-податкова, грошово-кредитна, інноваційно-інвестиційна, науково-технічна політики тощо.

Узагальнення вищевикладеного дозволяє уніфікувати такі базові механізми державного регулювання системи СДН як (рис. 1.5):

1) Інституційно-правовий механізм. Він є ключовим управлінським механізмом, що чинить вагомий вплив на інституційно-функціональну діяльність у сфері державного регулювання системи СДН. Даний механізм має забезпечувати як належне правове регулювання взаємовідносин, що виникають у процесі організації та надання СДН, так і сприяти упорядкуванню структурних зв'язків між елементами системи, вибудуючи відповідну ієрархію. Інституційно-правовий механізм є найбільш містким та представлений такими компонентами:

а) інституційна компонента: система інституцій, що зорієнтовані на реалізацію функцій державного регулювання у сфері СДН; неформальні домовленості, традиції, що склалися в рамках суспільних відносин у сфері СДН. Дана компонента тісно пов'язана з правовими нормами, що визначають спроможність інститутів і регламентують організаційно-інституційну структуру досліджуваної системи, та призвана забезпечувати функціонування й координацію суб'єктів державного регулювання системи СДН.

б) правова компонента: є складовою механізму державного регулювання, який формує зовнішні межі системи СДН. Представлена комплексом взаємопов'язаних нормативно-правових актів (юридичних

засобів/ інструментів), які мають визначати: стратегію розвитку системи СДН; концепцію розвитку системи СДН, основні її завдання та результати; ліцензійні умови здійснення стоматологічної діяльності; умови навчання та підвищення кваліфікації, сертифікації осіб, що мають намір займатися/ займаються стоматологічною діяльністю; правила оподаткування у сфері СДН тощо. Відповідно до складу виокремленої компоненти пропонується включити зафіксовані й законодавчо закріплені норми організації та здійснення СДН (закони, постанови, інструкції, методики та ін.).

2) Ресурсний механізм. Він визначає вплив органів управління на процес та структуру формування, накопичення, зберігання, використання та відчуження ресурсів (кадрових, матеріальних, фінансових, інформаційних), які у взаємодії здатні забезпечити успішний розвиток системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я загалом.

Ресурсний механізм включає:

а) кадрову компоненту: має сприяти формуванню кадрового забезпечення у сфері надання СДН (враховуючи формування кадрового потенціалу), а також створювати умови для формування та постійного вдосконалення професійної компетентності персоналу у сфері надання СДН. У даному випадку мова йде не лише про діяльність, що спрямована на безперервне виконання функцій, пов'язаних з пошуком, добором та розстановкою кадрів, правовим регулюванням їх трудової діяльності у сфері СДН, а й про діяльність, що пов'язана з підготовкою та розвитком кадрового потенціалу у сфері СДН (оцінка/атестація, контроль, професійне навчання, підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації та ін.).

При цьому під кадровим потенціалом розуміємо стійку сукупність явних здатностей людини (психологічні, фізіологічні, професійні, соціальні, управлінські тощо) та прихованих/ потенційних її можливостей, які є обмеженими темпорально (італ. tempo, від лат. tempus – час) та просторово, піддаються відповідному вимірюванню й можуть бути використані для досягнення заданих цілей [273, p. 50];

б) фінансово-економічна компонента: представлена сукупністю фінансово-економічних форм, методів, важелів та інструментів (розробка фінансових нормативів, аналіз собівартості послуг, вибір економічно оптимального варіанта лікування у кожному випадку без шкоди для якості та ін.), за допомогою яких розподіляють і використовують фінансові ресурси державного і місцевих бюджетів, органів влади, міжнародної технічної допомоги тощо відповідно до визначених пріоритетів та потреб у системі СДН. Як відомо, стоматологічна діяльність є високозатратною, а тому фінансове забезпечення розвитку системи СДН, у першу чергу, із джерел державного та місцевих бюджетів, громадських організацій і фондів, грантів та ін. має свою специфіку;

в) інформаційно-комунікативну компоненту: представлена комплексом інструментів і методів інформаційно-методичного забезпечення функціонування і розвитку системи СДН. Воно детермінує ефективність і якість комунікацій у системі СДН, а також можливість залучення громадськості до їх здійснення. Необхідність виокремлення такої компоненти пояснюється й тим, що на сьогодні існує безпосередня залежність між якістю інформаційного забезпечення управління й загальним рівнем результативності й ефективності функціональної діяльності всієї системи СДН. Тобто можемо стверджувати однозначно, що в умовах сучасних суспільних викликів інтеграція знань у коло інформаційного простору та комунікативна обізнаність є необхідною умовою професійної діяльності у сфері СДН.

3) Науково-дослідний механізм. Виступає базою для інновацій у системі СДН. Представляє собою наукову діяльність, спрямовану на дослідження явищ, процесів у сфері СДН з метою напрацювання нових знань, форм, методів, стандартів і технологій, які мають підвищувати її результативність й ефективність. Даний механізм включає представлений такими компоненти:

а) науково-фундаментальна компонента: наукова теоретична та (або) експериментальна діяльність, спрямована на одержання нових знань про закономірності функціонування та розвитку системи СДН;

б) науково-прикладна компонента (наукова діяльність, спрямована на одержання і використання знань для практичних цілей у процесі надання СДН).

Рис. 1.5. Механізми державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню та їх складові [власна розробка автора]

Як правило, ідентифіковані вище механізми державного регулювання системи СДН діють у комплексі. У зв'язку з цим відзначимо, що в "Енциклопедії державного управління" питання щодо комплексності механізмів державного управління згадується досить поверхнево: "…залежно від засобів, які використовуються у конкретних механізмах державного управління, вони можуть бути політичними, економічними, соціальними,

організаційними та правовими, а також комплексними відповідно до основних сфер суспільної діяльності" [70].

При цьому В. Бакуменко та Д. Безносенко в Словнику-довіднику з державного управління комплексний механізм державного управління визначають як "систему політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління" [11], тобто такий, що включає в себе одночасно декілька механізмів.

У даному контексті О. Труш констатує, що "реалізація державної політики здійснюється за допомогою комплексного механізму державного управління, який включає набір окремих механізмів, що дає змогу реалізувати конкретний напрям державної політики відповідно до сфер суспільної діяльності" [235]. Аналогічний підхід щодо визначення сутності та складу комплексного механізму державного управління/регулювання використано й у працях Н. Нижник та В. Олуйка [53], О. Федорчак [238], Р. Рудніцької [215] та ін.

У рамках даного дисертаційного дослідження модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН ми пропонуємо розглядати як цілісну систему, яка визначає особливості державного регулювання у сфері СДН, що опосередковуються вищеідентифікованими механізмами державного регулювання (інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний), а також формує дієвий взаємозв'язок між усіма суб'єктами державного регулювання системи СДН.

Більш детально сутність комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні буде досліджена у параграфі 3.3.

Резюмуючи викладене вище, зауважимо, що ідентифіковані в роботі механізми державного регулювання системи СДН (інтегративно взаємодіють між собою, оскільки вони:

1) виступають продуктом організованої людської діяльності та детермінуються принципами, формами, засобами та методами державного управління;

2) ґрунтуються на науково-методичному та ресурсному забезпеченні державного управління;

3) обумовлюються державною політикою у сфері охорони здоров'я загалом та в системі СДН у тому числі, зокрема щодо якості освіти, кадрового менеджменту, соціального захисту та ін.;

4) відчувають вплив зовнішнього середовища, зокрема міжнародних інститутів та інститутів громадянського суспільства тощо.

Таким чином, ідентифіковані механізми державного регулювання системи СДН, мають забезпечити зміцнення цілісності відповідної концептуальної системи, сприяти реалізації функцій її державного регулювання та обумовити реалізацію інтересів об'єкта та суб'єкта системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я загалом з цілевизначальним характером впливу на її результативність та ефективність.

**Висновки до розділу 1**

**1.** Проаналізовано стан дослідження феномену "державне регулювання" в науковому дискурсі та розвинено понятійно-категорійний апарат у цій сфері. Зокрема, базові дефініції досліджено, виходячи із трьох проекцій, а саме: 1-ша включає систему первинних і взаємопов'язаних понять ("управління", "менеджмент" та "регулювання"), які в сукупності впливають на змістовне наповнення поняття "державне регулювання"; 2-га представлена поняттями "державне управління" та "державне регулювання", що часто в науковій літературі використовуються як синоніми, проте, не є такими; 3-тя включає поняття, що відображають суть категорійних та змістовних трансформацій сучасного державного управління, а саме − "публічне управління" та "публічне адміністрування".

На цій підставі запропоновано розглядати “державне регулювання” як сукупність цілеспрямованих напрямів, форм, інструментів/засобів і методів впливу органів державного управління та уповноважених державою суб’єктів для реалізації державної політики (у відповідній сфері), що спрямовані на її стабілізацію, реагування на нові виклики задля забезпечення результативності й ефективності її функціонування, стратегічного розвитку та запровадження механізмів саморегулювання. У результаті такого підходу державне регулювання розглядається як похідна категорія від державного управління, а саме як :

1) визначальна функція державного управління, що тісно пов’язана з іншими управлінськими функціями (організація, планування, координація і контроль), тому їх не завжди вдається розмежувати;

2) особливий різновид впливу держави (практичний, організуючий, координуючий, владний, цілепокладаючий, контролюючий та регулюючий тощо.

При цьому доведено тісний взаємозв’язок понять “державне управління”, “державне регулювання”, “публічне управління” та “публічне адміністрування” й одночасно унеможливлено використання цих понять як синонімів, оскільки всі вони мають характерні відмінні особливості. Адже розвиток управлінських відносин від владного імперативного керування суспільними процесами до створення умов і надання якісних адміністративних послуг, прагнення до балансу публічних і приватних інтересів членів суспільства спричинили трансформаційні зміни від “державного управління”, “державного регулювання” до більш всеохоплюючих “публічного адміністрування” і “публічного управління”.

**2.** Уточнено склад і структуру системи стоматологічної допомоги населенню як об’єкта державного регулювання у сфері охорони здоров’я. Сучасну систему СДН у роботі представлено у вигляді таких ваємопов’язаних структурних підсистем:

1) підсистема власне надання стоматологічної допомоги населенню, метою якої є покращення стоматологічного здоров'я населення за рахунок задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я;

2) підсистема менеджменту надання СДН, метою функціонування якої є не лише покращання стоматологічного здоров'я населення, а й створення сприятливих передумов для розвитку системи СДН загалом. Означене уможливлюється завдяки узгодженню інтересів функціонування таких складових підсистеми СДН, як: управління наймом персоналу; мотивація праці персоналу; професійне навчання та професійно-кваліфікаційне зростання персоналу; атестація, ліцензування, акредитація, сертифікація в стоматологічній галузі; ціноутворення у сфері СДН; управління у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення та ін.

На цій підставі уточнено особливості системи СДН як системного утворення та доведено об'єктивну необхідність формування нової, інноваційної траєкторії розвитку системи СДН, в реалізації якої вагома роль відводиться використанню дієвих механізмів державного регулювання та пошуку нових стратегічних управлінських рішень в контексті реформування сфери охорони здоров'я України (у т.ч. й в умовах невизначеності/воєнного стану). З огляду на це, державне регулювання системи СДН запропоновано розглядати як вплив держави (органів державного управління та/або уповноважених державою суб'єктів) на створення базових передумов, необхідних для забезпечення/впорядкування діяльності в системі СДН, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики в цій сфері (сфері охорони здоров'я). Наголошено, що вплив органів державного управління та/або уповноважених державою суб'єктів на суспільно-економічні відносини в системі СДН здійснюється за допомогою сукупності взаємопов'язаних форм, принципів, інструментів/ засобів, методів і важелів державного регулювання.

**3.** Обґрунтовано механізми державного регулювання системи СДН з позиції їх складу й особливостей. Для цього механізм державного регулювання системи СДН інтерпретовано як відкриту соціально-орієнтовану систему, елементи якої (форми, принципи, методи, інструменти/ засоби та важелі впливу, а також взаємопов'язані процеси і ресурси) мають характер стійких взаємозалежностей і причинно-наслідкових зв'язків, що забезпечують цілеспрямований регулюючий вплив держави та уповноважених нею суб'єктів на суспільні відносини у системі СДН. Встановлено, що державне регулювання системи СДН передбачає застосування ряду механізмів державного регулювання, а саме інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного, які у своїй сукупності уможливлюють реалізацію функцій державного регулювання в такій системі в умовах реформування сфери охорони здоров'я загалом.

Основні положення розділу дисертаційної роботи відображені в таких працях автора: [104; 107; 113; 116; 118; 140].

# РОЗДІЛ 2
# ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

## 2.1. Ґенеза системи стоматологічної допомоги населенню та необхідність її реформування

СДН в Україні − один із наймасовіших видів медичної допомоги (до 10% у секторі медичної допомоги загалом [148]), що розвивається надзвичайно динамічно в конкурентному середовищі медичних послуг. За кількістю лікарів і відвідувань пацієнтів стоматологія займає друге місце серед усіх медичних спеціальностей [151]. При цьому вітчизняна система СДН має свої особливості, а саме має "чітко виражену медичну, біологічну, організаційно-економічну й публічно-управлінську специфіку" [124, с. 3]. Тому вона фактично вже функціонує як окрема підгалузь охорони здоров'я, що відповідає практиці більшості європейських країн.

Зауважимо, що становлення стоматології як медичної спеціальності на теренах України відбулося приблизно на зламі XIX-XX століть. При цьому стоматологічна допомога в Україні в ці часи була представлена приватними зуболікарськими школами. Так, наприкінці XIX ст. в Україні відкриваються перші зуболікарські школи (Т. Тичинським (1893 рік) та І.. Марголіним (1896 рік) у м. Одесі, лікарями Л. Головчинером, С. Лур'є та О. Плінером (1898 рік) у м. Києві) та засновуються перші зуболікарські товариства, метою утворення яких була побудова взаємозв'язку між професорами медичних факультетів та практичними лікарями.

Разом із цим активно починають створюватись аналогічні приватні школи в м. Харкові, м. Катеринославі, м. Львові, де стоматологію починають викладати переважно фахівці з вищою медичною освітою.

У той час зуболікарську допомогу надавали зубні лікарі та дантисти. Ці спеціалісти не мали загально-медичної освіти та не вважалися лікарями.

Зубні лікарі навчалися в приватних зуболікарських школах протягом 2,5 року за затвердженими програмами, після чого мали складати іспит на медичному факультеті. Дантисти навчалися за індивідуальною програмою в приватних зуболікувальних кабінетах з подальшим складанням іспиту комісії при університеті. Дантисти мали право лікувати тільки зуби, а зубні лікарі до того ж ще й захворювання порожнини рота. Разом із тим на той час надавали допомогу й лікарі з вищою освітою, які спеціалізувалися на зуболікарській допомозі, щелепно-лицевій хірургії, – одонтологи [99, с. 72].

Як правило, зуболікарські амбулаторії для простих людей утримувалися на пожертви меценатів та не мали адміністративного підпорядкування. Наприкінці XIX ст. в м. Києві надавали безкоштовну невідкладну стоматологічну допомогу в нічні години, а робота зубних лікарів оплачувалася за рахунок доброчинних пожертв [101].

З другої половини XIX ст. лікуванням людей опікувалися земства, що було неможливе без відповідної фахової освіти та підготовки медичних кадрів. Відповідно, держава розвивала вже існуючі та створювала нові медичні факультети при університетах. Медичні університети відігравали значну роль у формуванні професійного середовища та були центрами просвіти [99, с. 72].

У 1919 році в м. Києві створено Державний Зуболікарський Інститут (у результаті об’єднання трьох приватних зуболікарських шкіл), де навчання тривало протягом 4 років; у 1920 році − одонтологічний факультет при Київському медичному інституті, в 1921 році − при Харківському та кафедра одонтології при Одеському медичних інститутах, в 1928 році − кафедри стоматології при Київському, Харківському, Одеському інститутах вдосконалення лікарів; у 1927 році засновано нині діючий Інститут Стоматології в м. Одесі, який діяв як установа Міністерства Охорони Здоров’я УРСР [30]. Отже, в цей період зуболікарську освіту фактично було передано до медичних факультетів університетів.

У даному контексті нагадаємо, що дійсно радикальні зміни в освіті та організації надання практичної зуболікарської допомоги відбулися після Жовтневої революції, коли в Україні було запроваджено систему охорони здоров'я М. Сємашка, який пропагував наступне: "Ми маємо реальну можливість побудувати нашу медичну систему, … і ми скоро покінчимо з ганебним (і для тих, хто дає, і для тих, хто бере) пережитком капіталістичного ладу − приватною практикою" [44].

Створення державної системи організації та регулювання стоматологічної служби України започатковано наказами Народного комісаріату охорони здоров'я України за № 3 від 05.04.1920 року "Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я" та № 4 від 10 квітня 1920 року "Про організацію державної зуболікарської допомоги" [97]. Законодавчими актами запроваджено принципово нову організаційно-економічну модель СДН, згідно якої:

а) стоматологія як галузь медицини стала невід'ємною складовою частиною медичної допомоги, що побудована на засадах доступності, кваліфікованості, комплексності і профілактики захворювань;

б) приватні зуболікарські клініки було реорганізовано в державні заклади, що надавали стоматологічну допомогу, з метою надання безоплатної кваліфікованої допомоги населенню.

Таким чином, із 1919 року починається новий історіографічний період державного регулювання процесів формування та розвитку Української наукової стоматологічної школи, особливостями якого є таке:

− стоматологія в Україні визнається невід'ємною складовою медицини та стає галуззю медицини, що використовує її наукові та практичні досягнення, застосовує нові науково обґрунтовані методи діагностики, профілактики та лікування захворювань порожнини рота;

− для побудови нової системи медичної допомоги (у т.ч. й стоматологічної допомоги населенню) запроваджувалася націоналізація приватних лікарень та руйнування приватної лікарської практики;

− у сфері нової організаційно-економічної моделі стоматологічної допомоги запроваджуються основні постулати соціалістичної системи охорони здоров'я − принципи загальнодоступності, безоплатності, кваліфікованості та комплексності медичної допомоги;

− державне регулювання новоствореною системою СДН передбачало планування та контроль надання стоматологічної допомоги через губернські, а згодом обласні одонтологічні підвідділи, які були підпорядковані Народному комісаріату охорони здоров'я УРСР, а згодом − Міністерству охорони здоров'я УРСР. Джерелами фінансування такої системи були загальні податки.

Загалом до кін. 80-х - поч. 90-х років XX ст. у радянській системі управління панувала раніше створена централізована модель управління стоматологічною допомогою. Приписи міністерства наголошували на тому, що з метою раціонального використання стоматологічних кадрів для централізації стоматологічної допомоги в стоматологічних поліклініках необхідно забезпечити:

− поступовий перехід до дільничного принципу обслуговування населення;

− 2-змінну роботу стоматологічних поліклінік, відділень і кабінетів, звернувши особливу увагу на забезпечення допомоги в суботні, недільні та святкові дні;

− цілодобову стоматологічну допомогу за екстреними показаннями в одній зі стоматологічних поліклінік (відділень) у великих містах [239, с. 295].

Централізація управління стоматологічною допомогою в колишньому СРСР (у т.ч. й в УРСР) базувалась також на забороні приватної стоматологічної практики. Так, згідно з наказом МОЗ УРСР №120 від 13.06.1988 р. "О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению республики" територіальному органу управління у сфері охорони здоров'я належало вжити заходів до рішучого обмеження приватної практики серед лікарів стоматологічного профілю, а то навіть і її ліквідації в установленому порядку [99].

Отже, Україна успадкувала систему стоматологічної допомоги від колишнього СРСР (як і більшість галузей економіки та соціальної політики), представлену командно-адміністративною моделлю управління. У цій моделі вся система була державною власністю та орієнтувалася на утримання лікарень із фрагментованим управлінням та надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці. Ця система не була зорієнтована на задоволення потреб населення та виявилася нездатною реагувати на сучасні виклики. Вона була сформована у тоталітарній державі, в якій права і здоров'я громадян не були реальним пріоритетом. СРСР також породив міф про "безкоштовну медицину" [94].

На момент набуття Україною незалежності в 1991 році у країні вже функціонувала потужна розгалужена система СДН. Зокрема функціонувала широка мережа стоматологічних закладів, серед яких:

1) самостійні стоматологічні поліклініки (обласні, міські, районні), у тому числі й дитячі;

2) стоматологічні відділення у складі територіальних (багатопрофільних) поліклінік міст, центральних районних лікарень, медико-санітарних частин підприємств і відомств;

3) стоматологічні кабінети в лікарнях (включаючи сільські, районні та дільничні), диспансерах, жіночих консультаціях, у школах, на лікарських здоровпунктах промислових підприємств і в лікарських амбулаторіях, на фельдшерсько-акушерських пунктах у сільській місцевості;

4) стоматологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях, клініках медичних вищих навчальних закладів, а також при інститутах удосконалення лікарів; відділення щелепно-лицевої хірургії в обласних та деяких великих багатопрофільних лікарнях.

При цьому структура міського і сільського рівнів охорони здоров'я була пов'язана з адміністративним поділом районів, чисельністю населення і т.ін. Надання лікувально-профілактичної допомоги будувалося в основному за територіальним або цеховим (на підприємствах) принципами [101].

Наприкінці 90-х років ХХ ст. у складі обласних стоматологічних поліклінік було дозволено створювати госпрозрахункові відділення як елемент ринкових відносин. Тобто фактично продовжувала існувати централізована модель, але з елементами ринку. Така модель управління існувала в Україні досить довгий час, із моменту її незалежності і до поч. ХХІ ст. [239, с. 294].

З 2002 року Наказом МОЗ України № 385 "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я" заклади стоматологічного профілю віднесені до амбулаторно-поліклінічних закладів, серед яких: стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна), басейнова стоматологічна поліклініка, стоматологічна поліклініка МОЗ України при Національному медуніверситеті, стоматологічна поліклініка при Львівському медуніверситеті [188].

У стоматологічних поліклініках та стоматологічних відділеннях медична допомога надавалася з терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматології. У стоматологічних кабінетах, які входили до складу амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів, здоровпунктів підприємств, лікарень стоматологи приймали пацієнтів із терапевтичними та хірургічними захворюваннями, тобто проводили змішаний прийом. Серед основних завдань створеної стоматологічної мережі відзначимо такі [101]:

1) проведення заходів щодо профілактики захворювань щелепно-лицевої ділянки серед населення в організованих колективах;

2) організація та проведення заходів, спрямованих на раннє виявлення захворювань щелепно-лицевої ділянки;

3) надання кваліфікованої амбулаторної медичної стоматологічної допомоги.

На виконання цих завдань медичної стоматологічної допомоги були спрямовані [101]:

1) планові профілактичні огляди в організованих колективах з одночасним лікуванням виявлених хворих;

2) повна санація порожнини рота у допризовних і призовних контингентів;

3) надання екстреної допомоги хворим з гострими захворюваннями і травмами щелепно-лицевої ділянки;

4) диспансерне спостереження за певним контингентом хворих стоматологічного профілю;

5) надання кваліфікованої амбулаторної медичної стоматологічної допомоги зі своєчасною госпіталізацією осіб, що потребують стаціонарного лікування;

6) експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача лікарняних листків і рекомендацій з працевлаштування, лікарсько-трудова експертна комісія;

7) весь комплекс реабілітаційного лікування хворих з патологією зубо-щелепної ділянки і перш за все зубне протезування та ортопедичне лікування;

8) аналіз захворюваності стоматологічного профілю, у тому числі захворювань із тимчасовою втратою працездатності, робітників і службовців, які працюють на промислових підприємствах, розташованих на території району, що обслуговується; а також розробка заходів щодо зниження впливу і усунення причин, що спричиняють виникнення захворювань і ускладнень;

9) впровадження сучасних методів діагностики і лікування, нової медичної техніки та апаратури, лікарських засобів;

10) санітарно-просвітницька робота серед населення із залученням громадськості та ЗМІ (преса, телебачення, радіомовлення тощо);

11) заходи щодо підвищення кваліфікації лікарів і середнього медперсоналу.

На поч. XXI ст. почалися докорінні зміни в системі надання медичної СДН в Україні, які набули значного прискорення в 2016–2019 рр., що

пов'язано з початком широкомасштабного реформування медичної галузі. Зокрема, прийняття в 2017 року Верховною Радою України рішення про початок медичної реформи загалом − Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [174] − визначило новий етап розвитку сфери охорони здоров'я (у т.ч. й СДН).

Нині вже відбулися кардинальні зміни в системі національної охорони здоров'я, а саме: створено підґрунтя для масової автономізації медичних комунальних та державних закладів, розвиток первинної допомоги набуває нових якісних змін − активізується робота медичних асоціацій, обґрунтовано діяльність структур первинної допомоги у формі приватних структур (фізичні особи − підприємці); упроваджуються підприємницькі форми господарчої діяльності медичних закладів [148]. За таких умов саме доступність ПМСД, спрямованої на збереження та відновлення здоров'я людини − мета функціонування сучасних національних систем громадського здоров'я. Все це стосується й надання СДН в Україні, хоча "стоматологічна служба не була включена до першочергового блоку галузевої реформи – 2015 й надалі продовжує функціонувати поза межами галузевого реформування" [248, с. 17].

Сучасна система СДН в Україні – галузь охорони здоров'я, яка згідно діючого законодавства, належить до вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [114]. Хоча реальна більшість лікарів стоматологічного профілю надають саме первинну стоматологічну допомогу. Тобто наразі в Україні, це питання законодавчо не врегульоване, адже в системі СДН маємо певну колізію:

− де-юре: стоматологія визнана однією з лікарських спеціальностей;

− де-факто: ця галузь практично не фінансується, і місцеві органи самоврядування на власний розсуд вирішують, як саме мають виживати комунальні стоматологічні заклади − кого фінансувати, кого переводити на госпрозрахунок, а кого й ліквідувати взагалі.

У даному контексті відзначимо, що в більшості європейських країн 80- 85% лікарів стоматологічного профілю − лікарі-стоматологи загальної практики, які працюють за принципом сімейного лікаря, лікуючи найбільш поширені хвороби зубів, порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки та здійснюючи профілактичні заходи дорослим та дітям. І лише 15-20 % лікарів-стоматологів надають спеціалізовану або високоспеціалізовану стоматологічну допомогу [102].

В Україні з розвитком ПМСД стоматологічна допомога поступово знайшла своє впровадження в практику діяльності як сімейних лікарів (з покладанням функцій профілактичних заходів та санітарної просвіти, раннього виявлення стоматологічних захворювань та скерування до лікаря-спеціаліста), так і лікарів-стоматологів, які працюють в закладах ПМСД. Лікарі-стоматологи надають спеціалізовану стоматологічну допомогу також у ряді закладів охорони здоров'я вторинної та третинної медичної допомоги, до складу яких входять стоматологічні кабінети.

Отже, на наше переконання, в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні в повоєнний період первинна ланка СДН має бути створена на нових засадах, принципах та підходах.

Загалом суб'єктами надання СДН в Україні виступають:

1) фізичні особи, серед яких:

а) стоматологи – основний суб'єкт стоматологічної діяльності та надання стоматологічної допомоги; це лікар у галузі стоматології, який надає медичну допомогу щодо запобігання, діагностики та лікування аномалій та захворювань зубів, порожнини рота, щелепно-лицевої ділянки та зв'язаних з ними тканин. При цьому стоматологом може бути фізична особа, яка отримала вищу медичну освіту за спеціальністю "Стоматологія" та Сертифікат про право на здійснення стоматологічної діяльності на території України [206];

б) молодші спеціалісти з медичною освітою (згідно з переліком спеціальностей, які отримали освітньо-кваліфікаційний рівень "молодший

спеціаліст” або “бакалавр” у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації, а також особи, що мають відповідну незакінчену вищу медичну освіту та допущені до медичної діяльності на посадах, які вони обіймають) – гігієністи, зубні техніки, асистенти стоматологів та інші профільні спеціалісти, визначені законодавством [206];

2) юридичні особи, що забезпечують надання стоматологічних послуг. Нагадаємо, що СДН в Україні, як й інші види медичної допомоги, надається в закладах охорони здоров’я різних форм власності − державних, комунальних, приватних чи заснованих на змішаній формі власності, як у самостійних, так і в структурних підрозділах багатопрофільних закладів. Згідно зі ст. 16 того ж закону, за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров’я державної форми власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи, комунальної власності − як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи, а заклади охорони здоров’я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми [174].

Як відомо, на сьогодні в Україні працюють такі стоматологічні медичні заклади:

1) За типом: а) стоматологічні поліклініки; б) стоматологічні відділення при ЛПЗ загального профілю; в) стоматологічні кабінети, розміщені на базі інших установ; г) самостійні стоматологічні кабінети і центри.

2) За формою власності : а) державні; б) комунальні; в) приватні.

3) За підпорядкуванням: а) МОЗ; б) місцевих рад; в) відомчі; г) приватні структури, які підпорядковуються своїм власникам.

При організації роботи стоматологічних закладів доцільно виокремити дві її найбільш поширені форми (в залежності від принципів централізації та децентралізації при наданні СДН):

− централізована форма обслуговування: прийом населення проводиться безпосередньо в стоматологічній поліклініці чи в стоматологічному відділенні (кабінеті) територіальної поліклініки;

– децентралізована форма обслуговування: передбачає створення постійно діючих стоматологічних кабінетів на підприємствах, у вищих і середніх навчальних закладах, школах тощо.

Згідно інформації ДЗ "Центр медичної статистики МОЗ України" на 01.01.2021 року стоматологічну допомогу мешканцям України надавали 6443 (1359 державних та 5084 приватних) закладів різних форм власності, що на 181 заклад (або на 3,0 %) більше аналогічного показника на поч. 2017 року [40; 41] (табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

**Динаміка загальної чисельності закладів різних форм власності, що надають стоматологічну допомогу населенню в Україні, протягом 2016-2020 років (на кінець року)***

| Роки | Усього закладів у сфері СДН | Чисельність державних закладів у сфері СДН | | Чисельність приватних закладів у сфері СДН | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | закладів | у % до загальної чисельності закладів у сфері СДН | закладів | у % до загальної чисельності закладів у сфері СДН |
| 2016 | 6 262 | 1 763 | 28,2 | 4 499 | 71,8 |
| 2017 | 6 258 | 1 734 | 27,7 | 4 524 | 72,3 |
| 2018 | 6 034 | 1 450 | 24,0 | 4 584 | 76,0 |
| 2019 | 6 278 | 1 417 | 22,6 | 4 681 | 77,4 |
| 2020 | 6 443 | 1 359 | 21,1 | 5 084 | 78,9 |

*Джерело: складено автором на основі [40; 41]

По відношенню до попереднього року (на поч. 2020 року) збільшення чисельності закладів різних форм власності, що надають СДН в Україні, становило 165 (або 2,6%) (див. табл. 2.1). Така ситуація відображає відповідні організаційні зміни у сфері СДН в Україні.

Щодо поширеності окремих видів, то серед "бюджетних" закладів переважають стоматологічні поліклініки в комунальній власності, серед приватних – невеликі стоматологічні центри та приватні зуботехнічні лабораторії. З огляду на це, нагадаємо, що в рамках медичної реформи в Україні з 01.04.2019 року державні стоматологічні клініки змінили свою форму господарювання з "комунального підприємства" на "комунальне некомерційне підприємство".

На поч. 2021 року, в системі МОЗ України функціонувала потужна мережа медичних стоматологічних закладів −1355 закладів охорони здоров'я, у т.ч.: 168 самостійних стоматологічних поліклінік (133 стоматологічні поліклініки для дорослих, 12 поліклінік для дітей, 5 стоматологічних поліклінік ВНМЗ та НДІ, 18 госпрозрахункових поліклінік), та 1187 лікувально-профілактичних закладів, у структурі яких є бюджетні та госпрозрахункові стоматологічні відділення або кабінети (міські лікарні, центральні районні лікарні, районні лікарні, дільничні лікарні, сільські амбулаторії) [40].

При цьому зафіксовано зменшення кількості самостійних стоматполіклінік (за досліджуваний період на 29 поліклініки або на 14,7%) за рахунок їх реорганізації у відділення центральних районних або міських лікарень (рис. 2.1).

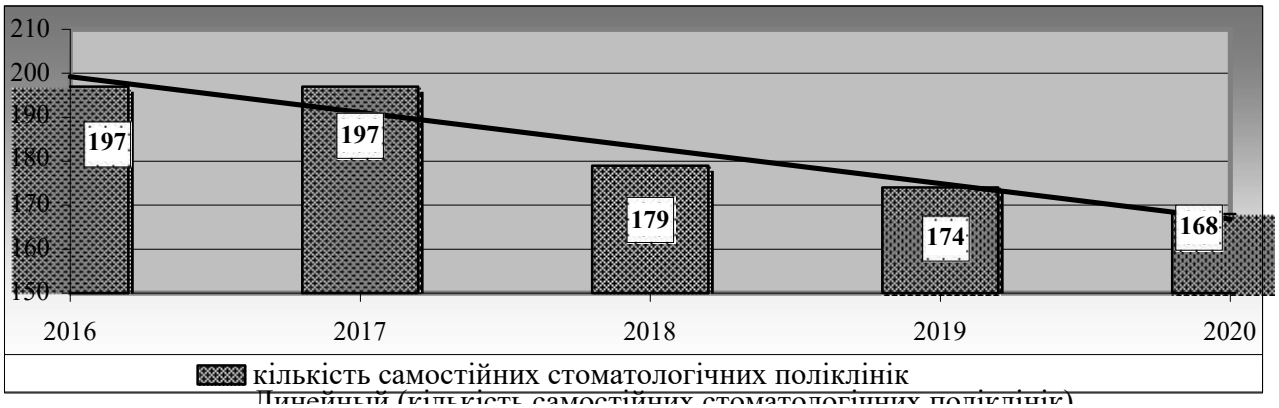


Рис. 2.1. Динаміка кількості самостійних стоматполіклінік в Україні протягом 2016-2020 років [побудовано автором на основі [40; 41]]

Загалом, трансформація вітчизняної системи охорони здоров'я, що розпочалась в Україні в 2015 році на первинному рівні, а у квітні 2020 року − на вторинному рівні, із запровадженням нових механізмів фінансування, зумовила значне зменшення частки державного сектора у сфері СДН (з 28,2% у 2016 році до 21,1%).

З огляду на це, логічним виглядає постійне збільшення кількості приватних стоматологічних закладів на території нашої держави. Так, на поч. 2021 року у 5084 закладах приватної форми власності (що на 585 закладів або

13% більше по відношенню до 2016 року) стоматологічну допомогу надавали 617 самостійних стоматологічних поліклінік та 4467 приватних стоматологічних кабінетів [40] (рис. 2.2).

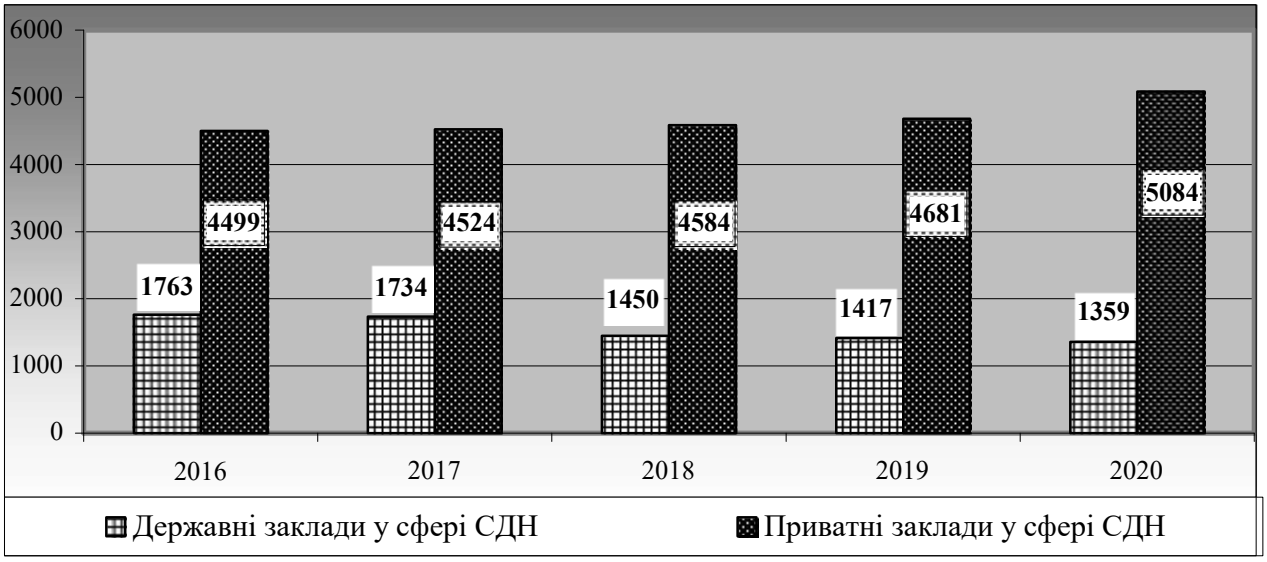


Рис. 2.2. Динаміка загальної чисельності закладів різних форм власності, що надають СДН в Україні, протягом 2016-2020 років (на кінець року) [побудовано автором на основі [40; 41]]

Тобто активна комерціалізація стоматології призвела до бурхливого розвитку приватної стоматології, розгалужена мережа якої "може змагатися хіба що з приватною фармацією" [79]. Наразі такі приватні заклади більше розвиваються у столиці, великих містах і промислових центрах, де жорстка конкуренція призводить до інтенсивного впровадження нових технологій в практику, а також існує медична інфляція, до яких можна додати специфічний тиск страхових і асистантських організацій, які постійно шукають медичні бази для обслуговування власних клієнтів – застрахованих за договорами добровільного медичного страхування осіб.

Водночас протягом останніх років в Україні відбувається стабільне зменшення лікувально-профілактичних закладів, які мають у своєму складі стоматологічні відділення (кабінети) (саме вони раніше проводили планові огляди та санацію порожнини рота серед прикріпленого контингенту населення). На нашу думку, таке зменшення пояснюється такими причинами:

1) до кінця 2019 року: в основному, через реорганізацію дільничних лікарень та сільських лікарських амбулаторій, які увійшли як структурні підрозділи до складу центрів ПМСД та ін. закладів, а раніше розглядались як самостійні заклади;

2) після 2019 року, тобто в умовах запровадження карантинних обмежень внаслідок поширення на території України коронавірусу COVID-19: деякі стоматологічні кабінети, невеликі приватні стоматологічні клініки змушені були призупинити (або ж взагалі припинити) свою діяльність у результаті втрати частини персоналу (або ж відправлення персоналу у відпустку за власний рахунок) та значної частки своєї "клієнтської бази", втрати/скорочення доходів, нарощування боргів по комунальних платежах, боргової кризи тощо.

Отже, наразі держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності, тому в Україні функціонує різноманітна сукупність закладів різних форм власності (у т.ч. й приватної), здатних забезпечувати належний рівень та якість профілактичної, діагностичної, лікувальної, реабілітаційної чи іншої форми стоматологічної допомоги населенню. Однак, в умовах сучасних суспільних викликів та загроз в Україні все важче забезпечити конституційні права громадян щодо отримання доступної, кваліфікованої медичної допомоги, в першу чергу, на безоплатній основі: "приватні стоматологічні клініки уникають цього, а муніципальні (передусім, через брак бюджетного фінансування на тлі істотного підвищення розміру мінімальної заробітної плати та вартості комунальних послуг) доволі скоро можуть опинитись на межі зникнення" [237, с. 130]. На нашу думку, не допустити такої ситуації можливо лише за умови їхньої належної підтримки з боку органів державного управління та органів місцевого самоврядування.

Однак, як доречно констатує О. Мельниченко, "очевиднішим є те, що держава й органи місцевого самоврядування не мають змоги (почасти, й бажання) й надалі фінансувати, відповідно, державні та комунальні стоматологічні поліклініки, а тому вдаються до їх реформування

(перетворення на неприбуткові підприємства, створення ФОПів…), тим самим, радше за все, готуючи їх до приватизації. До того ж, показовою є риторика медичної реформи: дедалі менше “медичної допомоги” й дедалі більше – “медичних послуг”; тобто держава поступово скорочує перелік своїх соціальних зобов’язань у сфері охорони здоров’я, а стоматологія є тим її сегментом, де ці процеси найінтенсивніші” [122, с. 132].

Враховуючи викладене вище, вважаємо, що для сучасної вітчизняної системи СДН очевидною є перспектива поступового перерозподілу ринку стоматологічних послуг: “приватний сектор” буде й надалі витісняти “комунальний”, а “крупний” – поглинати “дрібний”.

На думку Т. Сліпченко, “в Україні в останні роки з’явилися приклади створення вертикально інтегрованих холдингів, які займаються продажем стоматологічних матеріалів й обладнання, наданням стоматологічних послуг і виробництвом стоматологічної ортопедичної продукції” [221, с. 289]. З огляду на це, запорукою сталих темпів розвитку вітчизняної системи СДН, насамперед, має стати узгодження інтересів її основних учасників. Серед них відзначимо не лише вищезгаданих юридичних (заклади різних форм власності щодо надання СДН) та фізичних осіб (лікарі-стоматологи, керівники медичних закладів, зубні техніки, допоміжний персонал та ін.), що надають або забезпечують надання СДН, але й таких учасників як:

– інвестори різних форм власності (держава, органи місцевого самоврядування, бізнес-структури, приватні особи), що мають свої інтереси у сфері стоматологічної діяльності;

– виробники (постачальники) продукції стоматологічного призначення (обладнання, інструменти, витратні матеріали, ортопедична продукція та ін.);

– так звані “суміжники” (заклади розміщення та харчування; підприємства транспорту, зв’язку, торгівлі, комунальних і побутових послуг; виробники сувенірів; страхові компанії, банківські установи; аптеки; культурно-розважальні та рекреаційні заклади та ін.);

– навчальні заклади, що здійснюють підготовку фахівців стоматологічного профілю;

– споживачі стоматологічних послуг (населення України, іноземці) ;

– контролюючі органи (Міністерство охорони здоров'я України, Управління охорони здоров'я обласної держадміністрації, Департамент охорони здоров'я міськради та ін.) [122, с. 131].

Загалом ми солідарні з позицією І. Хожило, Є. Бородіна та В. Шевцова, які вважають, що в стоматологічній царині реформи в епоху децентралізації влади в Україні відбуваються за декількома сценаріями [239, с. 297]:

– повна інтеграція (об'єднання закладів стоматологічного профілю в один потужний заклад – м. Київ, м. Полтава, м. Одеса);

– часткова інтеграція (на рівні обласного центру існує міська об'єднана стоматологія);

– модель комунальних некомерційних підприємств (м. Запоріжжя, м. Харків);

– модель реорганізації обласної стоматологічної поліклініки в обласну соціальну стоматологічну поліклініку з бюджетним фінансуванням послуг для прикріпленого спецконтингенту (обласна стоматполіклініка м. Дніпро, обслуговування бійців та учасників АТО).

Згідно статистики [40], станом на 01.01.2021 року в Україні працювало 22 180 лікарів стоматологічного профілю, що на 3 575 осіб менше аналогічного показника в 2016 році (табл. 2.2). Тобто кількість лікарів стоматологічного профілю, які працюють у ЗОЗ різних форм власності, за останні 5 років скоротилася на 14 %.

При цьому в комунальних та державних ЗОЗ системи МОЗ та інших відомств в Україні на поч. 2021 року працювало 13 240 лікарів стоматологічного профілю всіх спеціальностей (з них: у закладах системи МОЗ України працювало 12 601 осіб, в інших міністерствах та відомствах − 639 осіб), що на 5 617 осіб (або на 30%) менше, ніж у 2016 році.

*Таблиця 2.2*

**Динаміка загальної чисельності лікарів стоматологічного профілю, які працювали в приватному та державному секторах охорони здоров'я України, протягом 2016-2020 років (на кінець року)***

| Роки | Усього лікарів стоматологічного профілю | Лікарі стоматологічного профілю у закладах державної форми власності | | Лікарі стоматологічного профілю у закладах приватної форми власності | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | чис-сть лікарів, осіб | частка від заг. чисельності лікарів, % | чис-сть лікарів, осіб | частка від заг. чисельності лікарів, % |
| 2016 | 25 755 | 18 857 | 73,1 | 6 898 | 26,9 |
| 2017 | 26 143 | 18 740 | 71,7 | 7 403 | 28,3 |
| 2018 | 25 651 | 17 572 | 68,5 | 8 079 | 31,5 |
| 2019 | 24 622 | 16 027 | 65,1 | 8 595 | 34,9 |
| 2020 | 22 180 | 13 240 | 59,6 | 8 940 | 40,4 |

*Джерело: складено автором на основі [40; 41]

Незважаючи на означену тенденцію, на поч. 2021 року переважна частка лікарів стоматологічного профілю (59,6%) здійснювала свою діяльність все-таки в державному секторі охорони здоров'я.

Означена вище тенденція, на нашу думку, безпосередньо пов'язана з другим етапом реформування медичних закладів, який передбачає не лише їх часткове скорочення (оптимізацію шляхом укрупнення), а й скорочення лікарських посад. Відповідно, звільняючи стоматологів, їх автоматично підштовхують до переходу у сферу приватної практики.

І дійсно, практика останніх років засвідчує, що в закладах охорони здоров'я приватної форми власності на поч. 2021 року працювало 8 940 лікарів стоматологічного профілю, всіх спеціальностей (див. табл. 2.2), що на 2 042 осіб (або на 30%) більше аналогічного показника в 2016 році.

Отже, протягом 2016-2020 років спостерігалася тенденція до зростання на 13,5% частки лікарів стоматологічного профілю, які працюють у приватному секторі, та відповідне зменшення зайнятості таких лікарів в державному секторі охорони здоров'я (рис. 2.3). У результаті на поч. 2021 року співвідношення лікарів-стоматологів у державному секторі охорони здоров'я і лікарів, які працюють у приватному секторі, становило 59,6% до 40,4%.

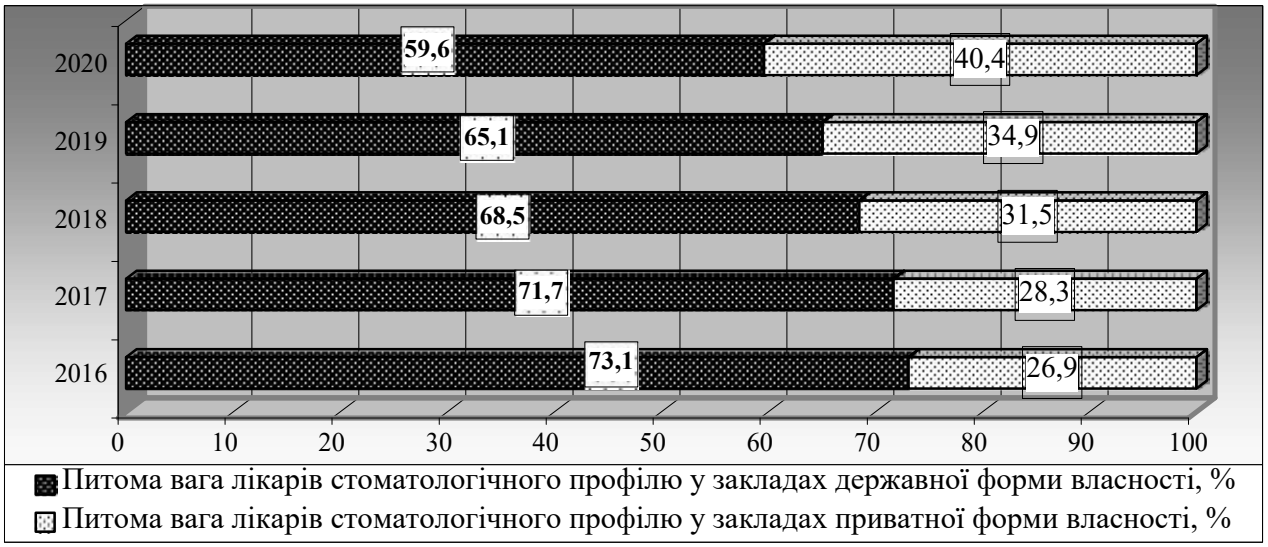


Рис. 2.3. Динаміка питомої ваги лікарів стоматологічного профілю, які працюють у приватному та державному секторах охорони здоров'я України протягом 2016-2020 років, % [побудовано автором за даними табл. 2.2]

Більш детально особливості кадрової політики та питання професіоналізації у сфері СДН в Україні будуть досліджені у параграфі 2.3.

Враховуючи проведений вище аналіз, ми повністю підтримуємо думку науковців [40], які вважають, що "значна інтенсивність ураження дорослого та дитячого населення стоматологічними захворюваннями зараховує проблему збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я до числа значущих і актуальних. Збереження здорового стану ротової порожнини, своєчасна санація вогнищ одонтогенної інфекції є не тільки медичною, а й важливою соціальною проблемою України" [100, с. 35].

Як відомо, в стоматологічній практиці для збереження стоматологічного здоров'я вагоме місце займає профілактична робота з населенням, а саме: проведення обов'язкових профілактичних оглядів, планова санація населення, запровадження системи гігієнічного навчання та виховання населення з питань стоматологічного здоров'я.

У даному контексті слід нагадати, що в СРСР було створено систему стоматологічної диспансеризації населення, існувала система шкільної стоматології та практика обов'язкових профілактичних медичних оглядів серед населення, під час яких вивчався і стоматологічний статус,

організовувалося централізоване фторування води, вітамінізація населення та ін. З огляду на тривалу економічну та соціальну кризу в Україні, частина рекомендацій виконувалася, частина не доводилася до практичного втілення. На сьогодні робочих програм захисту стоматологічного здоров'я, які б діяли на загальнонаціональному рівні, – немає [41]. Остання програма профілактики та лікування стоматологічних хвороб в Україні на загальнодержавному рівні закінчилась у 2007 році [208].

Сучасна стоматологічна практика засвідчує, що в Україні до сьогодні відсутні обов'язкові щорічні планові огляди мешканців України. Так, у 2020 році лікарями-стоматологами в державних ЗОЗ стоматологічного профілю планово оглянуто 3 770 062 особи, що становило 9,0% до відповідної кількості населення України [40].

Протягом останніх років у практичну стоматологію впроваджують медичні стандарти, засновані на принципах доказової медицини. Стоматологічні поліклініки вищих навчальних медичних закладів надають високоспеціалізовану медичну допомогу та відіграють роль консультативно-діагностичних центрів, запроваджують механізми керованого надання пацієнтам спеціалізованої медичної допомоги за направленням лікаря. Так, у 2020 році кількість відвідувань спеціалістів стоматологічного профілю (лікарі-стоматологи та зубні лікарі) становила 15 765 950 відвідувань державних закладів охорони здоров'я за стоматологічною допомогою. Серед них 1 653 746 відвідувань здійснено дорослим населенням України (18 років і старше) та 4 112 204 − дитячим контингентом (до 17 років включно). Загалом, протягом 2020 року на 1 посаду лікаря стоматологічного профілю, який працював у закладах охорони здоров'я МОЗ України, було 1658,3 відвідування за рік [100].

Суттєво не змінюється показник відвідувань лікаря-стоматолога за рік протягом останніх десяти років. Середнє навантаження на 1 посаду лікаря-стоматолога, який працює у стоматологічних закладах МОЗ

України, складає 12 пацієнтів на день (за умови 200 робочих днів на рік). Все це свідчить про достатню можливість надання якісної СДН.

До того ж слід відзначити зниження показника відвідувань лікаря-стоматолога на одного жителя України, який становив у 2020 році 0,4 відвідування за рік (0,3 − дорослими та 0,5 − дітьми) [100]. Такі показники пов'язані, з одного боку, із пандемією гострої вірусної інфекції (COVID-19) та запровадженням карантинних заходів і обмеженням роботи стоматологічних закладів, а з іншого − зі зміною фінансування стоматологічної сфери.

Отже, незважаючи на помітний прогрес у діагностиці й лікуванні стоматологічних хвороб, зубному протезуванні, СДН потроху втрачає свою масову доступність. Ще гірша ситуація в сільській місцевості, де на первинній ланці ліквідовано посаду лікаря-стоматолога. Нині в сільській місцевості працюють забезпеченість лікарями-стоматологами складає 2,3 на 10 тис. населення [208].

Вищепроведений аналіз ще раз підтверджує висновок, зроблений І. Мазур, О. Павленком, В. Близнюком: "сфера стоматологічної допомоги в Україні сьогодні характеризується особливістю, яку можна назвати інверсією попиту та пропозиції" [228]. Тобто, згідно статистичних даних [148] найбільший сегмент ринку приватних медичних послуг в Україні становлять стоматологічні послуги. При цьому за даними звітності МОЗ України за 2020 рік [148] кількість стоматологічних послуг, наданих у державних та комунальних закладах, становить близько 80 %, а обсяг таких послуг, наданий у приватному секторі, за той самий час, становить приблизно 20 %. У контексті викладеного, науково обґрунтованим вбачається висновок про те, що протягом останніх років в Україні прискореними темпами розвивається недержавний сектор СДН, який, на перший погляд, суттєво знижує фінансове навантаження на державний бюджет, а з іншого – вимагає вироблення та реалізації дієвих механізмів державного регулювання діяльності суб'єктів у цій сфері.

Отже, можемо констатувати, що на сьогодні в Україні: створено мережеву систему надання стоматологічної допомоги в державних амбулаторно-поліклінічних закладах та спеціалізованих стоматологічних стаціонарах багатопрофільних лікарень; запроваджено державне регулювання, планування та контроль системи СДН; упроваджено систему профілактики основних стоматологічних захворювань, у першу чергу, серед дітей; створено систему підготовки стоматологічних кадрів із середньою та вищою освітою.

Водночас, в умовах децентралізації частково відбувається передавання профільних закладів стоматологічного профілю з державної власності у власність новостворених територіальних громад (наприклад, у 2018 році було передано у власність територіальної громади м. Чорноморська цілісний майновий комплекс державного закладу "Стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров'я України міста Чорноморська" [148]) та ін.

Разом із цим, необхідно зауважити, що медична реформа в Україні, метою якої було загальне запровадження первинної ланки надання медичної допомоги – сімейної медицини-загальної практики і одночасне зменшення обсягів надання високоспеціалізованої і стаціонарної медичної допомоги, фактично ліквідувала стоматологічну медичну допомогу в структурі первинної ланки медичної допомоги, особливо в мережі державних і комунальних лікувально-профілактичних закладів. Спочатку стоматологічна допомога була включена до вторинної і третинної медичної допомоги, а в подальшому було запропоновано передати СДН в функції сімейних лікарів (які зазвичай, лише початково знайомляться зі стоматологічною нозологією і зовсім не вивчають технологію стоматологічних маніпуляцій). Такий стан речей не сприяє належному наданню СДН, взагалі виключає можливість централізованого проведення профілактики стоматологічних захворювань та сприяє подальшій комерціалізації стоматологічної галузі, так як стоматологічні відділення і поліклініки протягом тривалого часу

переводилися на госпрозрахунковий спосіб фінансування або перетворювалися на приватні структури взагалі.

Водночас повномасштабна військова російська агресія проти України, яка розпочалася 24 лютого 2022 року, висвітлила іншу проблему: залежність військової стоматології від структури державної стоматології. Адже в умовах невизначеності військові стоматологи мали можливість надавати допомогу лише в тилових районах, а у місцях бойових дій військовим та мирним жителям, які потерпають від ворога, така допомога виявилася “паралізованою”.

Можливість надання спеціалізованої стоматологічної допомоги на окупованих територіях залишається обмеженою (а в багатьох випадках і неможливою взагалі), на нашу думку, через такі фактори:

− ризик поранення або пацієнта, або ж лікаря, якщо така допомога надається у зоні бойових дій/авіа бомбардувань/артобстрілів тощо;

− багато лікарень були заміновані окупаційною російською армією, як стратегічно важливі об’єкти;

− багато стоматологічних поліклінік повністю зруйновані під час авіабомбардувань;

− деякі медичні заклади не можуть працювати через руйнування базових комунікацій (електрика, вода) та загальної інфраструктури міста чи області;

− наявний дефіцит стоматологічних матеріалів через зруйновані логістичні системи та руйнування транспортних шляхів;

− неукомплектованість стоматологічних клінік: частина лікарів-стоматологів приєдналася до лав ЗСУ на початку війни, а також через міграцію, адже багато фахівців переїхали на захід країни або за кордон;

− відсутня єдина/узгоджена інформація про стоматологічні клініки всіх форм власності, де тимчасово-переміщені особи можуть отримати безоплатну стоматологічну допомогу і яку саме;

− мародерство з боку російських військ та ін.

На території України, яка не перебуває під прямою військовою окупацією, стоматологія стикається з проблемою великої кількості мігрантів із зони бойових дій, які звертаються за терміновою та запланованою стоматологічною допомогою.

У західних регіонах України населення, зазвичай, звертається за терміновою стоматологічною допомогою перед міграцією за кордон. Більшість лікарів-стоматологів надають невідкладну стоматологічну допомогу безкоштовно. Всі інші стоматологічні процедури є мінімальними для переселенців із зони бойових дій, військових і дітей.

Таким чином можемо стверджувати, що система СДН в Україні перебуває в стані кризи і стагнації, адже:

− система СДН не відповідає потребам населення, так як стоматологічна допомога нині на первинній ланці майже не надається та є дуже обмеженою, що не забезпечує гарантованого конституційного права людини на охорону здоров'я та доступну медичну допомогу. Зниження доступності СДН, занепад сільської та шкільної стоматології й скорочення сектора профілактичної стоматології стає причиною зростання стоматологічної захворюваності, яка в Україні є вищою, ніж у Європі в 4 - 4,5 рази [148];

− відсутність СДН на первинному щаблі призводить до втрати системою охорони здоров'я функції соціального стабілізатора;

− в умовах розгортання російської воєнної агресії проти України чітко висвітлилась залежність військової стоматології від структури державної стоматології. У результаті військові стоматологи, з ряду об'єктивних причин, не можуть надавати повноцінну стоматологічну допомогу у місцях бойових дій військовим та мирним жителям, які потерпають від ворога;

− система СДН має недостатній рівень фінансування державною та місцевими органами влади, слабке матеріально-технічне забезпечення та значний знос стоматологічного обладнання (наприклад, у сільській

місцевості стоматологічне обладнання цієї ланки зношене на 80–90 % і перспективи його оновлення відсутні [151, с. 181] );

− державний сектор системи СДН демонструє низьку конкурентоздатність, порівняно з приватними стоматологічними клініками, та має невисокий рівень використання інноваційних технологій у щоденній практиці;

− відсутні, затверджені на законодавчому рівня, конкурентні “правила гри” в системі СДН у вигляді розробки й затвердження регуляторних нормативно-правових актів (законів, програм розвитку, стандартів та ін.), а також погодження документів професійного самоврядування стоматологів, що спрямовані на формалізацію та оптимізацію взаємовідносин у ланцюгу “пацієнт – стоматолог – стоматологічний заклад – громадське об’єднання стоматологів – органи публічного управління”;

− протягом останніх років у сфері СДН відбувається чітко виражений перерозподіл ринку стоматологічних послуг: “приватний сектор” буде й надалі витісняти “комунальний”, а “крупний” – поглинає “дрібний”;

− сформована система СДН характеризується, з одного боку, низькою культурою медичного обслуговування, а з іншого, − низькою стоматологічною культурою населення;

− починаючи, з 24.02.2022 року, відбувається відтік кадрів: частина лікарів-стоматологів приєдналася до лав ЗСУ на початку війни, значна кількість фахівців виїхала на захід України або ж взагалі за кордон (точна статистична інформація по цим даним наразі відсутня). При цьому багато лікарів на окупованих територіях працюють без молодшого медичного персоналу;

− відсутній ефективний соціальний захист працівників у сфері СДН (наприклад, відсутній захист працівників від необґрунтованих звільнень, неповної офіційної зайнятості та застосування жорсткої системи важелів і механізмів інтенсифікації праці та ін.);

− відсутній належний нагляд за дотриманням законодавства в сфері СДН (зокрема за процесами ціноутворення, атестації, ліцензування, акредитації та сертифікації; у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення тощо);

− збережена високодиференційована структура надання СДН, де панує прямий доступ до спеціалізованих видів медичних послуг, що також обумовлює економічне обмеження доступності СДН;

− має місце низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації у медичного персоналу (насамперед, у закладах державної форми власності); та ін.

Отже, викладене вище, засвідчує, що за період існування незалежної України так і не відбулося становлення засад цілісного (або холістичного) підходу до здоров'я людини, до формування партнерських відносин у сфері СДН, внаслідок чого наявний високий рівень захворюваності та запит на високовартісні спеціалізовані види стоматологічної допомоги. У свою чергу, виявлені недоліки в організації системи СДН обумовлюють необхідність її термінового реформування та розробки нової конкурентоспроможної стратегії її розвитку з урахуванням нових суспільних викликів і загроз.

## 2.2. Характеристика інституційно-правового механізму державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню

Проведення масштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні (у т.ч. й у сфері СДН), в рамках яких саме держава представляє собою ключовий суб'єкт реалізації зазначених реформ, актуалізує необхідність детального дослідження сформованих механізмів державного регулювання в контексті розвитку системи СДН на предмет їх обґрунтованості й ефективності, а також доцільності застосування. Адже, як засвідчує практика, особливості взаємодії в системі "пацієнт – стоматолог" обумовлюють

функціонування не лише ринкових механізмів (попит, пропозиція, конкуренція), а й механізмів державного регулювання у сфері СДН.

Очевидним є те, що такі механізми державного регулювання наділені "владою інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом і населенням задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод" [127, с. 13] при взаємодії покупців і продавців стоматологічних послуг.

У зв'язку з цим нагадаємо, що в параграфі 1.3 нами запропоновано розглядати процес розвитку системи СДН в Україні через реалізацію комплексу механізмів державного регулювання, серед яких ключовими є такі: інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний.

Дослідження механізмів державного регулювання системи СДН в Україні, вважаємо за доцільне, розпочати з інституційно-правового механізму, оскільки результативне й ефективне реформування СДН в межах реалізації реформи системи охорони здоров'я в державі повинно мати відповідно вибудовану інституційно-правову основу.

На нашу думку, повноцінний аналіз інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН має передбачати аналіз двох складових його компонент: інституційної та правової.

З огляду на викладене, відзначимо, що інституційне забезпечення державного регулювання у сфері СДН в Україні має чітко виражену ієрархічність, що представлена мега-, макро-, мезо- та мікрорівнями, а саме:

1) міжнародний або мегарівень: забезпечує міжнародне співробітництво та функціональне управління у сфері стоматологічного здоров'я. У даному контексті зауважимо, що головними суб'єктами управління на міжнародному рівні є ВООЗ, яка ініціює та розробляє заходи щодо поліпшення якості життя та здоров'я населення загалом.

Також необхідно відзначити Всесвітню федерацію стоматологів (FDI) – неурядову міжнародну організацію, що налічує 200 асоціацій із понад 130 країн світу та об'єднує більш, ніж мільйон керівників і спеціалістів-

стоматологів. При цьому FDI займається питаннями співпраці та обміну інформацією, підтримки своїх членів, стоматологічної практики, освіти і науки, розвитку та впровадження стандартів етики й майстерності у стоматології. Тобто на сьогодні FDI є “голосом” усіх стоматологів і представляє їхні інтереси у ВООЗ та Організації Об’єднаних Націй (ООН). Відповідно основною метою її діяльності є “покращення стану здоров’я порожнини рота людей у всьому світі” [98, с. 100].

Співробітництво з FDI в Україні реалізується, насамперед, через ГО “Асоціація стоматологів України” (ГО “АСУ”), яка з 1998 року включена до складу FDI. У результаті українська делегація щорічно приймає активну участь у всесвітніх форумах стоматологів у Дубаї (ОАЕ), Стокгольмі (Швеція), Сінгапурі, Стамбулі (Туреччина), Делі (Індія), Познані (Польща) та ін. Українська делегація представлена і в генеральній асамблеї FDI, де приймає участь у голосуванні про стратегічні документи.

Згадана вище ГО “АСУ” заснована в 1994 році як правонаступниця наукового товариства стоматологів (що існувало Україні ще з 1958 року). Наразі ГО “АСУ” має свої осередки та представників в кожному регіоні України та виступає практично єдиною рушійною силою реформ у сфері вітчизняної стоматології. Водночас така ГО займається підготовкою та проведенням Всеукраїнських стоматологічних конгресів, а також регіональних науково-практичних конференцій зі стоматології у регіонах України та ін.;

2) національний або макрорівень (держава): забезпечує розробку та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я в Україні загалом та у сфері СДН в тому числі (ВРУ, КМУ та Президент України), а також здійснює координацію діяльності щодо фінансування, регулювання, контролю, навчання та підвищення кваліфікації та ін. в цих сферах (МОЗ України, Національної служба здоров’я України (НСЗУ)).

Як відомо, саме Президент України та Верховна Рада України наділені широкими законодавчими та адміністративними повноваженнями у галузі

охорони здоров'я, передбаченими чинним законодавством. У свою чергу, Кабінет Міністрів України є центральним колегіальним органом виконавчої влади та організовує розробку та реалізацію комплексних та цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність публічного управління системою охорони здоров'я, забезпечують розвиток мережі закладів охорони здоров'я, лежать в основі укладання міжурядових угод та координують міжнародне співробітництво у галузі охорони здоров'я [46].

Відповідно головні суб'єкти, що формують інституційну компоненту досліджуваного механізму державного регулювання системи СДН в Україні на макрорівні, представлені ВРУ, КМУ та Президентом України, а також декількома міністерствами та відомствами (МОЗ, НСЗУ, МВС, МО, МОН) та ін.

Зауважимо, що державне регулювання системи СДН в Україні на національному рівні здійснюється, насамперед, через МОЗ України − головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я із урахуванням взаємодії між закладами охорони здоров'я [185].

Наразі МОЗ України у сфері СДН наразі здійснює таку регуляторну діяльність:

− розробляє та узгоджує загальні вимоги допуску до медичної стоматологічної діяльності;

− надає МОН України пропозиції та зауваження щодо розробки та затвердження профільних навчальних програм;

− здійснює нагляд за дотриманням законодавства в сфері СДН;

− затверджує регуляторні акти та погоджує документи професійного самоврядування стоматологів та ін.

Важливо відзначити, що в у 2009 році, при МОЗ України було створено Координаційну раду МОЗ України з питань стоматології – громадський колективний орган управління [205]. Раду створено як

дорадчий орган при МОЗ України з метою “забезпечення реалізації державної політики в галузі стоматології та прозорості прийняття найважливіших управлінських рішень, обґрунтування та супроводу програм реформування та розвитку стоматологічної служби, створення умов для професійного та відкритого їх обговорення, надання рекомендацій та пропозицій щодо головних напрямків розвитку стоматологічної галузі, обговорення найважливіших проблем охорони здоров'я населення України” [263]. За кількісним складом рада налічувала 14 осіб, із них 12 представляли міністерство і 2 особи представляли наукову медичну громадськість.

У 2017 році в Україні було створено спеціальний орган виконавчої влади у галузі охорони здоров’я − Національну службу здоров’я України [207], діяльність якої спрямована на забезпечення єдиного національного замовлення медичних послуг та медикаментів, відповідно до програми медичних гарантій.

При цьому важливим майданчиком для обговорення пріоритетних питань реформування системи СДН в Україні виступає Національний український стоматологічний конгрес;

3) регіональний або мезорівень (область/район/ОТГ/місто):

– на обласному рівні: здійснюється планування та замовлення та первинний розподіл бюджетних коштів для забезпечення СДН;

– на районному рівні: забезпечується управління системою охорони здоров’я територіальної громади й укладання контрактів із постачальниками стоматологічних послуг;

– на локальному/місцевому рівні: здійснюється загальне керівництво підпорядкованими комунальними стоматологічними поліклініками, які забезпечують стоматологічними послугами територіальну громаду; вдосконалення мережі стоматологічних закладів, визначення потреби та формування замовлень на кадри для них, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи з підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення пільгових категорій населення зубопротезуванням та ін.

Як бачимо, на регіональному рівні система управління СДН є досить різнорідною, вона представлена органами управління обласних державних адміністрацій та відповідними координаційними радами з питань стоматології, а в окремих регіонах функціональне управління реалізується на основі функціональних повноважень керівництва обласної стоматологічної поліклініки. Районний і міський рівні управління службою теж мають суттєві територіальні відмінності [111].

Відповідно на даному рівні головними суб'єктами, що формують інституційну компоненту інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН в Україні, виступають управління охорони здоров'я обласної держадміністрації, відділ охорони здоров'я районної держадміністрації та департамент охорони здоров'я міськради;

4) мікрорівень (стоматологічний заклад): безпосереднє управління наявними ресурсами, які використовуються для розвитку закладу та надання СДН (адміністрація стоматологічного закладу та ін.). Головні суб'єкти даного рівня в контексті тематики дослідження − заклади різних форм власності, що надають СДН, бізнес-структури/інвестори, науково-дослідні інститути (НДІ), вищі навчальні медичні заклади тощо.

При цьому доцільно акцентувати увагу на тому, що сучасна оптимізація організації діяльності стоматологічних закладів в Україні має передбачати забезпечення територіальних громад медичною допомогою без отримання прибутків шляхом створення комунальних некомерційних підприємств, тобто переведенням їх на самоокупність (із частковою підтримкою за рахунок місцевих бюджетів).

Отже, в узагальненому вигляді всіх основних суб'єктів інституційного забезпечення на різних рівнях державного регулювання системи СДН в Україні можна представити таким чином (рис. 2.4): ВООЗ, FDI; ГО "Асоціація стоматологів України"; органи державного управління; органи місцевого самоврядування; бізнес-структури/інвестори; заклади різних форм власності, що надають СДН; та ін.

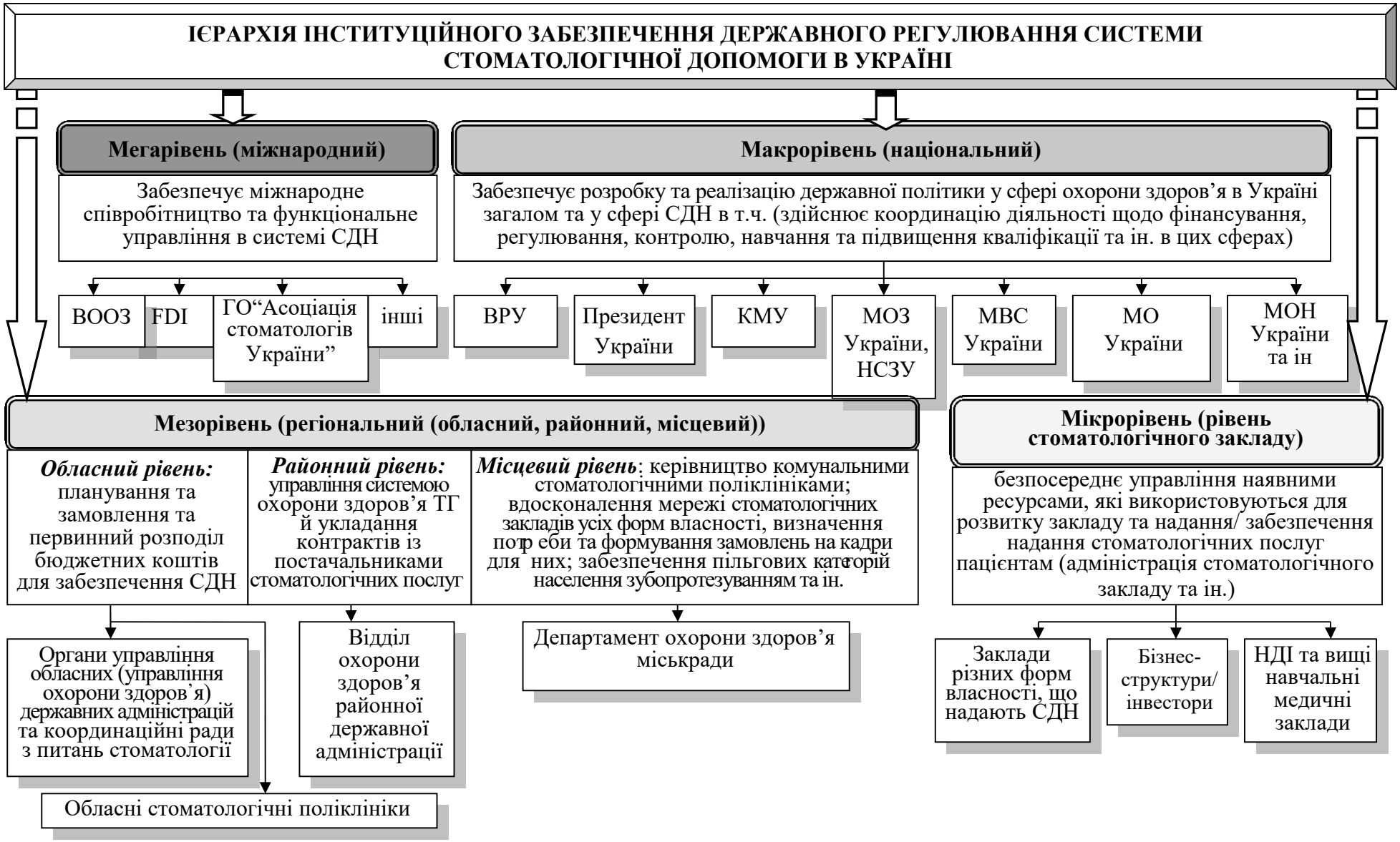


Рис. 2.4. Ієрархія інституційного забезпечення державного регулювання системи СДН в Україні [111]

У кожного з вищеозначених суб'єктів інституційного забезпечення державного регулювання системи СДН є зацікавленість у сталих темпах розвитку цього сегмента соціально-економічної діяльності (принаймні, активно декларують саме таку позицію). Проте, є очевидним і той факт, що кожний з них має й власні цілі, що відрізняються пріоритетністю та способом їх досягнення [111].

При цьому вплив всіх суб'єктів інституційного забезпечення на різних рівнях державного регулювання СДН в Україні в узагальненому вигляді, як правило, носить характер трьох-векторно-об'єктної спрямованості, а саме:

1-й вектор – загальні об'єкти: рівень соціально-економічного розвитку економіки; інвестиційний клімат; макроекономічна стабільність, курси валют; доходи населення; міжгалузева співпраця та ін.;

2-й вектор – галузеві об'єкти: розвиток системи охорони здоров'я, розвиток ССДН; розвиток ринку стоматологічних послуг; медична реформа та міжнародне співробітництво у сфері надання СДН та ін.;

3-й вектор – конкретні об'єкти: матеріально-технічне та кадрове забезпечення закладів всіх форм власності, що надають СДН; соціальний ефект СДН; результативність, ефективність та економічність діяльності закладів всіх форм власності, що надають СДН; ціна та якість стоматологічних послуг; взаємовідносини "медичний заклад – стоматолог – пацієнт" та ін.

Таким чином можемо стверджувати, що інституційне забезпечення державного регулювання системи СДН в Україні є багаторівневим та характеризується розгалуженою структурою. Вона має велику кількість різних за потужністю суб'єктів, які є неоднорідними з точки зору їх обсягу та підходами до формування здоров'я громадян, визначаються різною кількістю кваліфікованих фахівців та персоналу, а також належить до різних форм власності і мають різне підпорядкування − ВРУ, КМУ, МОН, МОЗ України тощо.

Всі вищезгадані суб'єкти державного регулювання системи СДН (див. рис. 2.4) опираються у своїй діяльності на відповідні нормативно-правові засади публічного управління. Тому надалі важливим є вивчення правової компоненти інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН.

Дослідження вищеозначеного питання, вважаємо за доцільне, розпочати з проведення комплексного аналізу нормативно-правових актів, які регулюють "медичні справи" в Україні загалом.

Наразі більшість ключових документів стратегічного планування в Україні визначають реформування сфери охорони здоров'я як пріоритет держави. Отже, концептуально необхідним для реалізації механізмів державного регулювання системи СДН є формування дієвої нормативно-правової бази, яка визначатиме правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування та розвитку СДН з метою якісного задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я.

Як відомо, всі процеси, що виникають у сфері СДН в Україні, визначаються низкою міжнародно-правових документів (Резолюції та Стратегії ВООЗ) та регулюються положеннями Конституції України [88], Основами законодавства України про охорону здоров'я [147], Законом України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [174] та ін. законами України, міжнародними договорами, указами Президента України, актами КМУ, наказами МОЗ України, Стандартами медичної допомоги тощо (рис. 2.5).

Тобто діяльність у сфері СДН, як і у сфері охорони здоров'я загалом, реалізується на всіх рівнях управління, від міжнародного/ макрорівня до місцевого/мікрорівня. При цьому часто для планування діяльності у системі СДН використовується програмно-цільовий підхід.

Зокрема, на міжнародному рівні, який є найвищим рівнем планування, функціонує міжнародна програма профілактики стоматологічних захворювань.

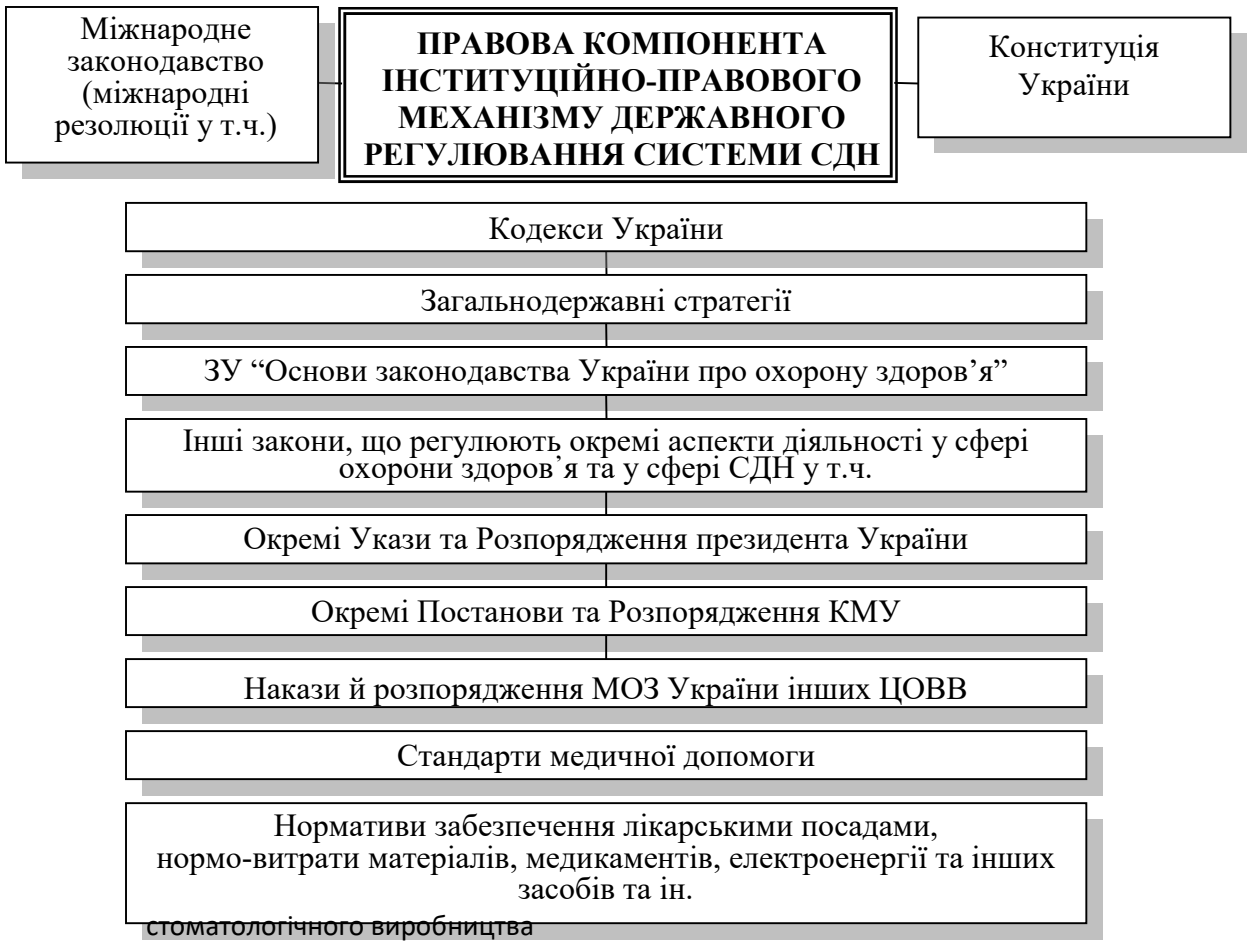


Рис. 2.5. Складові правової компоненти інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН в Україні [111]

Нагадаємо, що глобальні програми профілактики стоматологічних захворювань уперше розроблені ВООЗ спільно з Міжнародною стоматологічною асоціацією в 1981 році. Їх завданням було поліпшення стоматологічного здоров’я населення до 2000 р. Після перевірки досягнутих цілей у 1994 році, сформульовані нові цілі у сфері стоматологічного здоров’я, розраховані до 2020 року. Після цього відбувся новий перегляд глобальних цілей стоматологічного здоров’я.

Базові вітчизняні організаційні принципи забезпечення роботи системи охорони здоров’я Україні (у т.ч. й у сфері СДН) ґрунтуються на положеннях Конституції України та Основах законодавства про охорону здоров’я, які декларують право кожної людини на охорону здоров’я. Зокрема, положеннями ст. 49 Конституції Україні визначені: обов’язок створення

державою відповідних умов для надання доступного та ефективного медичного обслуговування для всіх, без винятку, громадян; гарантована безоплатність надання медичної допомоги у державних і комунальних медичних установах, мережа яких не має бути скорочена. При цьому, держава має сприяти розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності [88]. Тобто, з викладеного вбачається, що положення Конституції України (зокрема ст. 49 [88]) не вміщують жодної правової регламентації щодо функціонування системи СДН, оскільки вони носять більше універсальний характер і регламентують завдання медичної діяльності на загальних засадах для медичних установ різних форм власності та всіх видів медичної допомоги на всіх рівнях.

У контексті нашого дослідження доцільно також пригадати Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [147], який визначає особливості державного регулювання і забезпечення якості медичної допомоги населенню у закладах охорони здоров'я, зокрема, стоматологічної допомоги, а саме:

– провадження господарської діяльності лише за наявності ліцензії (ст. 17);

– заклади можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному КМУ (ст. 16);

– заклади мають обов'язково застосовувати в своїй діяльності галузеві стандарти медичної допомоги, до яких належать: стандарт медичної допомоги (медичний стандарт), клінічний протокол, табель матеріально-технічного оснащення, лікарський формуляр, а також інші норми, правила та нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я (ст. 14).

Проте, у даному Законі [147] також відсутні спеціально визначені статті, які б безпосередньо регламентували порядок надання СДН.

Активний розвиток стоматологічної діяльності в Україні в контексті європейських та світових стандартів надання стоматологічної допомоги розпочався після 2002 року із прийняттям профільної загальнодержавної

програми у сфері СДН, а саме “Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки” [202]. Дана Програма була спрямована на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я щодо забезпечення доступної кваліфікованої стоматологічної допомоги кожному громадянинові України. З управлінської точки зору “реалізація цієї національної програми передбачала запровадження міжсекторальних підходів до розв’язання проблем, що виникають під час надання СДН, та приведення організаційної структури, завдань і функцій стоматологічної допомоги у відповідність із потребами населення” [239, с. 296].

Протягом 2011–2012 р. на підставі Закону України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві” [201] всі посади лікарів-стоматологів були виведені із структур первинного рівня та передані закладам вторинного рівня. Хоча, стоматологічні кабінети на первинному рівні продовжують функціонувати, однак фінансуються з бюджету вторинного рівня, і лікарі-стоматологи перебувають у штаті закладів вторинного рівня. На думку О. Павленка та О. Вахненка, така ситуація призвела до певних проблем в оплаті витрат на стерилізацію матеріалів, технічного обслуговування обладнання, оплаті роботи електриків, слюсарів тощо та розрахунків за комунальні платежі [151, с. 181].

Починаючи з 2015 року, відбулося значне зміцнення нормативно-правової бази медичної галузі (у т.ч. й у сфері СДН), прийнято низку важливих актів [59; 134; 165; 166; 191; та ін.].

Реорганізацію комунального системи СДН в Україні було розпочато після прийняття Постанови КМУ “Державна стратегія регіонального розвитку на період до 2020 року” [177] (2014 рік), яка послугувала підставою до створення в обласних центрах України та у м. Київ комунальних некомерційних стоматологічних підприємств. Проте, наразі в умовах децентралізації влади поза межами нормативно-правової імплементації

залишається локальний рівень управління наданням СДН, що наразі виступає досить важливою проблемою розвитку територіальних громад.

Зауважимо, що досвід розробки цільових регіональних та міських програм профілактики та лікування стоматологічних захворювань для окремих категорій населення (діти, ветерани, інваліди, військовослужбовці, бійці АТО та ін.) показав їх беззаперечну ефективність та високий ступінь соціальної затребуваності на здійснення таких заходів. Хоча, як відзначалося вище, остання державна "Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки" [202] закінчилась ще в 2007 році. Отже, наразі важливо затвердити нову національну програму профілактики стоматологічних хвороб щодо всього населення, і в першу чергу, дитячого. Слід також відновити систему гігієнічного виховання дошкільнят, школярів, учнівської й студентської молоді. Адже й міжнародна програма "Здоров'я для всіх" також проголошує пріоритет профілактичних заходів у системі збереження здоров'я населення [148].

З цією метою наразі профілактика стоматологічних захворювань обов'язково вивчається у вищих навчальних медичних закладах у складі курсів терапевтичної стоматології, дитячої стоматології та окремо. Її методики вивчають студенти стоматологічних факультетів, лікарі-інтерни, слухачі циклів спеціалізації та передатестаційних циклів. Проте стимулів для лікаря-стоматолога-практика займатися профілактичною роботою, а особливо фінансових заохочень, немає.

У площині законодавчого та нормативно-правового регулювання лежить іще одне надзвичайно проблемне питання − забезпечення якості медичної стоматологічної допомоги, що здійснюється з використанням таких міжнародних механізмів забезпечення якості як: ліцензування господарської (медичної) практики, акредитація закладів охорони здоров'я, сертифікація систем управління та стандартизація медичних технологій.

Згідно чинного законодавства, ліцензування − "засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, спрямований на

забезпечення безпеки та захисту економічних і соціальних інтересів держави, суспільства, прав та законних інтересів, життя і здоров'я людини, екологічної безпеки та охорони навколишнього природного середовища" [197, ст. 1]. А сама ліцензія − "право суб'єкта господарювання на провадження виду господарської діяльності або частини виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню" [197, ст. 1].

У сфері охорони здоров'я нашої держави цей дозвільний документ видається МОЗ України.

Основними регуляторними актами ліцензування медичної практики, окрім Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [147], є також Закон України від 02.03.2015 № 222 VIII "Про ліцензування видів господарської діяльності" [197], Постанова КМУ від 02.03.2016 р. № 285 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики" [181], наказ МОЗ України від 03.11.2017 р. № 1366 "Про затвердження уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо додержання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню" [195].

Ліцензійні умови встановлюють організаційні, кадрові й технологічні вимоги до закладів охорони здоров'я. Організаційні та технологічні вимоги регулюють діяльність за усіма напрямами, зокрема, прописують правила взаємодії з пацієнтами, інформаційного забезпечення, вимоги до санітарно-епідемічної безпеки, контролю за станом медичного обладнання та лікарських засобів, використання стандартів медичної допомоги, ведення медичної документації та інші [44, с. 296]. Однак, як засвідчує вітчизняна практика, розроблений наразі механізм ліцензування охоплює, в основному, лише заклади охорони здоров'я, а не саме ліцензування професіоналів і фахівців (згідно прогресивної міжнародної практики). В Україні такий досвід охоплює незначну кількість останніх. Відповідно, можемо констатувати,

що у сфері СДН в Україні ще не повною мірою використовуються такі можливості ліцензування, як мотивація лікарів до постійного підвищення професійного рівня, дотримання регламентів під час виконання професійни обов'язків, усвідомлення відповідальності за результати роботи, необхідності побудови партнерських відносин з пацієнтом тощо.

Водночас з метою підвищення якості надання медичної допомоги населенню України та відповідно до ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я [174] передбачено акредитацію закладів охорони здоров'я − "офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам" [174].

Порядок проведення акредитації врегульовано в Постанові КМУ від 17.12.2012 № 1216 "Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 № 765" [169].

Виконання стандартів акредитації дозволяє отримати закладу акредитаційну категорію − вищу, першу або другу, в залежності від рівня показника від максимально можливої суми балів при оцінюванні досягнення стандартів акредитації. Для закладів, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, зокрема, стоматологічну, умови отримання вищої категорії передбачають наявність сертифіката відповідності системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000, та досягнення показника за критеріями від максимально можливого від 90 до 100 % [44, с. 297].

Тобто медичні заклади зі сфери СДН, які отримали вищу акредитацію, окрім надання послуг досить високого рівня якості медичної допомоги, ніж це передбачено вимогами ліцензування, ще й сертифікували свою систему управління на відповідність національному стандарту ДСТУ ISO 9001 (серія стандартів ISO, які застосовуються при створенні та удосконаленні систем менеджменту якості організацій) [69].

Сертифікація в даному випадку підтверджує постійне зростання якості СДН за рахунок забезпечення якості усіх видів (медичної і немедичної), які здійснюються в тому чи іншому медичному закладі.

З огляду на це, відзначимо, що згідно даних МОЗ [148], в Україні станом на 01.12.2020 р. системи управління якістю близько 10 самостійних закладів стоматологічного профілю, які надають третинну медичну допомогу населенню, були сертифіковані на відповідність стандартам на системи управління якістю. Значно більше налічується закладів охорони здоров'я із сертифікованими системами управління якістю, де є структурні підрозділи, що надають стоматологічну допомогу. Разом із тим, при наявності 168 стоматологічних поліклінік, вважаємо, що такий механізм державного регулювання якості у сфері СДН як сертифікація, не був достатньо поширений в Україні та охоплював переважно заклади третинної медичної допомоги. Адже основна частина закладів охорони здоров'я у сфері СДН надавала медичні послуги лише трохи вищого, ніж мінімальний, ліцензійного рівня якості, що засвідчено акредитаційним сертифікатом першої або другої категорії.

З наданням можливості на законодавчому рівні добровільного проходження акредитації з 01.01.2019 року в умовах нерозвиненого ринку медичних послуг в Україні слід зазначити виникнення ризиків повної відмови керівників закладів охорони здоровя від акредитації та сертифікації. Це означатиме, що рівень якості медичних послуг знизиться до мінімального і буде забезпечуватися лише в рамках вимог ліцензування [44,с. 299].

Важливо акцентувати увагу ще на одній важливій нормативно-правовій прогалині: за останні роки так і не відбулося адаптації міжнародних клінічних настанов та клінічних протоколів медичної допомоги до умов функціонування вітчизняної сфери охорони здоров'я (у т.ч. й у сфері СДН).

Загалом стандартизація стоматологічних технологій діагностики та лікування в Україні забезпечується: стандартами медичної допомоги [190] (носять рекомендаційний характер); галузевими Клінічними настановами

та Уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги; Новими клінічними протоколами медичної допомоги, наприклад, запропонованими Центром доказової стоматології Американської асоціації стоматологів (American Dental Association (ADA)), та ін. джерелами доказової медицини в сфері СДН; Державним формуляром лікарських засобів; табелями матеріально-технічного оснащення кабінетів лікаря стоматолога-терапевта, лікаря стоматолога-хірурга, лікаря стоматолога-ортопеда, лікаря стоматолога, затвердженого наказами МОЗ України [193].

Однак, згідно Наказу МОЗ України від 28.02.2020 р. № 590 [162] (зі змінами згідно Наказу МОЗ України від 31.08.2021 року [170]), з 01.09.2022 втратить чинність наказ МОЗ України від 23.11.2004 № 566 "Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями "ортопедична стоматологія", "терапевтична стоматологія", "хірургічна стоматологія", "ортодонтія" [190]. Це означає, що надання СДН юридично не буде врегульовано доти, поки не ухвалять оновлених протоколів.

З огляду на це, ДУ "Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України" звернувся до громадських організацій, лікарів-стоматологів, науковців та викладачів-медиків з проханням об'єднати зусилля в напрямку роботи зі створення стандартів надання медичної допомоги.

За інформацією ГО "Асоціація стоматологів України" в основу створення стандартів надання стоматологічної допомоги покладуть наукові розробки вітчизняних учених, результати спільних досліджень із Національною академією медичних наук України та Національною академією наук України, доказову базу систематичних оглядів, результати клінічних досліджень, клінічні протоколи міжнародної стоматологічної спільноти. Стандарт медичної допомоги розробляють відповідно до пріоритетів системи охорони здоров'я для найактуальніших медичних проблем [229].

При цьому в системі СДН в Україні до цього часу відсутній базовий Закон, який би регулював особливості здійснення стоматологічної діяльності,

гарантії та засади професійного самоврядування в стоматології та ін. Хоча, в 2016 році було розроблено та подано до Верховної Ради України проєкт Закону України “Про стоматологічну діяльність” [206], яким передбачалася передача державою ряду регулятивних функцій Палаті стоматологів України. Зокрема в законопроєкті [206] мова йшла про запровадження лікарського самоврядування (адміністрування системи СДН представниками професії), що дозволило б зменшити обсяги бюджетного фінансування стоматологічної допомоги. Незважаючи на нагальну необхідність такого Закону у сфері СДН, згаданий вище законопроєкт наприкінці 2019 року все-таки було відкликано самою ініціативною групою.

Водночас у листопаді 2021 року МОЗ України на громадське обговорення запропоновано проєкт Закону України “Про самоврядування в сфері охорони здоров’я в Україні”, який розроблено “з метою впровадження з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду моделі медичного самоврядування, яка надасть можливість суб’єктам господарської та професійної діяльності здійснювати саморегулювання медичної діяльності (у т.ч. й у сфері надання СДН) і створить законодавчі підстави для делегування самоврядним організаціям окремих функцій, які на сьогодні здійснюються органами державної влади з регулювання господарської та професійної діяльності” [204].

Значні прогалини та недоліки у правовому регулюванні функціонування вітчизняної системи СДН в умовах виникнення надзвичайних ситуацій стали особливо помітні на початку поширення коронавірусної інфекції 2019-nCov в Україні. Саме в цей період разом зі світовим спалахом пандемії COVID-19 та зміною керівництва МОЗ України продовжилось впровадження медичної реформи на вторинному та третинному рівнях з початку квітня 2020 року.

Хоча, заради справедливості, доречно зауважити, що, незважаючи на діючі в Україні карантинні обмеження, Постановою КМУ “Про внесення змін до деяких актів КМУ” № 239 від 25.03.2020 р. безпосередньо було дозволено здійснення медичної практики, у т.ч. й надання стоматологічних

послуг – “оплачуваного пацієнтом використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювання його зубів, порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки” [124]. Проте, в деяких регіонах країни було прийнято рішення міських та обласних рад, комісій з питань ТЕБ і НС про тимчасові обмеження чи заборони як роботи приватних медичних закладів в цілому, так і стоматологічних зокрема. Наприклад, у “Києві, Львові та Полтаві у 2020 році було заборонено надання планової стоматологічної допомоги, з можливістю надання невідкладної стоматологічної допомоги; у Житомирі, Луцьку, Рівному, Тернополі – заборона робота приватних стоматологічних клінік і кабінетів, а для надання невідкладної стоматологічної допомоги визначено певні КНП стоматологічного профілю” [123, с. 49]. Зрозуміло, що за таких умов, до вищезгаданих карантинних обмежень, яких має дотримуватись населення, додається унеможливлення його доступу до надавачів стоматологічних послуг.

З початком повномасштабної російської агресії до нашої держави постали серйозні виклики щодо зміни підходів до організації роботи всієї медичної системи у Україні.

Як відомо, з 24 лютого 2022 року в Україні діє воєнний стан. Відповідне рішення президент ухвалив Указом “Про введення воєнного стану в Україні” від 24.02.2022 № 2102-IX [194]. Тобто на сьогодні в Україні існує нова реальність − воєнний стан, що диктує системі охорони здоров’я нові підходи в роботі медичної системи до надання допомоги як ЗСУ, так і цивільному населенню. За таких умов питання відповідальності держави за роботу системи охорони здоров’я (у т.ч. й системи СДН), забезпечення її спроможності в воєнний час та повоєнний період відбудови набуває особливої актуальності.

Нагадаємо, що правове регулювання надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану здійснюється відповідно до спільного наказу Міністерства оборони (Міноборони) України та Міністерства охорони здоров’я (МОЗ)

України від 02.11.2018 р. № 49/180 “Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного” [163].

Водночас, воєнний стан, введений в Україні, вносить суттєві корективи в роботу системи охорони здоров’я та обумовлює оперативні рішення, прийняті для удосконалення роботи сфери охорони здоров’я. Так, вже 25 лютого 2022 року Міністерство охорони здоров’я (МОЗ) ухвалило Наказ № 379 “Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об’єднаних сил” [250].

В умовах воєнного стану в системі охорони здоров’я в Україні:

− МОЗ України забезпечує готовність визначених закладів охорони здоров’я та інших необхідних сил та засобів для надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії воєнного стану;

− обласні державні адміністрації за участю органів місцевого самоврядування визначають за пропозицією Міністерства оборони України заклади охорони здоров’я комунальної власності, які можуть бути залучені для надання вторинної і третинної медичної допомоги;

− НАМН України забезпечує надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров’я, що надають медичну допомогу в час воєнного стану [154].

Нагадаємо, що ще в 2018 році з розвитком чергової фази медичної реформи були прийняті відповідні накази силових міністерств та відомств (Держприкордослужба, МВС, Міністерство оборони, Служба зовнішньої розвідки України) про організацію надання в них стоматологічної допомоги. Зокрема, Наказом Міністерства оборони України від 18.08.2015 року “Про затвердження Інструкції про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров’я та медичних підрозділах Збройних Сил України”

[180] на галузевому рівні нормативно закріплено порядок надання стоматологічної допомоги для контингенту ЗСУ згідно рівнів її організації (первинна, вторинна, третинна) та прикріпленого контингенту.

Функціонально зміст Наказу [180] визначає виключно поняття “стоматологічна допомога”. А таке поняття як “стоматологічна послуга” не застосовується у сфері охорони стоматологічного здоров’я військовослужбовців як регулятор суспільних відносин. Хоча, лише серед мобілізованих до антитерористичної операції на сході держави та призовників у той час потреба в санації ротової порожнини сягала 95 % [210]. Водночас у Наказі [180] визначено предметне поле всіх видів надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров’я та медичних підрозділах ЗСУ по типу “закритого циклу” [248, с. 109].

Однак, в умовах воєнного стану в Україні (з 24.02.2022 року) надзвичайно актуальною проблемою постала залежність військової стоматології від структури державної стоматології. У результаті військові стоматологи мали можливість надавати допомогу лише в тилових районах, а у місцях бойових дій військовим та мирним жителям, які потерпають від російського агресора, надання такої допомоги виявилося недоступним (причини визначені у параграфі 2.1).

Хоча, деякі спеціалісти-стоматологи змогли організувати пересувні стоматологічні пункти, щоб надавати стоматологічну допомогу українській армії, а також мирним жителям на прилеглій території.

Укомплектування таких посад забезпечено особистими ініціативами, які досить активно підтримуються на міжнародному рівні. Так, перший ініціативний проєкт зі створення стоматологічної допомоги на передовій в Україні була реалізована у 2015 році в рамках волонтерського проекту Trident Dental. Метою такого проєкту була організація якісної стоматологічної допомоги в районі проведення операції Об’єднаних сил (ООС). Тобто зазначений проєкт успішно реалізовувався у східних регіонах України до початку повномасштабної війни в Україні.

Тому на часі потрібно терміново нормативно врегулювати питання створення системи заходів для медичної стоматологічної реабілітації осіб, що постраждали та/або перебували на окупованих територіях / у полоні, та розробити механізми її практичної реалізації. Також система охорони здоров'я України має бути готовою в майбутньому надавати таку допомогу і у випадку здійснення терористичних атак на українській території та в разі одночасної появи великої кількості постраждалих або ж на територіях, звільнених від тимчасової окупації.

З викладеного вище, вбачається, що правова компонента інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН реалізується на засадах галузевого та міжвідомчого підходу й функціонує на підставі НПА, які мають виключно характер загальної дії: Конституція України, Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", Бюджетний та Цивільний кодекс України; інші Закони України та підзаконні акти. Така ситуація засвідчує, насамперед, слабкість, невизначеність і, що найгірше, нестабільність правового стану системи СДН, яку ці нормативно-правові акти регламентують.

Отже, вважаємо, що створення якісної нормативно-правової бази щодо забезпечення результативного державного регулювання системи СДН у т.ч. пов'язані зі значними труднощами, серед яких основними є такі:

− правове поле у сфері регулювання розвитку системи СДН є необґрунтовано розпорошеним або ж у деяких випадках − колізійним і архаїчним, що штучно ускладнює взаємовідносини у цій сфері;

− відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у сфері СДН;

− низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи у сфері СДН;

− складність проходження законопроєктів про охорону здоров'я загалом у Верховній Раді Україні;

− наявність недосконалих обмежуючих регуляторних механізмів у сфері: а) ліцензування, в основному, закладів охорони здоров'я, а не професіоналів і фахівців; б) добровільної акредитації закладів охорони здоров'я в умовах відсутності страхової медицини;

− обумовленість сертифікації систем управління якістю в закладах охорони здоров'я акредитацією та неадаптованість до вітчизняних умов міжнародних стандартів медичних технологій;

− неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки у сфері СДН;

− недостатнє використання позитивного зарубіжного досвіду щодо регулювання сфери СДН в Україні;

− чинна правова база розвитку системи СДН не ґрунтується на єдиній узгодженій концепції, тому й розвивається абсолютно не гармонійно; та ін.

Таким чином, незважаючи на існування всебічного інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН в Україні, інституційна складова такого механізму та його правова компонента поки що не забезпечують ефективної, орієнтованої на результати стоматологічної діяльності.

## 2.3. Аналіз функціонування ресурсного та науково-дослідного механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню

Запорукою забезпечення успішного розвитку системи СДН в Україні є створення належних умов для успішного функціонування, окрім розглянутого в параграфі 2.2 інституційно-правового механізму, ряду й інших базових механізмів, а саме таких як: ресурсний та науково-дослідний. Створення відповідних умов має орієнтуватись на відповідність потребам, завданням і цілям системи СДН (у т.ч. й в умовах невизначеності) та високий

рівень результативності праці у цій сфері. Більш детально означені механізми розглянемо нижче.

*Ресурсний механізм державного регулювання системи СДН*. Як відзначалося у параграфі 1.3, ресурсний механізм визначає вплив органів управління на процес та структуру формування, накопичення, зберігання, використання та відчуження ресурсів (кадрових/трудових, фінансово-економічних, інформаційних та ін.), які у взаємодії здатні забезпечити успішний розвиток системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я загалом (у т.ч.й в умовах невизначеності).

При цьому ресурсний механізм державного регулювання системи СДН включає: кадрову, фінансово-економічну та інформаційно-комунікативну компоненти, оцінку й аналіз яких наведемо нижче.

Розпочнемо з проблематики кадрового забезпечення системи СДН в Україні.

Дійсно медичні кадри, будучи найбільш важливим ресурсом галузі, мають вирішальний вплив на збереження і поліпшення громадського здоров'я. З урахуванням цього ресурсний механізм державного регулювання системи СДН має сприяти, насамперед, формуванню кадрового забезпечення у сфері надання СДН (враховуючи формування кадрового потенціалу), а також створювати умови для формування та постійного вдосконалення професійної компетентності персоналу у цій сфері.

На наше переконання, проблематика кадрового забезпечення системи СДН є багатопрофільною, оскільки тим чи іншим чином пов'язана з різними видами державної політики, зокрема:

– державна кадрова політика: в контексті формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я загалом та сфери СДН у тому числі, враховуючи проблематику безперервного професійного розвитку (БПР) тощо;

– державна освітня політика: в контексті створення умов для підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань “Охорона здоров’я” за фахом “Стоматологія” (включаючи навчання в інтернатурі);

– державна фінансова політика – визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників у сфері СДН тощо.

У даному контексті нагадаємо, що на поч. 2021 року згідно статистики в Україні працювало 22 180 лікарів стоматологічного профілю (близько 14% від загальної кількості лікарів), що на 3 575 осіб менше аналогічного показника в 2016 році [40; 41]. Тобто кількість лікарів стоматологічного профілю, які працюють у ЗОЗ різних форм власності, за останні 5 років скоротилася на 14 %.

При цьому внутрішньогалузева кадрова спеціалізація в системі вітчизняної СДН на поч. 2021 року була такою [40] (рис. 2.6):

1) надавали стоматологічну допомогу 14 494 лікаря-стоматолога та лікаря-стоматолога терапевтичного профілю (65,3%);

2) допомогу дітям та підліткам надавали 1834 фахівці (8,3 %);

3) проводили оперативні втручання на щелепно-лицевій ділянці, видалення зубів 2104 хірурги-стоматологи (9,5 %);

4) відновлення цілісності зубних рядів, протезування зубів проводили 3009 лікарів стоматологів-ортопедів (13,6%) та739 стоматологів-ортодонтів (3,3%).

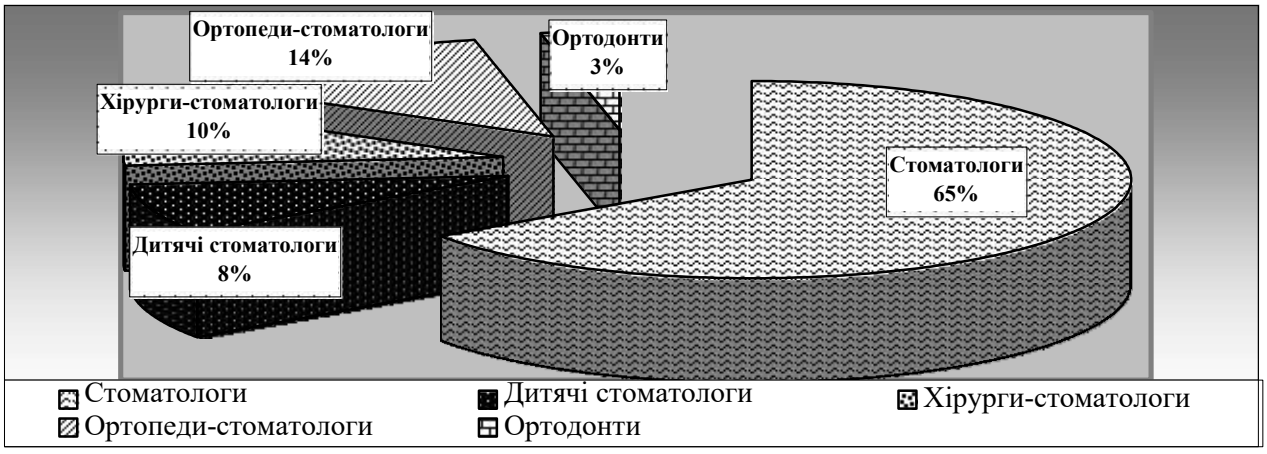


Рис. 2.6. Структура внутрішньогалузевої кадрової спеціалізації в системі СДН в Україні на поч. 2021 року, % [побудовано автором на основі [40]]

З огляду на це, можемо констатувати, що розподіл кадрів за внутрішньогалузевою спеціалізацією в системі СДН практично відповідає сучасним вимогам. Адже приблизно 65% лікарів у системі СДН в Україні мають спеціалізацію “Стоматологія” та “Терапевтична стоматологія”, тобто їх можна вважати лікарями первинного рівня, решта − високоспеціалізовані фахівці (приблизно, як і в країнах Європи).

Водночас викликає стурбованість закріплення протягом останніх років такої тенденції як зменшення забезпеченості лікарями-стоматологами (закладів усіх форм власності) на 10 тис. населення. Нагадаємо, що в 2016 році показник забезпеченості лікарями-стоматологами (закладів усіх форм власності) на 10 тис. населення в Україні становив 6,3, а на поч. 2021 року він зменшився вже до 5,4 (рис. 2.7).

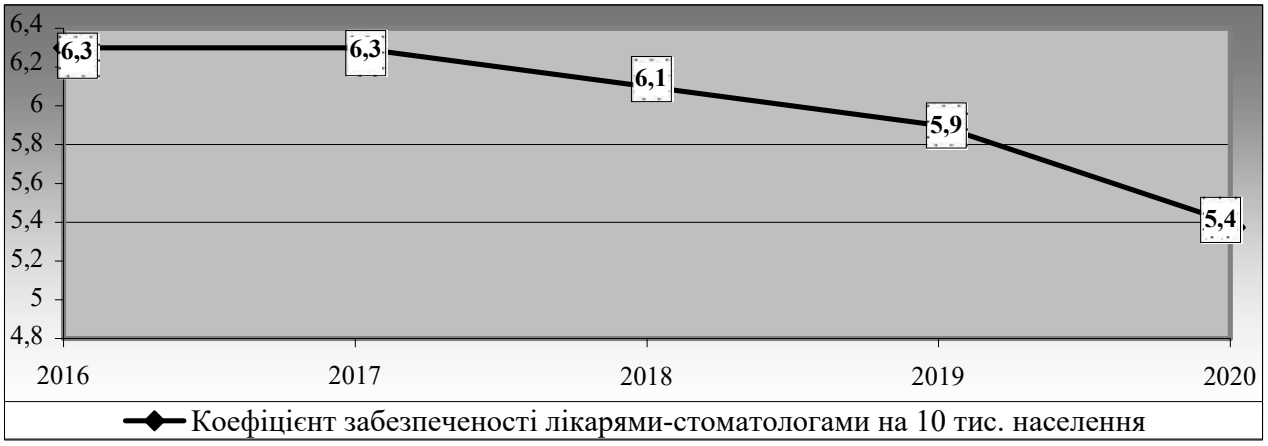


Рис. 2.7. Динаміка показників забезпеченості лікарями-стоматологами на 10 тис. населення України за період 2016-2020 роки [40; 41]

На нашу думку, зростання чисельності надавачів медичних стоматологічних послуг приватної форми власності не компенсує кількість їх зменшення в системі МОЗ. У результаті Україна все більше відстає за цим показником від країн Європи. Так, за даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, забезпеченість стоматологами у європейському регіоні становить 6,0, у країнах ЄС – 6,8 [40; 41].

Ще гірша ситуація в сільській місцевості, де на первинній ланці ліквідовано посаду лікаря-стоматолога. Нині в сільській місцевості

працюють 3000 лікарів-стоматологів і забезпеченість ними становить 2,3 на 10 тис. населення, тобто багато посад стоматологів у сільській місцевості залишаються вакантними. Окрім того, переважна більшість сільських лікарів-стоматологів мають похилий вік (старше 60 років) [151, с. 181].

Тому досягти амбітної мети охорони здоров'я 80/20 (середня тривалість життя – 80 років і збереження 20 власних зубів), особливо в сільських жителів, неможливо [208].

Надалі доцільно відзначити й нерівномірний географічний розподіл стоматологічних кадрів в Україні на поч. 2021 року: найвищі показники забезпеченості лікарями-стоматологами у м. Києві – 5,98 на 10 тисяч населення, у Львівській області – 5,13 та Полтавській області – 4,54. Значно нижчі показники реєстрували в таких областях: Закарпатській – 1,3, Херсонській – 1,44 та Миколаївській – 1,52 [40].

Укомплектованість посад стоматологічними кадрами у закладах системи МОЗ України становить 102,7%. Цей показник значно варіює у різних регіонах. Низькі показники укомплектованості реєструвались в областях:Херсонській (81,0%), Запорізькій (81,1%), Миколаївській (84,9%).

Значно вищою була укомплектованість в Івано-Франківській (123,5%), Львівській (123,9 %), Одеській областях (143,6 %) [40].

Водночас якість і доступність надання СДН напряму залежать від не лише від рівня забезпеченості закладу медичними працівниками, а й від їхнього професійного рівня.

Загалом кадрові вимоги в системі СДН передбачають відповідність працівників єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ України [64], зокрема, до керівників закладів охорони здоров'я, до професіоналів, у т. ч., до лікаря загальної практики − сімейного лікаря, до професіоналів у галузі стоматології − лікаря-стоматолога, лікаря-стоматолога дитячого, лікаря-стоматолога-ортодонта, лікаря-стоматолога-ортопеда, лікаря-стоматолога-терапевта, лікаря-стоматолога-хірурга, до фахівців, зокрема, до лікаря

зубного, помічника лікаря-стоматолога, сестри медичної зі стоматології, техніка зубного.

Нагадаємо, що основні підвалини стоматологічної освіти, що було закладено майже 100 років тому, залишаються і в сучасній системі освіти: стоматологічні факультети у складі медичних університетів, посилена загальномедична підготовка фахівців протягом усього 5-річного періоду навчання. Після випуску в дипломі спеціаліста в галузі стоматології зазначено − "лікар-стоматолог". Протягом наступного дворічного навчання в інтернатурі фахівець отримує сертифікат "лікаря-спеціаліста" та має доступ до самостійної стоматологічної практики.

Разом із цим зауважимо, що після встановлення з 2006 р. в Україні інтернатури зі спеціальності "Стоматологія" частка лікарів-стоматологів, а саме лікарів-стоматологів загальної практики, зросла до 70%. Відповідно до діючих кваліфікаційних характеристик ці фахівці мали би виконувати функції сімейного лікаря-стоматолога чи лікаря-стоматолога загальної практики, забезпечуючи при цьому надання первинної СДН та здійснення заходів профілактики стоматологічних захворювань в амбулаторних умовах, у тому числі в сільській місцевості. Проте з позицій організації охорони здоров'я це питання на сьогодні й надалі залишається не вирішеним. Адже відповідно до норм чинного законодавства всі лікарі стоматологічного профілю юридично віднесені до фахівців вторинного рівня медичної допомоги. Тож виникає організаційно-правова колізія, бо більшість (90 %) лікарів-стоматологів фактично працюють на первинному рівні. Наслідком існування такої ситуації є суттєве скорочення мережі стоматологічних кабінетів та посад лікарів-стоматологів у комунальних закладах охорони здоров'я [247, с. 161].

Окрім того, тенденція до перетворення спеціалізованої стоматології на так звану "сімейну стоматологію" призвела до зменшення кількості дитячих стоматологів, що негативно відображається на доступності стоматологічної допомоги для дітей і відповідно на поширенні ускладнень карієсу у дітей. В

Україні тривалий час залишався нелегалізованим такий вид допомоги як "дентальна (зубна) гігієна", хоча необхідні навчальні і робочі програми і освітньо-кваліфікаційні характеристики були створені, така спеціальність довгий час не була внесена до Державного класифікатора професій і відповідно такі фахівці не мали права працювати, що суперечило загальносвітовим тенденціям та міжнародній практиці [132].

Після завершення формальної освіти та початку практичної діяльності лікарі мають постійно розвивати свої компетенції. Саме тому реформування в медичній галузі стосується і питання безперервного професійного розвитку (БПР) її працівників як сучасного підходу до професійного вдосконалення медичного персоналу. Адже, на наше переконання, для підвищення якості СДН освіта спеціалістів вищої й середньої ланок має бути безперервною й містити державний стандарт післядипломної освіти.

Поняття "безперервний професійний розвиток лікаря" було введено в обіг у 2001 році Всесвітньою федерацією медичної освіти, замість терміна "безперервна медична освіта", який використовувався раніше [161]. І таке нововведення було досить доречним, оскільки в багатьох країнах ЄС, де переважає приватна лікарська практика, ліцензування включає безперервний професійний розвиток лікаря, що є обов'язковим для продовження медичної ліцензії.

Згідно чинних нормативно-правових актів, безперервний професійний розвиток працівників сфери охорони здоров'я − безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей працівників сфери охорони здоров'я, що дає їм змогу підтримувати або підвищувати рівень професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я [186].

З огляду на це, відзначимо, що система безперервного професійного розвитку лікарів передбачає підвищення кваліфікації та атестацію фахівців кожні 5 років, що було затверджено на законодавчому рівні, а саме Постановою КМУ № 302 від 28 березня 2018 року "Про затвердження

Положення про систему безперервного професійного розвитку у сфері охорони здоров'я" [187].

Практика безперервного професійного розвитку медичних працівників, що розпочалася в Україні з 2018 року, надалі була вдосконалена за рахунок формування системної та комплексної моделі навчання, яка передбачена:

− Постановою КМУ від 14 липня 2021 року № 725 "Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників" (набрала чинності з 1 січня 2022 року) [186]: у документі прописані лише основні засади здійснення БПР;

− Наказом МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів" [57] (зі змінами: у редакції наказу МОЗ № 1753 від 18 серпня 2021 року [167]). Окрім "Порядку проведення атестації лікарів", у документі розміщені важливі додатки, а саме: атестаційний листок, особисте освітнє портфоліо, атестаційне посвідчення, критерії нарахування балів БПР.

У сфері БПР кожен лікар в Україні, починаючи з 1 січня 2020 року, має набрати щонайменше 50 балів БПР. Бали нараховуються за різні види навчання, які лікар вільно обирає на основі запропонованого МОЗ України переліку видів діяльності. Загалом кількість балів не обмежена, проте щорічний обов'язковий мінімум складає 50 балів. Для лікарів, які значно перевищують кількісні й якісні вимоги до БПР, існує можливість позачергового отримання вищої категорії. Тобто для атестації у 2022 році лікар повинен подати до атестаційної комісії особисте освітнє портфоліо за 2020 та 2021 роки − "сукупність відомостей щодо персональних досягнень, проходження підвищення кваліфікації, здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я у процесі безперервного професійного розвитку" [186]. У таке портфоліо лікар має щороку вносити дані про своє навчання та засвідчувати його в керівника свого закладу.

Окрім того, у зв'язку з введенням в Україні в лютому 2022 року воєнного стану у березні 2022 року було внесено зміни [167] до наказу МОЗ України від 22 лютого 2019 року № 446, згідно яких встановлювалося, що "в 2023 році для атестації необхідно подати щонайменше 100 балів безперервного професійного розвитку, отриманих у 2020, 2021 роках, та бали безперервного професійного розвитку, отримані у 2022 році. Мінімальна кількість балів безперервного професійного розвитку, яка має бути підтверджена за річний період, у 2022 році не є обов'язковою". Тобто МОЗ України вирішило скасувати обов'язковий мінімум у балів БПР на 2022 рік.

Разом із цим було знято обмеження на дистанційне навчання до 2024 року. Нагадаємо, що раніше МОЗ вже скасувало обмеження через карантин, спричинений COVID-19. У подальшому лікарі можуть так само підвищувати свою кваліфікацію дистанційно та набирати за проходження онлайн-навчання більше, ніж 15 балів на рік. Всі набрані бали будуть зараховані під час проходження атестацій у 2023 та 2024 роках [167].

Лікарі − громадяни України, які проживають на тимчасово окупованих територіях, мають право здійснювати облік балів в особистому освітньому портфоліо без підпису керівника закладу охорони здоров'я, який знаходиться на тимчасово окупованій території [57].

Згідно Закону України "Про професійний розвиток працівників" [203] організація професійного навчання здійснюється роботодавцями, тому в закладах післядипломної освіти підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів, які працюють у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, здійснюється за рахунок державних коштів. Лікарі-стоматологи, які працюють у приватних стоматологічних закладах, проходять підвищення кваліфікації власним коштом або за рахунок клінік, де вони працюють.

Так, наприклад, в Україні на високому рівні зберігається відсоток лікарів-стоматологів, які пройшли підвищення кваліфікації та атестацію. Станом на 01.01.2021 року в Україні мали кваліфікаційну категорію 6527 лікарів-стоматологів закладів охорони здоров'я системи МОЗ, що

становить 73,3 %, з них: дитячих лікарів-стоматологів – 1097 (74,8%), стоматологів-хірургів – 1093 (71,6%), лікарів стоматологів-ортопедів – 1378 (75,3%), лікарів стоматологів-ортодонтів – 220 (64,1%) [40, с. 35].

Незважаючи на позитивні зміни в системі підвищення кваліфікації, протягом останніх 10 років питома вага атестованих лікарів-стоматологів лишається на рівні 73%–74% [41].

Зауважимо, що розрізняють два види атестації лікарів:

1) атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;

2) атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії [57].

Атестація лікарів на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії проводиться за спеціальностями як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом [57].

Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями: друга, перша, вища (табл. 2.3).

*Таблиця 2.3*

**Кваліфікаційні категорії лікарів-спеціалістів та вимоги до їх присвоєння***

| Категорія лікаря-спеціаліста | Вимоги до її присвоєння |
|---|---|
| Друга кваліфікаційна категорія | Присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад п’ять років |
| Перша кваліфікаційна категорія | Присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад сім років |
| Вища кваліфікаційна категорія | Присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад десять років |

*Джерело: узагальнено автором на основі [156, с. 25]

До стажу роботи для атестації за спеціальностями “терапевтична стоматологія”, “хірургічна стоматологія”, “ортопедична стоматологія”, “ортодонтія”, “дитяча стоматологія” зараховуються періоди роботи на посаді лікаря-стоматолога за умови відпрацювання за спеціальністю, з якої лікар атестується, не менше трьох років [57].

Лікарі, яким присвоєно кваліфікаційну категорію, проходять атестацію на її підтвердження один раз на п’ять років [57].

Згідно Додатку 4 “Критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку” [57], бали БПР нараховуються за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров’я:

– формальної освіти у сфері охорони здоров’я – шляхом здобуття освітньо-наукового та наукового рівнів вищої освіти галузі знань “Охорона здоров’я” (доктор філософії, доктор наук). Нарахування балів у рік захисту дисертації;

– неформальної освіти – під час проходження: навчання на циклах тематичного удосконалення, професійного медичного стажування за межами закладу, де працює такий працівник; майстер-класу, симуляційного тренінгу або тренінгу з оволодіння практичними навичками, тренінгу, семінару, фахової (тематичної) школи, наукової та/або науково-практичної конференції (у т.ч. конгресу, з’їзду, симпозіуму). БПР шляхом здобуття неформальної освіти також може здійснюватися за дистанційною формою навчання з використанням електронних навчальних ресурсів;

– інформальної освіти – шляхом самоорганізованого здобуття працівниками сфери охорони здоров’я професійних компетентностей під час повсякденної діяльності, пов’язаної з професійною, громадською або ін. діяльністю.Підтвердженням БПР шляхом здобуття інформальної освіти може бути публікація статті або огляду в журналі, що має імпакт-фактор [156, с. 26].

Важливо акцентувати увагу на такому: в кінці 2021 року були внесені чергові зміни до Постанови КМУ № 302 [57], якими було введено в обіг нову дефініцію “електронна система безперервного професійного розвитку”. Саме в такій системі має надалі розміщуватися інформація про зареєстрованих провайдерів БПР, їхні заходи та учасників.

Окрему увагу надалі необхідно звернути на особливості професійної підготовки управлінців у сфері СДН. З огляду на це, нагадаємо, що

управлінці в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери. А в Україні велика частка управлінців у галузі охорони здоров'я (у т.ч. й у сфері СДН) – фахівці без досвіду та навичок з управління, які мають медичну освіту (лікарі-практики) і, більшість з яких не мають правової чи економічної підготовки.

З моменту початку реформування охорони здоров'я активно ведеться дискусія щодо статусу керівного складу медичного закладу, а також наявність у них спеціальної освіти для займання таких посад. Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курує всі медичні процеси [120].

З 01.01.2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини [63].

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. Із 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань "Управління та адміністрування" або "Публічне управління та адміністрування", повинні будуть додатково здобути її (наказ МОЗ від 31.10.2018 № 1977) [132].

Враховуючи викладене, можемо констатувати, що медичні технології та рівень кваліфікації спеціалістів стоматологічного профілю в Україні загалом відповідають сучасному рівню країн ЄС. Однак, окрім кадрового та матеріально-технічного забезпечення, визначальний вплив на успішний

розвиток системи СДН здійснюють й інші компоненти ресурсного механізму державного регулювання системи СДН, а саме − фінансово-економічна та інформаційно-комунікативна.

У свою чергу фінансово-економічна компонента ресурсного механізму державного регулювання системи СДН визначає принципи, джерела, структуру й форми фінансування даної сфери.

Згідно рекомендацій ВООЗ формула фінансування охорони здоров'я представлена такими складовими: не менш ніж 70 % загальних витрат покриваються з громадських фондів (державних, органів місцевого самоврядування); не менш ніж 5 – 10 % – за рахунок приватного страхування (державне медичне страхування, в якому беруть участь роботодавці і працівники або приватні особи); не більше ніж 5 – 20 % – прямі платежі за медичні послуги [148].

В Україні згідно з медичною реформою правовий статус пацієнта наразі дозволяє вільно обирати собі лікаря, а медичний заклад має укладати контракти з державою для так званої капітаційної (подушної) оплати медичних послуг за принципом "гроші ходять за пацієнтом". Фінансування медичних послуг здійснюється через уповноважений центральний орган виконавчої влади в особі Національної служби здоров'я України. НСЗУ – це національний страхувальник, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує в медичних закладах послуги з медичного обслуговування населення, у тому числі й стоматологічного обслуговування. Основна мета діяльності цього органу управління – забезпечення рівного та якісного медичного захисту громадян України в межах гарантованого державою пакета медичної допомоги за рахунок коштів державного бюджету [149].

У контексті дослідження важливо акцентувати увагу на тому, що СДН є однією з найбільш високовартісних послуг у системі охорони здоров'я. При цьому, як засвідчує і вітчизняний, і міжнародний досвід, в жодній із країн світу не існує практики державного фінансування повного обсягу

стоматологічних послуг населенню. У багатьох країнах, навіть економічно успішних та розвинутих, стоматологія через її високу вартість взагалі виключена з Програм державних гарантій. Прогресивний міжнародний досвід вирішення цієї проблеми в інших країнах свідчить, що "найбільших результатів можна досягти завдяки своєчасному проведенню цілеспрямованих профілактичних заходів, організованих на державному рівні за рахунок цільового фінансування із центрального та місцевих бюджетів" [239, с. 294].

Цікавим видається той факт, що в ринкових питаннях вітчизняна стоматологія досягла значних успіхів ще в 90-х роках XX ст., коли було запроваджено платні послуги й утворилися перші госпрозрахункові стоматологічні заклади. Економічне обґрунтування собівартості стоматологічних послуг у цих закладах (розроблено МОЗ спільно з Одеським НДІ стоматології й НДІ громадського здоров'я) було покладено в основу наказу МОЗ № 305 "Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги I, II та III рівнях (амбулаторна допомога)". Незважаючи на те, що згаданий наказ МОЗ №305 втратив чинність ще в 2014 році, визначені в ньому УОП (умовні одиниці працеємкості) й досі використовуються в облікових документах, які заповнюють лікарі-стоматологи (листки й щоденники обліку роботи лікаря-стоматолога). Тому логічною виглядає доцільність перегляду методики оцінки регламентації обсягу робіт і їх відповідної вартості, що виконує лікар протягом робочої зміни. Підтвердженням цього може бути наказ МОЗ України №604 (з доповненнями в наказі №851) "Про затвердження складу та Положення про Робочу групу з питань оцінки медичних технологій" (виданий у 2019 році), згідно з яким мають бути розроблені нові моделі оцінки медичних технологій, у тому числі в стоматології [193].

На сьогодні в Україні оплата за надання СДН здійснюється, в основному, за рахунок плати пацієнтом (його представником) та частково за рахунок виплат з системи медичного страхування, цільових виплат з

державного чи місцевих бюджетів. Адже при жалюгідному (на рівні 3,5 % ВВП) бюджетному фінансуванні медичної галузі не можна вимагати від держави повного утримання високовартісних стоматологічних закладів.

Як відомо, після прийняття Закону України № 2168-VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" ССДН фактично залишилася без фінансової державної підтримки. Його розробники вважають, що стоматологія здатна "сама себе прогодувати". З огляду на це, основний фінансовий тягар мають нас себе взяти пацієнти, об'єднані територіальні громади і частково НСЗУ.

Так, з 2021 року НСЗУ виокремила стоматологічну медичну допомогу в окремий амбулаторний пакет. За інформацією АСУ, на поч. 2021 року на надання послуг за пакетом "Амбулаторна медична допомога дорослим та дітям", включно зі стоматологічною допомогою, НСЗУ уклала договори з понад 1,4 тисячі медичних закладів. Ці заклади отримали за контрактом з НСЗУ понад 7,3 млрд грн. [149].

У Програмі медичних гарантій 2022 року за напрямком "Стоматологічна допомога дорослим та дітям" обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки включає [273]:

1) проведення первинного огляду пацієнта/пацієнтки з оцінкою стану стоматологічного здоров'я відповідно до підходів ВООЗ в рамках ургентної стоматологічної допомоги у дорослих, ургентної та планової у дітей;

2) надання ургентної стоматологічної допомоги дітям та дорослим;

3) надання планової стоматологічної допомоги дітям (крім ортодонтичних процедур та протезування).

4) проведення інструментальних досліджень в рамках ургентної стоматологічної допомоги, а також планової стоматологічної допомоги дітям (внутрішньоротова рентгенографія, позаротова рентгенографія);

5) організація та проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів, а також дітей віком до 6 років відповідно до чинного законодавства;

6) своєчасне знеболення на всіх етапах діагностики та лікування (за винятком загального знеболення) під час надання ургентної стоматологічної допомоги дітям та дорослим та планової стоматологічної допомоги дітям віком до 18 років (крім ортодонтичних процедур та протезування);

7) надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам, виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги за потреби та надання невідкладної медичної допомоги до її прибуття;

8) направлення пацієнта/пацієнтки для отримання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, інших медичних послуг;

9) проведення хірургічних втручань під час надання ургентної стоматологічної допомоги дорослим та дітям.

Отже, НСЗУ планує оплачувати частково дитячу й ургентну стоматологічну допомогу.

З огляду на викладене, є очевидним, що практично будь-яка ургентна ситуація (наприклад, пульпіт, періодонтит, опіки слизової оболонки та інші з переліку безоплатних ургентних нозологій) завжди має логічне продовження у вигляді тривалого лікування, але вже за гроші пацієнтів. Насамперед, пацієнтам доведеться платити додатково за ліки, оскільки в національному переліку основних лікарських засобів небагато препаратів, що використовуються в стоматології.

Отже, підвищення оплати за послуги за програмою медичних гарантій не означає, що, наприклад, стоматологічна поліклініка зможе працювати без збільшення (причому суттєвого) вартості своїх послуг. Адже, на відміну від інших медичних підприємств територіальної громади, основне джерело

доходу стоматполіклінінки − не виплати від НСЗУ за програмою медичних гарантій, а саме платні послуги.

Таким чином, наразі сфера СДН в Україні залишилася фактично без фінансової підтримки держави. Відповідно для соціально незахищених верств населення значно знизилася доступність стоматологічної допомоги, а в сільській місцевості отримати її практично неможливо.

Отже, відсутність серйозних державних фінансових гарантій щодо СДН і скорочення сектора профілактичної стоматології призводить до зниження її доступності та стає причиною зростання стоматологічної захворюваності, яка в Україні є однією з найвищих у Європі. Показова статистика щодо призовників, в яких поширеність карієсу сягає 80%, а потреба в санації ротової порожнини – понад 95%. Стосовно осіб похилого віку – генералізований пародонтит і ускладнений карієс спостерігаються в 95,7% [96, с. 110].

Водночас згідно з Постановою КМУ № 1138 [184], стоматологія належить до тих галузей медицини, в яких з 1996 року можна запроваджувати платні послуги. Саме тому переважна більшість комунальних стоматологічних клінік у нашій країні вже працюють на платній основі. Такий підхід, з одного боку, обумовлює зниження доступності СДН для соціально незахищених верств населення, однак, з іншого, зміна фінансування цієї медичної галузі поступово виводить ринок стоматології з тіні. Адже медичні заклади мають можливість офіційно запроваджувати платні послуги та прозоро формувати ціну і конкурувати за клієнтів, як повноцінні комерційні структури.

Так, була розроблена модель об’єднаної комунально-приватної стоматологічної поліклініки, яка по суті є самоврядним, господарським і юридично самостійним суб’єктом медичної діяльності. Тобто, два різнопланові (функціонально й організаційно) лікувально-профілактичні відділення, орієнтовані на свого споживача послуг, забезпечують стоматологічною допомогою всі верстви населення [216].

Необхідно акцентувати, що реалізація засад медичної реформи в Україні відбувається паралельно з реформою місцевого самоврядування та формуванням об'єднаних територіальних громад. Отже, з огляду на це, саме органи місцевого самоврядування в межах реалізації як медичної реформи, так і адміністративної зобов'язані створити комфортні умови для надання СДН у медичних закладах, відкритих на їх території [247, с. 162].

Зауважимо, що відповідно до чинного законодавства органи місцевого самоврядування можуть не лише організовувати первинну медичну допомогу, але й постійно розвивати медичні заклади, розташовані на їх території, підтримувати новостворені медичні практики, тобто фізичних осіб-підприємців, сприяти впровадженню додаткових послуг, розвитку медичної допомоги, запроваджувати програми громадського здоров'я (додаткова діяльність сімейних лікарів, що стосується заходів профілактики, проведення роз'яснювальної роботи з населенням).

Отже, в Україні практика надання СДН поступово рухається шляхом участі пацієнтів в оплаті стоматологічних послуг.

Що стосується безпосередньо питання оплати праці працівників у сфері СДН, зауважимо, що згідно пункту 5.4 Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення (затверджених наказом Мінсоцполітики і МОЗ від 05.10.2005 № 308/519) [171] було визначено, що оплату праці працівників закладів (відділів, відділень, лабораторій, кабінетів) зубопротезування у закладах, які перебувають на госпрозрахунку або утримуються за рахунок коштів спеціального фонду, проводять за погодинно-преміальною системою. Виняток становлять зубні техніки, полірувальники, ливарники та інші робітники, зайняті на зуботехнічних роботах. Працю цих працівників оплачують за відрядно-преміальною системою. Погодинні ставки зубних техніків розраховують, виходячи з посадових окладів зубних техніків та встановленої середньомісячної норми робочого часу.

Розмір заробітку працівників госпрозрахункового відділення повністю залежав від обсягу наданих послуг і результатів праці. Зазвичай у закладах затверджують щомісячний фінансовий план для лікарів-стоматологів госпрозрахункового відділення, в якому прописують показники для виконання, наприклад, обсяг коштів, отриманих від надання платних стоматологічних послуг. Також затверджують коефіцієнти від посадового окладу для нарахування зарплати, в залежності від виконання фінансового плану кожним лікарем. Тобто, зарплату нараховують пропорційно виконанню фінансового плану. За перевиконання нараховують премії [171].

У зв'язку з введенням в дію Постанови КМУ від 12 січня 2022 року №2 "Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я" [58] в багатьох медичних закладах (у т.ч й у сфері СДН) склалася критична ситуація з виплатою заробітної плати. Адже оплата праці медичним працівникам власними коштами, з одного боку, призводить до збільшення фінансового плану лікаря-стоматолога на місяць, а з іншого, збільшення заробітної плати з нарахуваннями призведе до зростання тарифу на стоматологічні послуги. Однак, підвищувати вартість послуг відповідно до потреби заклад не зможе, адже ризикує втратити пацієнтів на конкурентному ринку стоматпослуг.

Нагадаємо, проблема виникла у зв'язку з тим, що держава вищезгаданою Постановою [58] підвищила заробітні плати у сфері охорони здоров'я для лікарів до розміру не менше ніж 20 000 гривень на місяць, а для середнього медичного персоналу − не менше ніж 13 500 гривень. Із 1 січня 2022 року медики, які працюють на повну ставку, не можуть отримувати заробітну плату меншого розміру. Керівників закладів охорони здоров'я, які не нарахують працівникам зарплати за новими базовими ставками, обіцяють штрафувати.

Отже, наразі залишається недосконалим механізм нарахування заробітної плати медичним працівникам сфери СДН, зокрема надбавок за роботу в ковідних відділеннях. Нівелюється питання диференціації оплати

заробітної плати завідуючим відділень та старшим медичним сестрам. Більшість стоматологічних закладів не можуть виконати умови Постанови КМУ №2 [58] і будуть претендувати на пакет дофінансування, який у 2022 році створює НСЗУ. Тоді кожен працівник зможе мати встановлений базовий рівень, про який йдеться у зазначеному документі. Проте, виникає інша проблема: якщо заклад претендує на цей пакет по різниці в оплаті заробітної плати, відповідно він втрачає право на встановлення преміальних та інших надбавок. У результаті повністю втрачається механізм матеріальної мотивації працівника.

Надалі акцентуємо більше уваги на ролі інформаційно-комунікативної компоненти ресурсного механізму державного регулювання системи СДН в Україні. Дана компонента є надзвичайно важливою для системи СДН в умовах сучасних суспільних викликів та загроз в Україні, так як детермінує її якість загалом через інформаційно-комунікативну взаємодію, що передбачає наявність зворотнього зв'язку.

Як відомо, сучасні ІКТ вагомо змінюють наше життя, а саме спосіб виробництва продуктів і послуг, організацію та форми проведення дозвілля, методи й форми освіти, впливають на соціальну структуру суспільства, економіку, політику та розвиток соціокультурних інститутів. Більше того, розвиток цих технологій не тільки породив різноманітні соціальні ефекти, а й сприяв виникненню нового гуманітарного знання, відомого як концепція інформаційного суспільства.

Саме тому впровадження новітніх ІКТ (діджиталізація/цифрова трансформація) стало своєрідним "мейнстримом" останніх років у всіх галузях і сферах національної економіки. Не стала виключенням й вітчизняна сфера СДН, оскільки це не стільки "данина моді", а вимога сучасного конкурентного середовища.

З огляду на це, можемо констатувати, що стоматологічні заклади, на відміну від багатьох медичних закладів в Україні, не лише опановують цифрові технології, а й вже активно їх вдосконалюють. Останнє наразі є

обов’язковою умовою надання населенню доступних та якісних стоматологічних послуг.

У зв’язку з цим, необхідно згадати про нову інформаційну систему Helsi (укр. Хелсі), яка набула надзвичайної популярності в медичних закладах України.

Helsi − медична інформаційна система для закладів охорони здоров'я та медичний портал для пацієнтів в Україні.

Медична інформаційна система автоматизує роботу закладу охорони здоров‘я, лікаря, лабораторії, стаціонару, ведення електронних медичних карток. Система має зручний та зрозумілий інтерфейс, допомагає формувати звіти, має вбудований конструктор бланків і форм медичних документів та функціонал для роботи за програмою медичних гарантій з НСЗУ).

Портал для пацієнтів дає можливість знайти потрібного лікаря та записатися до нього на прийом онлайн, в клініці без черги отримати консультацію та мати доступ до своєї електронної медичної картки (з переглядом діагнозів, призначень, направлень, рецептів, результатів аналізів та досліджень) [31].

Проте, ще більший зиск від діджиталізації стоматологічні заклади отримали в умовах пандемії COVID-19, оскільки дозволило не лише оптимізувати свою діяльність, а й дотримуватись санітарно-гігієнічних норм. При цьому, враховуючи рекомендації ВООЗ, МОЗУ та НСЗУ, в багатьох стоматологічних поліклініках було встановлено наступний алгоритм дій перед відвідуванням лікаря-стоматолога: пацієнти повинні, по можливості, проходити скринінг в дистанційному/віртуальному режимі або по телефону. За відсутності такого скринінгу, після прибуття до медичного закладу пацієнт має пройти процедуру “медичного сортування”, яке має на меті направити на лікування тільки ургентних пацієнтів, а також переконатися у відсутності у них симптомів інфекції COVID-19 або ризику контакту з джерелом зараження в анамнезі [125].

Водночас важливо звернути увагу й на такі нові можливості, які безпосередньо надають ІКТ для науково-освітньої діяльності у сфері СДН:

− спілкування з іноземними колегами електронною поштою для своєчасного інформування про новинки та досягнення у медичній науці, за допомогою ведення листування та здійснення групових розсилок;

− швидкий та легкий доступ до широкої актуальної інформації у мережі Інтернет, що дозволяє використовувати найактуальнішу інформацію та нові методики в медицині, акумулювати весь накопичений світовий досвід;

− можливість дистанційного навчання, що дозволяє прослуховувати лекції, навчатися у найкращих світових вузах, не виходячи з дому за нижчою ціною, ніж за традиційному освіті;

− можливість публікації матеріалів у міжнародних виданнях, що дозволяє ділитися досвідом із всесвітньою науковою спільнотою медиків, отримувати критику та схвалення з урахуванням практичних особливостей навколишньої дійсності, а також набувати популярності та можливість брати участь у всесвітніх форумах та конференціях тощо.

Отже, вважаємо, що позитивний досвід застосування ІКТ в наданні СДН в Україні і в управлінні КНП стоматологічного профілю засвідчує необхідність продовження вдосконалення такої діяльності як необхідної запоруки підвищення доступності пацієнтів до якісних стоматологічних послуг.

Узагальнюючи проведене дослідження, узагальнимо основні проблемні аспекти функціонування ресурсного механізму державного регулювання системи СДН в Україні, серед яких відзначимо такі:

– потребує завершення процес реформування освіти з введенням рівнів бакалавра й магістра, удосконалення освітніх програм відповідно до вимог Всесвітньої федерації медичної освіти;

– до початку повномасштабної військової російської агресії на території України у сфері СДН спостерігався масовий виїзд кваліфікованих лікарів за кордон (зовнішня трудова міграція);

− починаючи, з 24.02.2022 року, відбувається постійний відток кадрів: частина лікарів-стоматологів приєдналася до лав ЗСУ на початку війни, значна кількість фахівців виїхала на захід України або ж взагалі за кордон;

– незважаючи на позитивні зміни в системі підвищення кваліфікації, протягом останніх 10 років питома вага атестованих лікарів-стоматологів лишається на рівні 73%–74%;

– реалії сьогодення вимагають фахівців більш вузької спеціалізації, наприклад стоматологів-ендодонтистів, хірургів-імплантологів, які потребують інших підходів до оцінки якості їхньої роботи і, відповідно, до атестації, сертифікації, ліцензування таких спеціалістів;

− дефіцит фінансового забезпечення розвитку системи СДН: а) з набуттям чинності Закону України № 2168-VIII “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” вітчизняна стоматологія фактично залишилася без фінансової підтримки держави; б) має місце недостатній рівень фінансування СДН місцевими органами влади; в) не розроблені програми фінансування діяльності стоматологічних клінік всіх форм власності, де тимчасово-переміщені особи можуть отримати безоплатну допомогу і яку;

− брак обґрунтування та невідповідність фактичних і запланованих витрат на розвиток системи СДН;

− відсутність цільових національних програм для забезпечення розвитку системи СДН, у яких були б зазначені головні напрями та джерела її фінансування;

− залишається недосконалим механізм нарахування заробітної плати медичним працівникам сфери СДН;

− слабке матеріально-технічне забезпечення та значний знос стоматологічного обладнання (насамперед, у закладах державної форми власності);

− відсутність єдиної комунікативної стратегії у сфері СДН;

− неадекватність сучасних програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері ІКТ та ін.

*Науково-дослідний механізм державного регулювання системи СДН*. Як відзначено у параграфі 1.3, науково-дослідний механізм розвитку системи СДН виступає базою для інновацій у сфері СДН. Він представляє собою наукову діяльність, спрямовану на дослідження явищ, процесів у сфері СДН з метою напрацювання нових знань, форм, методів, стандартів і технологій, які мають підвищувати її результативність й ефективність.

У даному контексті відзначимо, що наразі значно посилюється авторитет Української наукової стоматологічної школи у світі, про що свідчить затребуваність наших фахівців у зарубіжних країнах та зростання медичного туризму зі стоматології в Україну. У вітчизняну практику впроваджені найсучасніші наукові розробки в галузі стоматології (естетичної реставрації зубів, дентальної імплантації, суцільно-литого і безметалевого стоматологічного протезування та ін.).

На нашу думку, запорукою успіху Української наукової стоматологічної школи стали, насамперед, три ключових напрями її становлення, а саме: розвинута система медичної освіти; розвиток фундаментально-прикладних наукових досліджень у сфері СДН; створення повноцінної системи надання СДН й об’єднавча діяльність громадських організацій у сфері СДН.

Як засвідчує практика, базовий фундамент для формування та рзвитку цих напрямів в Україні було закладено ще в першій половині ХХ століття.
На сьогодні підготовку спеціалістів стоматологічного профілю здійснює 13 вищих навчальних медичних закладів системи МОЗ України, а саме: Буковинський державний медичний університет (ДМУ), Вінницький національний медичний університет (НМУ), Дніпровська медична академія, Донецький НМУ, Запорізький ДМУ, Івано-Франківський НМУ, Луганський ДМУ, Львівський НМУ, НМУ ім. О.О. Богомольця, Одеський НМУ,

Тернопільський НМУ, Українська медична стоматологічна академія, Харківський НМУ. Підготовку спеціалістів стоматологічного профілю здійснювали 2 навчальні заклади МОН України, а саме Ужгородський національний університет та Сумський державний університет. Підготовку лікарів-стоматлогів здійснювали також 6 привтаних ЗВО, а саме: в Київському медичному університеті, Львівському медичному університеті, Львівському медичному інституті, Міжнародному гуманітарному університеті (м. Одеса), Київському міжнародному університеті, Дніпровському медичному інституті традиційної і нетрадиційної медицини, Міжнародній академії екології та медицини [40, с. 34].

Тобто, згідно наведеної статистики, в Україні на поч. 2021 року за фахом "стоматологія" навчання проводив 21 ЗВО, з них 6 закладів функціонують як приватні (29% ринку освітніх послуг у сфері СДН) [40, с. 34]. З огляду на це, вважаємо зо доцільне, навести статистику щодо підготовки медичних кадрів стоматологічного профілю у країнах ЄС відповідно до наявних потреб: "більшість навчальних закладів у ЄС, які готують майбутніх стоматологів, відкрито в Італії (34), Німеччині (30), Іспанії (17), Франції (16), Великобританії (16). У країнах ЄС медичні кадри для стоматологічної служби готуються переважно в навчальних закладах державної форми власності (90%). Приватні навчальні заклади існують лише в 9-ти європейських країнах, а їх питома вага не перевищує 10% у системі підготовки медичних кадрів" [239].

Навчання в інтернатурі проводиться в 21ЗВО України, що здійснюють підготовку лікарів-інтернів за фахом "стоматологія", серед них: 16 ЗВО МОЗ України (3 з яких− заклади післядипломної освіти), 2 ЗВО МОН України, 1 ЗВО Міноборони України та 2 приватні ЗВО [40,с. 34].

Доцільно також звернути увагу на те, що підготовка молодших спеціалістів з медичною освітою за фахом "стоматологія" та "ортопедична стоматологія" здійснюється в 23 фахових медичних навчальних закладах системи МОЗ України. Окрім того, для отримання кваліфікації "медична

сестра зі стоматології" молодші спеціалісти з медичною освітою (медичні сестри, фельдшери, акушерки) проходять відповідну спеціалізацію протягом 1,5 місяця у закладах післядипломної освіти [40, с. 35].

У контексті сучасних суспільних викликів та загроз важливо відзначити, що в Україні ще з кінця 90-х років XX ст. започаткована медична дисципліна − "Військова стоматологія", за якою здійснюють підготовку та підвищення кваліфікації фахівців, що спеціалізуються на лікуванні поранень щелепно-лицевої ділянки та надають стоматологічну допомогу військовим ЗСУ. А в 1995 році відкрито кафедру щелепно-лицевої хірургії та стоматології Української військово-медичної академії.

На сьогодні вивчення епідеміології стоматологічних захворювань, розробку нових технологій у стоматології здійснює ДУ "Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України" (м. Одеса); післядипломну освіту, підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів провадять з 2003 року Національна медична академія післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика (м. Київ, на базі створено Інститут стоматології, який координує професійний розвиток стоматологів в Україні) та Харківська медична академія післядипломної освіти. В Україні створюються інститути післядипломної освіти при медичних університетах, які також підвищують кваліфікацію лікарів-стоматологів. Відповідно до свого фаху лікарі об'єднуються в асоціації – пародонтологів, ортопедів, ортодонтів, щелепно-лицевих хірургів, ендодонтистів, дитячих стоматологів тощо [40].

Разом із тим основним об'єднавчим майданчиком для лікарів є Асоціація стоматологів України (АСУ). Її було створено у жовтні 1994 року шляхом реорганізації республіканського наукового товариства стоматологів в АСУ, яка на той час об'єднала стоматологів і зубних техніків із 27 обласних асоціацій, науковців та викладачів усіх медичних вишів. Та особливою подією для стоматологічної спільноти було прийняття АСУ до Всесвітньої федерації стоматологів (FDI) у 1998 році, тобто Українська наукова стоматологічна школа здобула офіційне міжнародне визнання.

Сучасна АСУ є спільним “майданчиком” для всіх стоматологів України, де спільно вирішуються питання організації стоматологічної допомоги, стоматологічної освіти, науки та практичної діяльності. При цьому АСУ може представляти досягнення вітчизняної науки та практики і світовому співтовариству та має змогу брати участь у вирішенні важливих питань, що розглядаються на засіданнях Генеральної асамблеї FDI і стосуються як суто професійних знань, так і особливостей освіти, організації стоматологічної допомоги тощо. За ініціативи АСУ проводяться з’їзди, науково-практичні конференції (обговорюються наукові досягнення та нові технології для стоматологів), симпозіуми та національні стоматологічні конгреси.

Враховуючи позитивні аспекти даного механізму, необхідно визначити й основні проблеми науково-дослідної діяльності у сфері СДН, а саме:

− відсутність єдиної узгодженої наукової концепції розвитку системи СДН в Україні, яка має стати як головним науковим документом (теоретико-методологічні засади функціонування системи СДН), так і політичним документом (формулювання вимог до законодавчої бази, політики держави у сфері СДН) в умовах повоєнної відбудови економіки України;

− невизначеність понятійного апарату у сфері СДН та його неузгодженість з міжнародними стандартами;

− методологічна неузгодженість процесів обміну інформацією у сфері СДН;

− дефіцит державного фінансування сфери наукових досліджень у системі СДН та ін.

Враховуючи викладене, головні проблеми функціонування механізмів державного регулювання системи СДН в Україні з метою їх більш чіткої ідентифікації та деталізації, вважаємо за доцільне, систематизувати в Додатку Г по блокам тих механізмів, які були визначені як складові комплексного механізму державного регулювання системи СДН: інституційно-правовий; ресурсний; науково-дослідний.

Таким чином, опираючись на результати проведеного аналізу чинних механізмів державного регулювання системи СДН в Україні, можна зробити висновок, що одним із найважливіших стратегічних завдань у сфері СДН, яка знаходиться наразі в процесі своєї модернізації, є створення сприятливих передумов, необхідних для забезпечення /стабілізації/ впорядкування діяльності в системі СДН, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики в цій сфері. Реалізувати це завдання вбачається можливим як за рахунок комплексного розв'язання окреслених вище проблем з позиції удосконалення визначених механізмів державного регулювання, які знаходяться під впливом як внутрішніх чинників, так і виконання зобов'язань у сфері охорони здоров'я, які Україна взяла на себе в процесі інтеграції до ЄС. Більш детально перспективні вектори удосконалення механізмів державного регулювання системи СДН в Україні на шляху її євроінтеграційних перетворень будуть визначені у параграфі 3.2.

**Висновки до розділу 2**

**1.** Доведено нагальну необхідність реформування системи СДН в Україні на основі ґрунтовного аналізу її ґенези. З метою пізнання особливостей державного регулювання системи СДН проведено аналіз стану функціонування сфери СДН в Україні протягом 2016-2020 років. На цій підставі встановлено, що система СДН в Україні перебуває в стані кризи і стагнації, адже: а) система СДН не відповідає потребам населення, так як СДН нині на первинній ланці майже не надається та є дуже обмеженою, що не забезпечує гарантованого конституційного права людини на охорону здоров'я та доступну медичну допомогу; б) відсутність СДН на первинному щаблі призводить до втрати системою охорони здоров'я функції соціального стабілізатора; в) в умовах розгортання повномасштабної російської воєнної агресії проти України чітко висвітлилась залежність військової стоматології

від структури державної стоматології, у результаті чого військові стоматологи, з ряду об'єктивних причин, не можуть надавати повноцінну СДН у місцях бойових дій військовим та мирним жителям, які потерпають від ворога; г) система СДН має недостатній рівень фінансування державною та місцевими органами влади; д) державний сектор сфери СДН демонструє низьку конкурентоздатність порівняно з приватними стоматологічними клініками та має невисокий рівень використання інноваційних технологій у щоденній практиці; е) відсутні, затверджені на законодавчому рівня, конкурентні "правила гри" в системі СДН у вигляді розробки й затвердження регуляторних нормативно-правових актів, а також погодження документів професійного самоврядування стоматологів, що спрямовані на формалізацію та оптимізацію взаємовідносин у ланцюгу "пацієнт – стоматолог – стоматологічний заклад – громадське об'єднання стоматологів – органи публічного управління"; є) протягом останніх років у сфері СДН відбувається чітко виражений перерозподіл ринку стоматологічних послуг: "приватний сектор" буде й надалі витісняти "комунальний", а "крупний" – поглинає "дрібний"; ж) починаючи, з 24.02.2022 року, відбувається відток кадрів: частина лікарів-стоматологів приєдналася до лав ЗСУ на початку війни, значна кількість фахівців виїхала на захід України або ж взагалі за кордон; з) відсутній ефективний соціальний захист працівників у сфері СДН; та ін. Зроблено висновок, що за період існування незалежної України так і не відбулося становлення засад цілісного (або холістичного) підходу до здоров'я людини, до формування партнерських відносин у сфері СДН, внаслідок чого наявний високий рівень захворюваності та запит на високовартісні спеціалізовані види СДН.

**2.** Виявлено та систематизовано особливості формування та реалізації інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН в Україні. У результаті до основних суб'єктів інституційного забезпечення на різних рівнях державного регулювання сфери СДН в Україні віднесено такі, як: ВООЗ, FDI; ГО "Асоціація стоматологів України"; органи державного

управління; органи місцевого самоврядування; бізнес-структури/інвестори; заклади різних форм власності, що надають СДН; та ін.

Обґрунтовано, що створення якісної нормативно-правової бази із законодавчого забезпечення правового поля з державного регулювання сфери СДН у т.ч. пов'язані зі значними труднощами, серед яких основними є такі: а) правове поле у сфері регулювання розвитку системи СДН є необґрунтовано розпорошеним або ж у деяких випадках − колізійним і архаїчним, що штучно ускладнює взаємовідносини у сфері СДН; б) відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у сфері СДН; в) низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи у сфері СДН; г) складність проходження законопроєктів про охорону здоров'я загалом у ВРУ; д) наявність недосконалих обмежуючих регуляторних механізмів у сфері ліцензування (в основному, закладів охорони здоров'я, а не професіоналів і фахівців) та добровільної акредитації закладів охорони здоров'я в умовах відсутності страхової медицини; е) обумовленість сертифікації систем управління якістю в закладах охорони здоров'я акредитацією та неадаптованість до вітчизняних умов міжнародних стандартів медичних технологій; є) недостатнє використання позитивного зарубіжного досвіду щодо регулювання сфери СДН в Україні; та ін. Таким чином, встановлено, що, незважаючи на існування всебічного інституційно-правового механізму державного регулювання системи СДН в Україні, інституційна складова такого механізму та його правова компонента поки що не забезпечують ефективної, орієнтованої на результати стоматологічної діяльності.

**3.** У процесі дослідження ресурсного механізму державного регулювання системи СДН встановлено, що він визначає вплив органів управління на процес та структуру формування, накопичення, зберігання, використання та відчуження ресурсів (кадрових/трудових, фінансово-економічних, інформаційних та ін.), які у взаємодії здатні забезпечити успішний розвиток сфери СДН в умовах реформування сфери охорони

здоров'я загалом (у т.ч.й в умовах невизначеності). Відповідно даний механізм досліджено в контексті 3-х складових компонент: кадрової, фінансово-економічної та інформаційно-комунікативної. На цій основі узагальнено основні проблемні аспекти функціонування ресурсного механізму державного регулювання системи СДН в Україні, серед яких відзначено такі: а) до початку повномасштабної військової російської агресії на території України у сфері СДН спостерігався масовий виїзд кваліфікованих лікарів за кордон (зовнішня трудова міграція); б) незважаючи на позитивні зміни в системі підвищення кваліфікації, протягом останніх 10 років питома вага атестованих лікарів-стоматологів лишається на рівні 73%–74%; в) реалії сьогодення вимагають фахівців більш вузької спеціалізації; г) дефіцит фінансового забезпечення розвитку системи ССДН; д) брак обґрунтування та невідповідність фактичних і запланованих витрат на розвиток системи СДН; е) відсутність цільових національних програм для забезпечення розвитку системи СДН, у яких були б зазначені головні напрями та джерела фінансування СДН; є) залишається недосконалим механізм нарахування заробітної плати медичним працівникам у сфері СДН; ж) відсутність єдиної комунікативної стратегії у сфері СДН; з) неадекватність сучасних програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері ІКТ та ін.

**4.** Науково-дослідний механізм розвитку системи СДН розглянуто як базу для інновацій у сфері СДН. Тобто він представляє собою наукову діяльність, спрямовану на дослідження явищ, процесів у сфері СДН з метою напрацювання нових знань, форм, методів, стандартів і технологій, які мають підвищувати її результативність й ефективність. У даному контексті відзначено, що наразі значно посилюється авторитет Української наукової стоматологічної школи у світі, про що свідчить затребуваність наших фахівців у зарубіжних країнах та зростання медичного туризму зі стоматології в Україну. Окрім того, ідентифіковано основні проблеми науково-дослідної діяльності у сфері СДН, а саме: а) відсутність єдиної

наукової концепції розвитку системи СДН в Україні, яка має стати як головним науковим документом (теоретико-методологічні засади функціонування системи СДН), так і політичним документом (формулювання вимог до законодавчої бази, політики держави у сфері СДН) в умовах повоєнної відбудови економіки України; б) невизначеність понятійного апарату у сфері СДН та його неузгодженість з міжнародними стандартами; в) методологічна неузгодженість процесів обміну інформацією у сфері СДН; г) дефіцит державного фінансування сфери наукових досліджень у системі СДН та ін.

Основні положення розділу дисертаційної роботи відображені в таких працях автора: [109; 110; 111; 112; 114; 115; 117].

# РОЗДІЛ 3
# НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

## 3.1. Зарубіжний досвід державного регулювання стоматологічної діяльності й можливості його адаптації в Україні

Як доведено у 2-му розділі роботи, система СДН в Україні перебуває в процесі кардинальних змін, що передбачають формування нових та удосконалення існуючих підходів щодо її функціонування в умовах цілеспрямованих євроінтеграційних перетворень в державі з урахуванням її воєнних реалій.

З метою найповнішого обґрунтування пріоритетних змін механізмів державного регулювання розвитку системи СДН в Україні необхідно розглянути сучасні науково-практичні підходи до аналогічних змін, яких зазнають або зазнали створені системи стоматологічної допомоги населенню у демократичних зарубіжних країнах світу.

Наразі існує шість основних систем стоматологічної допомоги у країнах Євросоюзу (скандинавська модель, модель Бісмарка, модель Беверіджа, південно-європейська, східно-європейська та змішана модель) [119, с. 100]. При цьому система стоматологічної допомоги залишається невід'ємною від національної системи охорони здоров'я країни та функціонує й розвивається на її засадах. Треба зауважити, що найбільш поширеним є розподіл держав за трьома групами охорони здоров'я, в яких є: державна (національна) система; страхова медицина; приватна (ринкова) система (рис. 3.1) [32, с.93].

Загалом у розвинених країнах світу стоматологічна служба споживає приблизно 10% і більше від усіх фінансових ресурсів системи охорони здоров'я (в Україні менше 2%) [217]. У даному контексті відзначимо, що

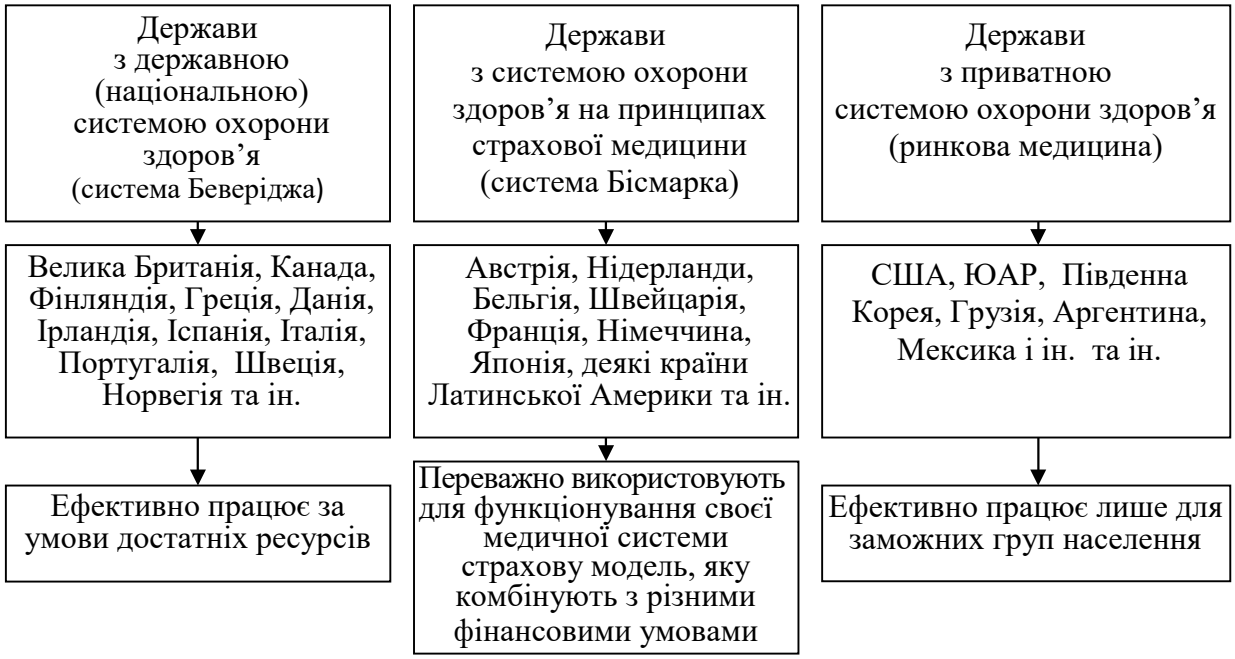


Рис. 3.1. Класифікація держав і їх систем охорони здоров'я [32, с. 97]

світова практика надання СДН загалом розвивається в напрямку залучення пацієнтів до оплати стоматологічних послуг. З огляду на це, в більшості європейських країн національні системи стоматологічної допомоги населенню складаються з трьох компонентів: приватного, громадського/ суспільного та страхового.

В економічно розвинених країнах світу функціонують різні моделі медичного страхування, які охоплюють як добровільне, так і обов'язкове медичне страхування. Наприклад, як відмічають фахівці, "програми обов'язкового страхування наразі охоплюють 28 країн світу та характерні для таких країн як Німеччина, Англія, Італія, Бельгія, США, Нідерланди, Фінляндія та інші, що включають надання стоматологічних послуг у різних обсягах, в основному профілактичних, і лікування неускладненого карієсу" [119]. При цьому в одних країнах може діяти лише обов'язкове медичне страхування (ОМС), в інших − успішно поєднується і обов'язкове, і добровільне медичне страхування (ДМС).

У США в даний момент діє Affordable Care Act, згідно якого кожен громадянин зобов'язаний мати медичну страховку. Незважаючи на великий вибір варіантів медичної страховки, знайти таку, що дає можливість

отримати стоматологічну допомогу, дуже складно. Отже, більшістю громадян США будь-які види стоматологічних послуг оплачуються в повній мірі. Так, витрати на лікування зубів у США склали у 2018 році більше 29 млрд доларів. Є й державне фінансування стоматологічних послуг, але лише близько 5 % громадян певних категорій отримують стоматологічну допомогу за рахунок державних джерел фінансування. Також держава виділяє кошти на запровадження деяких профілактичних програм [119, с. 103].

Центральною фігурою системи медичного обслуговування у США є приватний лікар. За даними дослідження, проведеного Каліфорнійським університетом у Сан-Франциско, близько 80% від усіх витрат на систему охорону здоров'я у тій, чи іншій формі, контролюється саме приватними лікарями. Багато лікарів володіють акціями комерційних лікарень, санаторіїв, діагностичних лабораторій, медичних корпорацій. У США велика увага приділяється профілактиці стоматологічних захворювань. Сама професія гігієніста стоматологічного виникла теж у США [217].

Державно-приватне партнерство (ДПП) у США − закріплена у договірній формі угода між державою і приватною компанією, яка дозволяє останній використовувати державну власність та виконувати функції, які традиційно лежать у сфері відповідальності публічної влади.

Термін "ДПП" визначає широкий спектр відносин у діапазоні від простих контрактів, за якими приватна компанія приймає на себе певні ризики і погоджується на систему штрафних санкцій, до комплексних, технічно складних проєктів, які включають будівництво, модернізацію, експлуатацію об'єктів і управління ними [225]. Так, у базі даних Ініціативи з ДПП охорони здоров'я Глобального форуму з досліджень у медичній галузі перераховано 91 міжнародний механізм, який може бути названий ДПП [264].

Система медичного обслуговування в Канаді реалізується переважно через державне фінансування та систему медичного страхування. Однак стоматологічні послуги в Канаді відносяться до платних. У Канаді 75 %

населення старше 15-ти років регулярно відвідує стоматолога, хоча цей показник варіює в залежності від доходу сім'ї. Держава фінансує певні програми профілактики стоматологічних захворювань [119, с. 102].

Як зауважує С. Богату, організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги у країнах Європи характеризуються великим різноманіттям і відображають особливості систем охорони здоров'я в цих країнах, історичний досвід і шлях розвитку,через який вони пройшли. Як правило, моделі надання стоматологічної допомоги розвивались від виключно приватних із прямими фінансовими відносинами між медичними працівниками та пацієнтами до різноманітних суспільних моделей, що включають державне фінансування, медичне страхування, змішані форми та переважно приватну практику [21].

Загалом наприкінці минулого століття відбулись реформи в стоматології у Нідерландах, Великій Британії, Німеччині, Швеції, які були спрямовані на запровадження елементів ринкових відносин у взаємодію між суб'єктами громадської охорони здоров'я [95, с. 9]. Суть запропонованих нових принципів організації громадського фінансування системи охорони здоров'я зводилася до трьох ключових положень:

− розмежування функцій покупців і виробників медичних послуг;

− конкуренції виробників;

− конкуренції покупців.

Означена вище ідеологія відіграла також важливу роль у реформуванні систем СДН в Іспанії, Італії, Фінляндії, Норвегії тощо.

Незважаючи на те, що система СДН та профілактики стоматологічних захворювань у кожній країні-члені ЄС має певні особливості та вирішується кожною країною окремо, а не централізовано Європейською комісією, в ЄС відбулась певна гармонізація систем. Вплив європейського законодавства, що дозволяє вільне переміщення професіоналів у різних галузях в середині Європейського економічного простору, призвело до збільшення мобільності лікарів-стоматологів між країнами-членами [119].

Окрім того, в Європі в результаті спільної діяльності у процесі тривалих дискусій була вироблена основа моделі, яка має назву системи збалансованих показників. Підхід до управління у сфері стоматологічної допомоги передбачає виділення як мінімум двох принципових проблем:

− удосконалення власне стоматологічної допомоги населенню (пов'язане із запровадженням нових стоматологічних медичних технологій, підвищенням професійної підготовки медичного персоналу стоматологічних організацій та якості СДН, контрольованої через систему стандартів у стоматології);

− удосконалення системи управління стоматологічною допомогою населенню (представлене запровадженням прогресивних технологій управління, здатних надати необхідну інформацію для аналізу діяльності стоматологічної організації у чотирьох основних аспектах: "медична допомога", "персонал", "пацієнти" і "фінанси").

На сьогодні у країнах ЄС започатковано курс на скорочення втручання держави в економіку, припинення надмірного державного регулювання та передачу ряду повноважень кваліфікованим інститутам підприємницького співтовариства. Відповідно держава (у даному випадку в особі уповноваженого органу) здійснює загальний нагляд у сфері охорони здоров'я, причому основне навантаження з контролю беруть на себе саме підприємницькі співтовариства, що значно знижує ступінь адміністративного тиску на бізнес і скорочує витрати на утримання державного регулятора [95, с. 14].

Так, у Великобританії основний обсяг стоматологічної допомоги населенню надається у державній службі охорони здоров'я, тобто за медичною стоматологічною страховкою. Це означає, що пацієнти оплачують 80% від вартості лікування.

У зв'язку з цим нагадаємо, що стоматологія Великобританії була включена в систему NHS з самого початку, щоб переконатись що все населення матиме право на охорону порожнини рота.

Однак через величезну кількість незадоволених потреб швидко стало очевидним, що стоматологічна послуга є загрозою для системи NHS та оплата пацієнтами була введена в 1951 році, хоча лікарські та громадські послуги з охорони здоров'я ротової порожнини залишаються безкоштовно в точці використання. Трасти первинної ланки відповідають за забезпечення NHS послуги з охорони ротової порожнини в їх географічно визначених місцевих районах. Пацієнти у Великобританії мають право на отримання стоматологічної допомоги негайно за "гострим болем", а також мають право (за умови набору доплат) на всі клінічно необхідні методи лікування, такі як профілактичне лікування, фотополімерні пломби, протези, лікування кореневих каналів, коронки та мости, а для людей до 18 років – ортодонтичне лікування. Тим не менше, вони можуть вирішити отримати поєднання приватних та державних послуг зі стоматології протягом одного епізоду стоматологічної допомоги [21].

Деякі групи населення обслуговуються у Великобританії безкоштовно, зокрема, діти і підлітки до 18 років, особи у віці до 19 років, якщо вони навчаються повний день при очній формі навчання, вагітні жінки та жінки, які мають дітей до одного року, незаможні (громадяни, які отримують допомогу по безробіттю, по бідності, по інвалідності і т. д.) [276]. Решта населення отримує субсидовану допомогу там, де регулюються національними рамками оплати за пацієнта з трьох груп:

група 1 – включає обстеження, діагностику, профілактичну допомога та невідкладна допомога;

група 2 – включає все лікування, що охоплюється групою 1, плюс додаткове лікування таке як пломби, лікування кореневих каналів або екстракції;

група 3 – включає все необхідне лікування, охоплене групою 2 плюс більш складні маніпуляції такі як виготовлення ортопедичних конструкцій (коронки, знімні протези або мостоподібні протези) [21].

Згідно чинного законодавства Великобританії всі стоматологічні маніпуляції, які не входять до переліку гарантованої медичної допомоги, є платними та оплачуються пацієнтом або з власної кишені або через приватний фонд страхування. Приблизно 11,8% населення охоплюється стоматологічними планами, і 88% з них є індивідуальними, решта (12%) – оплачується разом із роботодавцем [21].

У Великобританії страхування в системі СДН здійснюється в двох основних формах:

1) оплата певного пакету послуг на рік, який включає в себе терапевтичну, ортопедичну, хірургічну допомогу, залежно від бажання пацієнтів;

2) оплата фіксованої суми на рік, яка вже витрачається за необхідністю.

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

При цьому СДН у країні надається лікарями таким чином:

1) амбулаторні послуги зі стоматології, що складають більшу частину стоматологічної діяльності, надаються в невеликих незалежних практиках;

2) вторинні і третинні стоматологічні послуги надаються в гострих лікарнях (у клініках однієї спеціальності);

3) спільні стоматологічні послуги, такі як скринінг школярів, профілактика захворювань порожнини рота та стоматологічні послуги для пацієнтів з особливими потребами надаються в установах громади, у власних будинках пацієнтів та будинках престарілих.

Кількість випускників-стоматологів у Великобританії перебуває під суворим контролем держави, що запобігає перевиробництву лікарів-стоматологів. У країні функціонує чотирнадцять стоматологічних шкіл і один інститут удосконалення зі стоматології [276].

Стоматологія Німеччини належить до числа найкращих у світі і є одним із найбільш розвинених напрямів медичної допомоги у країні. Стоматологія у Німеччині характеризується індивідуальним підходом до пацієнта та використанням новітніх досягнень технічного і наукового прогресу.

У Німеччині діють дві системи медичного страхування: обов'язкове (введене в країні ще в XIXст. Бісмарком) і приватне (добровільне), відповідно, існує два переліки стоматологічних послуг з оціночними показниками трудомісткості та витратності.

Наразі більшість населення країни (близько 86%) – члени державної лікарняної каси, яка проводить повернення вартості стандартного пакету стоматологічних послуг, які надаються стоматологами, які уклали договір із системою медичного страхування.

Зокрема перелік для обов'язкового медичного страхування міститься у Тарифній угоді (Bewertungsmaßstab für der vertragsärztlichen Leistungen). Загальний перелік стоматологічних послуг, які оплачуються за рахунок особистих коштів громадян або добровільного страхування, наведений у Положенні про тарифи лікарів-стоматологів (Gebührenordnung für Zahnärzte − GOZ) Федерального союзу лікарів-стоматологів, затвердженому урядом [308]. Хоча, у приватних страхових компаніях застрахована значно менша кількість населення Німеччини, а саме близько 11%.

Відповідно до формулювань зазначених переліків ведеться медична документація лікарів-стоматологів. На сьогодні за рахунок обов'язкового медичного страхування (ОМС), лікарняних кас Німеччини, надається повний спектр стоматологічної ортопедичної допомоги. Перелік включає 31 позицію з протезування (без урахування інших стоматологічних маніпуляцій, наприклад, методів обстеження, контрольних заходів і т. д.) [95].

Нормативні акти, які регламентують надання стоматологічної допомоги, визначають обов'язкову стоматологічну ортопедичну допомогу у країні, а саме: суворо визначений перелік видів протезування;

економічність протезування, вартість лікарських маніпуляцій і витратних матеріалів; строгі показання до застосування окремих видів протезів та методів протезування [95].

Німеччина, країна з традиційно сильною державною владою, порівняно пізно приступила до розробки і реалізації проектів ДПП. Лише з 2002 року там активно розвивається ринок ДПП, забезпечуючи підвищення ефективності використання бюджетних коштів і дозволяючи створювати нові об'єкти соціальної, економічної, екологічної та інформаційної інфраструктури [21].

У Франції система СДН заснована на наданні стоматологічного лікування і побудована за моделлю з оплатою за одиницю лікування (надану послугу). Система фінансується складним поєднанням державних та додаткових схем медичного страхування. Система успішна тим, що вона забезпечує доступ до стоматологічного лікування для більшості французького населення. Водночас, у країні не існує організованої національної стратегії профілактики захворювань ротової порожнини або зміцнення здоров'я порожнини рота [21]. У більшості випадків медичне страхування покриває 70% фіксованої плати за предмети лікування, крім пацієнтів із визнаним хронічним станом, яким відшкодовується 100% фіксованого збору. У багатьох випадках лікарі, які працюють за контрактом з державою, вільно можуть стягувати тариф, який перевищує фіксовану плату. Страхові договори можуть бути індивідуальними або колективними [363].

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

отримання диплома по загальній лікарській спеціальності. Це є обов'язковою умовою для практикуючих стоматологів, які мають діючі контракти в лікарнях та інших медичних закладах, що належать до структури соціального забезпечення.

В Італії стоматологічна допомога, в основному, надається за приватними домовленостями. Державна система охорони здоров'я забезпечує тільки 5-8% стоматологічних послуг, і цей відсоток варіюється від регіону до регіону.

Загалом надання стоматологічної допомоги в Італії, в основному, здійснюється на платній основі за бездотаційними розцінками. З коштів фондів соціального страхування пацієнтам відшкодовується:

− 1/3 вартості медичних послуг з видалення зубів і лікування карієсу;

− 1/3 вартості медичних послуг з пломбування зубів;

− 1/4 вартості протезування зубів.

У відповідності до італійського законодавства, яке не суперечить законодавству ЄС, ДПП у країні у сфері стоматології може реалізовуватись у трьох формах:

1) концесії у рамках громадської ініціативи;

2) концесії у рамках ініціативи приватного сектора;

3) концесії на сервісні контракти, в яких не фігурують великі об'єкти будівництва і які відносяться тільки до сфери надання медичних послуг. Крім того, приватним компаніям в Італії дозволяється вести комерційну діяльність на території об'єктів концесійної угоди [95].

Стоматологічні послуги є одним із видів медичних послуг, які інтенсивно розвиваються у Польщі, де вони на 30 -50% дешевші, ніж у сусідніх європейських країнах. Стоматологічне лікування в Польщі покривається обов'язковим страхуванням NFZ лише частково. Це означає, що тільки невелика частина послуг надається безкоштовно.

Варто зазначити, що в Польщі проблеми здоров'я порожнини рота вирішують органи галузевого управління як на центральному рівні

(міністерство здоров'я), так і на рівні органів місцевого самоврядування. Починаючи з 1997 р. у цій країні міністерство здоров'я як центральний орган виконавчої влади розробляє, реалізує та фінансує довгострокові цільові програми (терміном на 5 років) [271]. Саме так реалізувалася Національна програма "Моніторинг стану здоров'я порожнини рота польського населення у 2016 – 2020 роках".

При цьому інституційний механізм профілактичної стоматологічної допомоги в Польщі передбачає розподіл управлінських функцій на центральному та місцевому рівнях. Гарантований державою перелік стоматологічних послуг передбачає щонайменше стоматологічне обстеження з інструкціями щодо догляду за порожниною рота (один раз на рік); медичне обстеження (тричі на рік); лікування кореневих каналів передніх зубів у дорослих, усіх зубів у дітей, вагітних і породіль; безкоштовний ремонт протезів (один раз на два роки) тощо [247, с. 163].

Значну відповідальність за профілактику стоматологічного здоров'я беруть на себе органи місцевого самоврядування, доступність безкоштовної профілактики в межах існування страхової медицини, як зазначалося вище, є дещо обмеженою.

З огляду на викладене, цікавим видається досвід Польщі щодо надання профілактичних стоматологічних послуг в усіх територіальних громадах (у тому числі й у тих, у яких абсолютно відсутні медичні заклади) на засадах принципу мобільності. Тобто не пацієнт приходить до стоматологічного кабінету, а мобільний стоматологічний кабінет приїздить у віддалені населені пункти. Такий кабінет має назву дентобус. У ньому лікарі-стоматологи безкоштовно оглядають і за потреби лікують зуби дітей і підлітків у кожному регіоні країни [257]. Тому, беззаперечно, така інноваційна форма організації профілактики захворювань порожнини рота гарантує значне поліпшення доступу до профілактичних та лікувальних послуг.

Фінансовий механізм управління наданням стоматологічних послуг на засадах мобільності полягає в тому, що центральний орган виконавчої влади укладає відповідний контракт на надання стоматологічних послуг у дентобусі терміном на 5 років між обласною філією Національного фонду здоров'я та обласним комунальним закладом, який зобов'язаний забезпечити роботу мобільного кабінету відповідними медичними кадрами (лікар-стоматолог, медична сестра). Постачальник стоматологічних послуг обирається на конкурсній основі, і на період дії контракту дентобус перебуває на балансі відповідного медичного закладу. Міністерство охорони здоров'я Польщі закупило 16 дентобусів, по одному на кожне воєводство. Їх придбання фінансувалося з державного бюджету відповідно до закону про конкретні рішення, що забезпечують поліпшення якості та доступності стоматологічних послуг у територіальних громадах. Подібна форма профілактичної консультаційної допомоги та діагностики на засадах мобільності також успішно реалізована в Польщі з метою раннього виявлення раку молочної залози в межах мобільного кабінету під назвою мамобус [247, с. 164].

Отже, в організаційному плані, на нашу думку, доцільно адаптувати польський досвід щодо наближення надання СДН на засадах принципу мобільності до сучасних українських реалій.

Водночас, практика засвідчує, що Польща, як і більшість країн Євросоюзу, має потребу у висококваліфікованих лікарях -стоматологах. Старіння медичних кадрів і відтік молодих лікарів на роботу до Західної Європи створили дефіцит дантистів як у державних, так і у приватних клініках і стоматологічних кабінетах [217].

На думку С. Лебедика та С. Коноваленка, специфіка європейської моделі у цілому полягає в тому, що повоєнному європейському капіталізму вдалося трансформувати свої політичні, економічні та соціальні інститути в напрямку створення соціально орієнтованого, економічно ефективного варіанта змішаної економіки. Найважливішим принципом європейської

моделі є “демократичний еволюціонізм” – поступове, покрокове вирішення проблем, що виникають в процесі глобальних змін, на основі переговорів і консенсусу [95, с. 13].

Узагальнюючи викладене вище, до основних особливостей європейської стоматології віднесемо такі:

− доступність стоматологічних служб та якість послуг;

− інтеграцію стоматологічних і загальних служб охорони здоров’я;

− раціональну основу стоматологічного обслуговування;

− використання бригадного методу роботи у стоматологічних службах;

− високотехнологічне обладнання стоматологічного кабінету і його використання;

− проведення соціологічних досліджень та профілактики серед населення.

Проведене дослідження дозволяє констатувати, що загалом прогресивна світова практика надання стоматологічної допомоги населенню має досвід залучення пацієнтів до оплати стоматологічних послуг і багатий арсенал організаційно-економічних і правових механізмів планування, регулювання та управління діяльністю суб’єктів системи СДН. Стоматологічна допомога дітям і окремим верствам населення має державну підтримку.

При цьому жодна держава у світі не забезпечує повністю населення якісною та сучасною стоматологічною допомогою за рахунок бюджету й не здатна виділяти необхідні кошти на сучасне стоматологічне обладнання, технології та матеріали для лікування (профілактики) стоматологічних захворювань у населення. Один із ефективних організаційно-економічних і правових механізмів у системі інститутів некомерційних медичних організацій (державних, приватних), які не орієнтуються у своїй діяльності на отримання прибутку, реалізується у США. А от у Західній Європі взято курс на скорочення втручання держави в економіку, припинення надмірного державного регулювання та передачу ряду повноважень кваліфікованим

інститутам підприємницького співтовариства. Одним із інструментів реалізації даного курсу є ДПП − якісно новий і ефективний спосіб залучення інвестицій до забезпечення населення стоматологічною допомогою.

Таким чином удосконалення механізмів державного регулювання системи СДН розвивається по шляху:

− підтримки системи стоматологічної допомоги з боку держави;

− інтеграції стоматологічних і загальних служб охорони здоров'я;

− наявності декількох джерел фінансування стоматологічної допомоги;

− дотримання прав людини в системі охорони здоров'я;

− удосконалення санітарно-просвітницької роботи;

− відповідальності держави за стоматологічну допомогу соціально незахищеним верствам населення та ін.

Тобто удосконалення механізмів державного регулювання системи СДН полягає в розумному поєднанні адміністративного і професійного управління організацією стоматологічної допомоги населенню.

## 3.2. Перспективні вектори удосконалення механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню

Враховуючи розглянуті у параграфі 3.1 кращі зарубіжні практики державного регулювання системи СДН, вважаємо, що саме ринок стоматологічних послуг на сьогодні "є однією з перспективних "точок економічного зростання", оскільки його розвиненість і доступність виступає не лише відображенням використання потенціалу стоматологічних клінік і кабінетів, а й запорукою стоматологічного здоров'я населення (і не лише наших співвітчизників)" [126, с. 71]. З огляду на це, сформовані в Україні механізми державного регулювання системи СДН у найближчому майбутньому мають передбачати серйозні інституційні перетворення, нормативно-правові новації, впровадження новітніх підходів фінансування

стоматологічної діяльності та до професійного навчання й стимулювання саморозвитку медичних кадрів та ін.

При цьому важливо врахувати, що МОЗ України паралельно з вирішенням медичних проблем воєнного часу має готувати свою візію післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Адже держава попри всі обставини має надавати медичні послуги населенню, у тому числі в деокупованих територіях, і в обсягах і якості, не меншими довоєнного рівня.

Наразі вже набрав чинності Указ Президента України "Питання Національної ради з відновлення України від наслідків війни" від 21 квітня 2022 року № 266/2022, яким утворено вказану Раду як консультативно-дорадчий орган при Президентові України [154].

У даному контексті зауважимо, що ВООЗ 25.05.2022 року надіслала до МОЗ України рекомендації стосовно відновлення української системи охорони здоров'я у післявоєнний час. Документ має назву "Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я України: проєкт консультацій".

Вищеозначені рекомендації ВООЗ можна згрупувати за такими основними векторами розвитку [37]:

1. Принципи Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Зокрема, в документі пропонується п'ять основних критеріїв для відновлення медичної системи: орієнтованість на потреби людини; рівність та фінансовий захист; стійкість; ефективність; підзвітність/прозорість. Саме такі критерії міжнародні експерти рекомендують застосовувати для реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.

2. Трансформація медичної галузі відповідно до стандартів ЄС.

У зв'язку з цим експерти ВООЗ пропонують під час відновлення системи охорони здоров'я враховувати стратегічний курс України на євроінтеграцію. Наприклад, не відновлювати медичні заклади за адміністративним принципом, а одразу за стандартами ЄС. Відповідно на сьогодні МОЗ спільно з обласними воєнними адміністраціями вже розробляє

план відновлення системи охорони здоров'я на деокупованих територіях Київської, Чернігівської та Сумської областей.

3. Базування на сильних сторонах медичної системи, новостворених інституціях та людському потенціалі.

Зокрема, в рекомендаціях відзначається, що в Україні сформована сильна база, з якої можна почати відновлення медицини. Медична реформа дозволила пройти шлях до сучасних стандартів надання медичної допомоги. У країні вже є досвідчені керівники з досвідом роботи в нових умовах, нові ефективні інституції, зокрема, Національна служба здоров'я та ДП "Медичні закупівлі України".

4. Поступовий перехід від кризового управління до стабільного функціонування медицини.

У даному контексті, експерти ВООЗ рекомендують розпочати перебудову галузі з розширення мережі надання медичних послуг "первинки", покращення доступу до ліків, надання першої допомоги. Наступний крок — відбудова багатопрофільних лікарень, амбулаторно-поліклінічних закладів з використанням екологічного підходу (зменшення використання електроенергії, принципи енергоефективності).

Отже, враховуючи викладене вище, надалі сформулюємо відповідні рекомендації щодо удосконалення інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного механізмів державного регулювання системи СДН, які у своїй сукупності покликані створювати умови для якісного функціонування стоматологічної діяльності в Україні в умовах повоєнних реформ. Тобто розробка таких рекомендацій має обов'язково враховувати те, що процеси суспільної трансформації в Україні відбуваються у надзвичайно складних умовах, спричинених боротьбою проти агресії з боку російської федерації, втратою частини економічного потенціалу внаслідок анексії Криму, окупації окремих районів України, загальним падінням темпів соціально-економічного розвитку, міграційними процесами тощо.

Як відзначалося вище, система СДН має свої особливості, відмінні від інших медичних спеціальностей і, фактично, “функціонує як окрема підгалузь охорони здоров’я, що відповідає практиці більшості європейських країн” [151, с. 181].

З огляду на це, метою реформування системи СДН має бути проведення комплексної організаційно-економічної перебудови в підгалузі системи охорони здоров’я – стоматології з метою наближення організаційних принципів роботи до таких, що існують в провідних країнах ЄС. Наслідком практичної реалізації такої перебудови має стати якісне задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров’я, що призведе до зниження показників стоматологічної захворюваності серед населення та посилення профілактичної спрямованості при збереженні принципу доступності населення до основних видів стоматологічної допомоги.

Отже, з урахуванням того, що наукова концепція реформування системи СДН в Україні ще не розроблена, а місце та роль СДН в новій системі охорони здоров’я до цього часу не визначені, надалі більш детально охарактеризуємо найбільш перспективні уніфіковані вектори удосконалення механізмів державного регулювання системи СДН в Україні в умовах сучасних суспільних змін та викликів. Зауважимо, що в майбутньому запропоновані вектори мають однозначно чітко корелюватися з “такими елементами як системне мислення, орієнтація на споживача й теорія удосконалювання систем і процесів” [93, с. 91]

На наш погляд, основними векторами удосконалення механізмів державного регулювання системи СДН у повоєнний період в Україні мають стати:

*І. Розроблення та ухвалення базового законопроєкту “Про систему стоматологічної допомоги населенню в Україні”.*

У такому законопроєкті необхідно чітко затвердити на законодавчому рівні конкурентні “правила гри” в системі СДН у вигляді розробки й

затвердження регуляторних нормативно-правових актів (законів, програм розвитку, стандартів та ін.), а також погодження документів професійного самоврядування стоматологів, що спрямовані на формалізацію та оптимізацію взаємовідносин у ланцюгу “пацієнт – стоматолог – стоматологічний заклад – громадське об’єднання стоматологів – органи публічного управління”.

*ІІ. Удосконалення чинних нормативно-правових актів, що регулюють СДН, нормативно-технічної документації з урахуванням вимог європейських та світових стандартів та. при необхідності, підготовка проєктів нових актів* (наприклад, “Положення про кваліфікаційні характеристики стоматолога”, “Положення про безперервну освіту”, “Положення про сертифікацію (ліцензування) суб’єктів стоматологічної діяльності”, “Положення про Єдиний реєстр стоматологів України”, “Положення про діловодство та звітність суб’єктів стоматологічної діяльності”, “Положення про програми професійної підготовки стоматологів”, та ін.);

*ІІІ. Створення умов для оптимізації функціонування системи стоматологічної допомоги населенню на первинному, вторинному і третинному рівнях надання медичної допомоги.*

Тенденції розвитку структури організації системи охорони здоров’я в Україні потребують нагального виокремлення первинного рівня СДН. При цьому окремі акценти доцільно змістити на чітке нормативне закріплення розмежування первинного, вторинного і третинного рівня надання СДН.

Особливої уваги потребує СДН на первинному рівні. Так, на даному рівні в обов’язковому порядку повинен бути стоматологічний кабінет, де працюватиме лікар-стоматолог загальної практики (як варіант – приватний лікар/підприємець з ліцензією на медичну практику згідно з чинним законодавством). Лікар має право отримувати бюджетні кошти відповідно до виконаної роботи за надання СДН у межах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, допомоги дітям та окремим пільговим

категоріям населення у визначеному обсязі (процедура оплати проводиться відповідно до чинного законодавства про державні закупівлі).

Необхідно включити СДН до первинної медичної допомоги та ввести стоматологічні кабінети з посадами лікарів-стоматологів на рівні первинної медичної допомоги. Вище ми вже акцентували увагу на тому, що в Україні відповідно до кваліфікаційних характеристик вже є лікарі первинної ланки (лікарі-стоматологи) та вторинної ланки (лікарі-стоматологи терапевти, хірурги, ортопеди, ортодонти, дитячі), що надають спеціалізовану СДН.

На вторинному рівні лікарі стоматологічного профілю мають працювати більше, все-таки, в медичних стоматологічних центрах, некомерційних, неприбуткових підприємствах, в які реорганізуються медичні стоматологічні заклади. Стоматологічні відділення та окремі кабінети багатопрофільних медичних закладів також мають бути включені до складу відповідних структур як підрозділи. Підприємства, як і приватні стоматологічні структури, можуть отримувати бюджетні кошти за виконання відповідного державного замовлення відповідно до чинного законодавства про державні закупівлі (надання стоматологічної допомоги в межах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, допомоги дітям та окремим пільговим категоріям населення у визначеному обсязі).

З огляду на викладене, вважаємо за доцільне, внести відповідні зміни до Закону України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я”, а саме виділити стоматологічну допомогу в окремий вид медичної допомоги, яка має надаватись на первинному, вторинному та третинному рівнях.

*IV. Запровадження інституту сімейного стоматолога (лікаря-стоматолога загальної практики).*

Дана модель, за вже опрацьованим досвідом країн ЄС, у т. ч. колишніх країн СРСР і соціалістичного табору, виступає дієвою формою національної стратегії організації СДН, у рамках сімейний стоматолог надаватиме

допомогу на первинній ланці та буде центральною фігурою в системі надання масової стоматологічної допомоги.

На думку фахівців [60], така модель розвитку СДН відповідає загальногалузевим засадам структурної реформи медичної галузі . Вона має своїм підґрунтям довгострокову програму профілактичного спостереження, яке спрямоване на своєчасне та гарантоване лікування й медичний професійний супровід за необхідності отримання спеціалізованої стоматологічної допомоги. До того, як відзначають Е. Діасамідзе, К. Жуков та Б. Рогожин [60, с. 9], важливою функцією стоматолога загальної практики стає формування медичного маршруту пацієнта, допомога під час прийняття рішення в таких складних питаннях, як протезування, необхідність оперативного втручання або ортодонтичного лікування. Тобто сімейний стоматолог є головним "координатором" процесу надання складних медичних послуг, а не підміняє собою всіх "вузьких" спеціалістів у стоматології.

Водночас, вагомим фактором, що забезпечує ефективність діяльності такого лікаря первинного щабля, стає його доступність. Доступність допомоги створює підґрунтя щодо своєчасного динамічного спостереження пацієнта або всіх членів сім'ї. У свою чергу, індивідуальний підхід до кожного члена сім'ї позитивно позначається на стоматологічному здоров'ї усієї родини, сприяє суттєвому поліпшенню її якості життя [60,с. 9].

Нагадаємо, що ця медична спеціальність визначена вимогами директив Євросоюзу 78/687 і 2005/36, які передбачають координацію законодавчих положень, правил і адміністративних положень, що стосуються діяльності стоматологів.

Відповідно, на національному рівні необхідні визначення та формалізація кваліфікаційних вимог, функціональних обов'язків та меж професійної діяльності такого спеціаліста. За досвідом національних служб Європи, ця стоматологічна спеціальність створює великі можливості щодо охоплення, поліпшення якості надання стоматологічної допомоги, особливо на первинній ланці медичної допомоги.

*V. Прискорення реорганізації державних і муніципальних стоматологічних закладів з метою їх пристосування до роботи в ринкових умовах та координація діяльності стоматологічних закладів незалежно від форми власності.*

Ми повністю підтримуємо думку В. Шевцова, що "дисбаланс державного регулювання проявляється з одного боку стрімким розвитком ринку приватної стоматології, а з іншого – відсутністю дієвих кроків з боку держави у реформуванні цієї ланки охорони здоров'я" [248, с. 153]. Тобто в рамках формування та розвитку державної стратегії регулювання СДН доцільно передбачити можливість створення гнучкої організаційно-штатної структури, яка дозволяє швидко адаптуватись до постійних змін попиту на стоматологічні послуги (в тому числі й в умовах невизначеності).

Як відзначалося вище, можливості державного фінансування системи СДН не відповідають сучасному матеріально-технічному стану стоматології, оскільки прогрес в обладнанні, матеріалах, технологіях значно випереджає можливості бюджетного фінансування даного виду діяльності в повному обсязі у різних державах світу, що є очевидним. У даному контексті нагадаємо, що "у більшості розвинених країн світу національні системи СДН неоднорідні та складаються із трьох компонентів – приватного, суспільного та страхового" [119].

Для кращого розуміння сутності даного питання у табл. 3.1 наведемо узагальнені принципові відмінності в діяльності закладів різних форм власності, що надають СДН (а саме стоматологічних клінік державної і недержавної форм власності) (табл. 3.1).

Наведені у табл. 3.1 дані досить чітко засвідчують переваги приватної стоматологічної практики та доцільність її широкого впровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я України. При цьому створення приватних орендних (муніципальних) стоматологічних установ може супроводжуватися наділенням їх обладнанням, майном від держави на правах оренди.

*Таблиця 3.1*

## Основні принципові відмінності у функціонуванні державних і приватних стоматологічних закладів*

| Стоматологічні заклади державної форми власності | Стоматологічні заклади приватної форми власності |
|---|---|
| **1. Стан фінансування** | |
| 1. Бюджетне, частково комунальне, госпрозрахункове.<br>2. Тенденція до браку обсягів фінансування.<br>3. Наявність жорстких рамок кошторису з відповідними статтями.<br>4. Наявність калькуляції витрат на види робіт.<br>5. Неможливість вільно та оперативно розпоряджатися фінансовими ресурсами та коштами без довготривалого погодження з контролюючими органами. | 1. Самофінансування.<br>2. Фінансування без обмежень за потребами лікарів-стоматологів.<br>3. Відсутність постійного кошторису.<br>4. Можливість вільно та оперативно розпоряджатися коштами залежно від реальної потреби. |
| **2. Стан матеріально-технічної бази** | |
| 1. Наявність застарілого, незручного для лікарів та пацієнтів обладнання.<br>2. Неможливість вчасного оновлення обладнання через брак коштів.<br>3. Значний відсоток лікувальних кабінетів з незадовільним станом для прийому пацієнтів.<br>4. Неможливість витрачання коштів на придбання сучасних стоматологічних матеріалів та інструментарію відповідно до реальних потреб. | 1. Високий рівень матеріального і технічного забезпечення.<br>2. Можливість керівника закладу (підприємця) самостійно, без додаткових погоджень, вирішувати питання придбання стоматологічного обладнання та матеріалів.<br>3. Використання сучасних дезінфікуючих засобів.<br>4. Наявність сучасного інтер'єру та ремонту приміщень з обладнанням їх вентиляційними системами та системою кондиціювання повітря. |
| **3. Оплата медичної послуги** | |
| 1. Самовільне, неконтрольоване встановлення лікарями розцінок на медичні послуги.<br>2. Сплата пацієнтом коштів за лікування поза касою. | 1. Формування прайс-аркуша з визначенням рівня оплати за різними видами стоматологічних послуг.<br>2. Сплата пацієнтом коштів у касу згідно з актом виконаних робіт. |
| **4. Оплата праці медичних працівників** | |
| 1. Фіксована заробітна плата | 1. Нефіксована заробітна плата.<br>2.Отримання лікарями відсотка від фактично виконаного обсягу робіт. |
| **5. Організаційні засади лікувального процесу** | |
| 1.Низький рівень надання стоматологічних послуг.<br>2. Неможливість своєчасного впровадження сучасних технологій лікування.<br>3. Збільшення терміну лікування одного зуба до 2–6 днів.<br>4. Відсутність гарантії на проведене лікування.<br>5. Використання низьковартісних стоматологічних матеріалів. | 1. Віддавання переваги сучасним стоматологічним матеріалам і технологіям.<br>2. Гарантія якості на всі види стоматологічних втручань.<br>3. Наявність контролю за якістю лікування пацієнтів.<br>4. Використання сучасних дорогих стоматологічних матеріалів. |
| **6. Інші відмінності** | |
| 1. Надання СДН за принципом високої якості.<br>2. Наявність значної кількості неатестованих лікарів, а також лікарів II і I кваліфікаційних категорій.<br>3. Складна процедура звільнення працівника за ініціативою адміністрації.<br>4. Відсутність фінансування на рекламу.<br>5. Фактична відсутність мотивації до праці.<br>6. Наявність значної кількості скарг від населення та ін. | 1. Відсутність прикріпленого до установи населення.<br>2. Звільнення працівника після 2–3 порушень виробничої дисципліни.<br>3. Можливість витрат на рекламу.<br>4. Наявність мотивації до праці.<br>5. Високий рівень задоволеності пацієнтів.<br>6. Високий рівень забезпеченості сучасним обладнанням та ін. |

*Джерело: узагальнено автором з використанням [14, с. 9-10]

З огляду на це, можемо стверджувати про надзвичайну актуальність питання щодо визначення моделі реорганізації державних та комунальних медичних закладів та їх підрозділів шляхом зміни форми господарювання на державні, комунальні, орендні підприємства з наданням їм статусу неприбуткових некомерційних та узгодження діючої нормативно-правової бази.

*VI. Підвищення рівня спеціалізації стоматологічних закладів як за видами послуг, так і за контингентом споживачів (соціально незахищені верстви населення, забезпечені особи, багаті співвітчизники та іноземці).*

На наше переконання, такий крок допоможе упорядкувати цінову політику на стоматологічні послуги, а також оптимізувати кадрове й матеріально-технічне забезпечення таких закладів. Більше того, створення (радше за все, мережі) стоматологічних клінік для багатих пацієнтів обумовить:

1) створення осередків використання надсучасних технологій і матеріалів, й залучення висококваліфікованого персоналу;

2) подальший розвиток ринку продукції стоматологічного призначення;

3) активізацію співпраці з "суміжниками", які допоможуть урізноманітнити й зробити комфортнішим перебування таких осіб в іншому населеному пункті (країні) поміж якісними процедурами.

При цьому держава має взяти на себе повну відповідальність (у будь-якій формі) за стоматологічну допомогу соціально незахищеним верствам населення.

*VII. Удосконалення організаційно-функціональної структури системи СДН за рахунок розвитку засад ДГП та ДПП.*

Як відзначалося вище, досить перспективним та ефективним напрямком забезпечення організаційних змін у вітчизняній стоматології, на нашу думку, в умовах останніх суспільних викликів має стати залучення до співпраці з державними органами у сфері СДН громадських (неурядових) організацій (НУО) як представника суспільства, професіоналів у даному

питанні та приватного сектору, який зможе забезпечити матеріальну базу майбутніх перетворень. Така взаємодія у світовій практиці отримала назву державно-громадянського партнерства (ДГП; англ.: Public–public partnership (PuP)).

Згідно підходу ВООЗ, ДГП – "засіб об'єднання ряду учасників для досягнення спільної мети поліпшення здоров'я населення за допомогою взаємоузгоджених ролей і принципів" [275].

ДГП реалізується не лише на національному, регіональному або місцевому рівнях, вирішуючи проблеми в соціально значущих напрямках в межах однієї країни. Проєкти ДГП реалізуються і на міжнародному рівні, коли місцем їх реалізації є десятки країн у різних економічних регіонах. Як правило, глобальні проєкти у сфері охорони здоров'я проводяться за підтримки ВООЗ та Міжнародних профільних асоціацій спеціалістів, як-то FDI World Dental Federation [20, с. 68].

З огляду на викладене, в Україні головними учасниками так званого "трипартита" у сфері СДН можуть бути:

1) з боку держави: Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціального розвитку або Національна служба здоров'я України (за умови, що така програма реалізується на національному рівні);

2) з боку приватного учасника/ бізнес-структур: крупні виробники стоматологічного обладнання, матеріалів та інструментів;

3) з боку НУО/"третій сектор": професійні громадські організації у сфері СДН (професійні спілки стоматологів, асоціації стоматологів різних спеціалізацій), а також FDI, яка якраз і ініціювала більшість проєктів ДГП, підтримує такі проєкти під час реалізації та сприяє поширенню інформації щодо цих проєктів, що і відображено. У певних випадках, до участі в підготовці та реалізації проєктів ДГП можуть залучатися треті особи: науковці, експерти, аудитори та ін.

ДГП як новий вид партнерства передбачає, що саме громадськість створює неприбуткові соціальні підприємства і тим самим знімає тягар з держави.

Загалом громадські (неурядові) організації НУО як інститути громадянського суспільства, як їх ще називають "третій сектор" економіки, будучи за своєю природою органами самоорганізації та самореалізації для здійснення ними властивих їм повноважень у різних сферах життєдіяльності, тісно співпрацюють з державними органами та підприємницькими бізнес-структурами [20, с. 66]. Такий бек-граунд формує передумови для створення системи тристороннього партнерства (держава – приватний сектор/бізнес – "третій сектор"), результативність та ефективність якої передбачає синергетичний ефект їх взаємодії.

Як зауважує, С. Богату, на сьогодні "важко переоцінити важливість налагодження співпраці між державою і громадянським суспільством у всіх сферах, в тому числі й у сфері охорони здоров'я" [19]. Адже, дійсно жодна держава світу наразі неспроможна забезпечити різноманітні зростаючі громадських потреб та послуг. З огляду на це, в розвинених демократичних країнах світу, держава залишає за собою мінімальний вплив на регулювання суспільних процесів (у т.ч. й у сфері охороні здоров'я), а решту передає громадськості.

Як правило, держава в проєктах ДГП повинна відігравати:

– по-перше, роль творця справедливих "правил гри" (законодавчу);

– по-друге, роль об'єктивного арбітра (контрольно-ревізійну роль), що стежить за дотриманням правил кожної зі сторін;

– по-третє, роль специфічного бізнес-партнера, який бажає одержати різні преференції від співпраці з приватним бізнесом та громадськістю.

При цьому зауважимо, що синергетичний ефект співпраці в контексті ДГП має певні проблеми, але натомість формує низку переваг для кожного учасника цього процесу, а саме:

1) відбувається реалізація права громадян на участь у здійсненні публічної політики у сфері охорони здоров'я (й у сфері СДН у тому числі);

2) упроваджуються нові нестандартні підходи внаслідок залучення всіх секторів держави, коли ефективність їх спільної діяльності набагато разів більша, ніж коли вони працюють окремо;

3) активізується державна підтримка у законодавчих питаннях щодо стоматологічної діяльності та сприяння реалізації таких проєктів з боку держави;

4) громадськість, організації громадянського суспільства, соціально активні та свідомі громадяни, створюючи соціальні підприємства, приймають безпосередню участь в реалізації соціальної функції держави (у даному випадку, забезпечуючи, насамперед, надання стоматологічної допомоги соціально незахищеним прошаркам населення та ін.);

5) приватні партнери отримують доступ до нових сфер діяльності (наприклад, надання немедичних послуг (продаж гігієнічних засобів для порожнини рота та ін.)), спрощення роботи з дозвільними структурами, додаткові гарантії повернення інвестицій, можливість участі у державних і міжнародних програмах фінансування, отримання кредитів під державні гарантії та ін.;

6) з'являється можливість використання найновітніших матеріалів, обладнання та технологій за рахунок інвестицій бізнесу;

7) удосконалюється система підготовки кадрів для надання спеціалізованої кваліфікованої стоматологічної допомоги, а також системи планування, проєктування у сфері СДН в цілому;

8) підвищується ефективність управління медичними закладами та стоматологічною діяльністю за рахунок використання технологій і новітніх передових зарубіжних практик;

9) удосконалюється клієнтоорієнтований підхід: спрямованість на пацієнта – максимально комфортні умови перебування пацієнта в клініці,

підвищена гнучкість і чуйність з боку персоналу, цілодобовий доступ до медичної допомоги;

10) розподіл ризиків при реалізації проєктів у сфері СДН на різних рівнях;

11) активний розвиток тісного співробітництва із аналогічними міжнародними організаціями тощо.

Окрім того, на сьогодні однією з досить популярних форм ДГП є волонтерство та соціальне підприємництво.

Важливо констатувати, що з початком російської агресії небайдужа стоматологічна спільнота України взяла на себе відповідальну місію надання стоматологічної допомоги захисникам України в районі проведення бойових дій. Спільна мета всіх учасників волонтерського стоматологічного руху оптимізувати допомогу в районі проведення бойових дій таким чином, щоб вона не відрізнялась від стоматологічних послуг в найсучасніших клініках України [35].

Стоматологічне волонтерство включає в себе широкий спектр робіт, які необхідно виконати, та заходів, що проводяться. Досвід волонтерів, що надають стоматологічну допомогу у різних країнах, різний і залежить від локації країни, в якій надають таку допомогу, потреб місцевого населення, конкретної місії волонтерського проєкта.

В Україні також працює волонтерська програма із надання фахової стоматологічної допомоги військовим-захисникам України. Так, перший ініціативний проєкт зі створення стоматологічної допомоги на передовій в Україні була реалізована у 2015 році в рамках волонтерського проєкту ТриЗуб Дентал (Trident Dental). Означену спільноту, яка згуртувала лікарів, медичні компанії, виробників медобладнання і зуботехнічні лабораторії на волонтерських засадах, заснував запорізький волонтер, капітан запасу ЗСУ – Ященко І.К. [34]. Метою такого проєкту є організація якісної стоматологічної допомоги в районі проведення операції Об’єднаних сил (ООС), а також “популяризація догляду за ротової порожнини, бо здорові зуби не болять”

[35]. Тобто зазначений проєкт успішно реалізовувався у східних регіонах України, як до початку повномасштабної війни в Україні, так продовжує працювати і на сьогодні. За цей час було надано безоплатну стоматологічну допомогу (обладнання, стоматологічні матеріали, логістику і побут оплачують приватні фізичні та юридичні особи) більше ніж тридцяти тисячам військових [34]. Загалом проєкт фінансується з добровільних внесків Національної спілки стоматологів України, української діаспори та волонтерів.

Наразі стоматологічну допомогу бійцям надають у прифронтовій зоні, як правило, за допомогою мобільного стоматологічного кабінету. Так, для забезпечення стоматологічною допомогою більшої кількості бійців створено 8 мобільних стоматологічних кабінетів для цієї волонтерської місії та ще 9 кабінетів зібрано та передано волонтерами проєкту на баланс військовослужбовців [19].

Зокрема, почали активно використовувати високоспеціалізований мобільний діагностично-лікувальний стоматологічний комплекс, якому автори ідеї і розробники за його великі розміри дали назву “Слон”. Обладнання для комплексу придбала Національна спілка стоматологів України, а зібрали й змонтували його запорізькі волонтери.

Крім “Слона”, в розпорядженні волонтерів є ще й “Слоненя” – змонтована на шасі ГАЗ-66 стоматологічна протезувальна лабораторія. Вона оснащена всіма необхідними інструментами та стоматологічними гаджетами. Є навіть інтраоральна камера і 3D-сканер стоматологічний, який сканує і одразу передає зображення на ту машину, де працює фрезерний станок [34].

Отже, вважаємо, що розвиток добровольчого підходу (волонтерського руху) у сфері СДН як форми реалізації ДГП потребує необхідного нормативно-правового врегулювання, оскільки така діяльність має ряд важливих переваг, серед яких надання якісної висококваліфікованої

стоматологічної допомоги у важкодоступних для населення місцях або ж незахищеним та малозабезпеченим верствам населення та ін.

При цьому важливо акцентувати увагу на тому, що за 5 останніх років за рахунок державних коштів не було обладнано і введено в експлуатацію жодного стоматологічного кабінету. Все стоматологічне обладнання в стаціонарних та мобільних кабінетах польових госпіталів та бойових частин є волонтерським ресурсом. До цього часу для військової стоматології не розроблено сучасних протоколів лікування і практично відсутня система забезпечення штатних військових стоматологів необхідним обладнанням та розхідними матеріалами [35].

Водночас зауважимо, що добровольчий підхід в стоматології як форма реалізації ДГП, незважаючи значні переваги та позитивні сторони, має й певні недоліки, серед яких: короткотривалість/нерегулярність допомоги, відсутність повноцінної адаптації до місцевих умов, відсутність ефективних систем забезпечення якості й контролю за надану допомогу, іноді відсутність відповідальності за дії волонтерів тощо.

З огляду на це, вважаємо, що для ефективної реалізації волонтерських програм у майбутньому в рамках взаємодії між державою та НУО необхідно забезпечити концентроване спрямування механізмів державного регулювання у сфері СДН на вирішення соціальних проблем у медичній сфері та перейти від традиційної концепції безпосереднього надання стоматологічної допомоги до концепції нарощування потенціалу місцевого медичного персоналу та зміцнення здоров'я: необхідно більше уваги та часу приділяти профілактиці стоматологічних захворювань, а також навчання місцевих стоматологів сучасним методам діагностики та лікування, а також сприяти матеріально-технічному обладнанню місцевих стоматологічних служб.

Окрім того, як засвідчив зарубіжний досвід надання СДН, в усіх розвинених країнах світу до системи охорони здоров'я все більше залучають приватний сектор у межах механізму державно-приватного партнерства

(ДПП), який дозволяє вирішувати проблему фінансування інвестиційних проєктів не тільки у прибуткових, але соціально вагомих сферах [44]. Адже партнерство держави з організаціями приватного сектора може забезпечити стоматологічні заклади новими джерелами фінансування, висококваліфікованими кадрами і сучасними високими технологіями [66].

ДПП у сфері охорони здоров'я − це передусім об'єднання різних пріоритетів. Так, ст. 3 Конституції України визначає життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю. Водночас, згідно зі статтею 42 ГКУ, підприємництво − це самостійна, ініціативна, систематична господарська діяльність, яка здійснюється суб'єктами господарювання (підприємцями) з метою досягнення економічних і соціальних результатів та одержання прибутку. Тобто, для держави пріоритетною метою охорони здоров'я є збереження здоров'я її громадян, а для суб'єктів підприємництва − отримання прибутку [47].

Закон України "Про державно-приватне партнерство" регламентує відносини ДПП і в галузі охорони здоров'я, зокрема при наданні медичної допомоги/послуг [175, ст. 2]. Тобто держава регулює й сферу надання СДН в Україні.

Варто зазначити, що таке партнерство має бути гармонізованим з національними пріоритетами у сфері стоматологічного здоров'я населення, повинно доповнювати, а не підміняти державні ініціативи та інтегруватися в систему охорони здоров'я без будь-якого конфлікту інтересів.

На наше переконання, створення стоматологічних центрів (СЦ) у складі університетських клінік на засадах ДПП є досить перспективним напрямком розвитку стоматологічної допомоги та ефективної взаємодії медичної науки, освіти та практики на базі стратегічного альянсу органів влади, університетських клінік та приватних інвесторів в умовах повоєнної відбудови України. Їх створення є доцільним із метою розвитку клінічної та наукової діяльності, а також для розвитку якісної стоматологічної допомоги, орієнтованої на задоволення потреб пацієнтів.

Університетські стоматологічні центри, створені на засадах ДПП, мають здійснювати стратегічне планування бізнес-діяльності СЦ, орієнтуючись на підвищення економічної ефективності та якості стоматологічної допомоги.

Загалом методика стратегічного планування бізнес-діяльності СЦ на принципах ДПП має включати послідовність етапів планування, графік і моніторинг їх проведення. Основним показником ефективності здійснення стратегічного планування має бути успішна реалізація розроблених планів. Однак навіть найефективніші та ретельно підготовлені плани не реалізуються через погане їх виконання. Для уникнення зриву планів і забезпечення реалізації стратегічного планування бізнес-діяльності СЦ на засадах ДПП необхідно створити запропоновані організаційно-методичні умови для проведення стратегічного менеджменту. Це є особливо важливим для СЦ, які працюють на засадах ДПП, оскільки їх діяльність націлена насамперед на задоволення потреб населення у широкому спектрі стоматологічних послуг, необхідних для збереження і зміцнення здоров'я, що є одним із найважливіших критеріїв соціально-економічного розвитку суспільства.

*VIII. Упровадження налагодженої системи комплексних заходів, що забезпечать зміни в бюджетному фінансуванні (механізм фінансування) системи СДН.*

На наше переконання, усвідомлення значущості особистого стоматологічного здоров'я має доповнюватись спроможністю населення оплачувати якісні стоматологічні послуги, що надаються медичними закладами відповідного профілю. Саме тому результати успішної взаємодії "пацієнт – стоматолог" значною мірою залежать від результативності державного регулювання/публічного адміністрування розвитком стоматології загалом.

Як відзначено вище, в Україні практика надання СДН поступово рухається шляхом участі пацієнтів в оплаті стоматологічних послуг. Хоча, при цьому повинні мати місце надійні (а не формальні) державні фінансові

гарантії на певний перелік стоматологічних послуг. При запровадженні загальнодержавного обов'язкового медичного страхування цей перелік буде використовуватися для визначення обсягу страхових гарантій.

У деяких країнах світу, де в державних програмах фінансування стоматології відсутнє, значно зростає кількість захворювань нирок, суглобів, серця та інших органів, від чого люди помирають. Крім того такий підхід дозволить зберегти державний та комунальний сектор стоматології з гарантованим мінімумом безоплатної стоматологічної допомоги [248, с. 156].

Отже, слід розробити та затвердити у відповідному порядку перелік видів стоматологічної допомоги, ціни на які повинні регулюватися державою, що забезпечить доступність такої допомоги для населення. Крім того, необхідно розробити та затвердити методику розрахунку цін та тарифів, вартісні показники видів стоматологічної допомоги.

Водночас окремого термінового опрацювання потребують державні програми фінансування діяльності стоматологічних клінік всіх форм власності в Україні, де тимчасово-переміщені особи можуть отримати певні види безоплатної стоматологічної допомоги.

Для реалізації зазначеного пріоритету розвитку системи СДН доцільним вбачається запровадження державних фінансових гарантій, загальнообов'язкового державного медичного страхування, у рамках якого державні фінансові гарантії працюватимуть, як страхові програми та гарантії. За програмами медичного страхування матиме право працювати вся стоматологічна мережа, незалежно від форми власності та підпорядкування.

*IX. Забезпечення профілактичного спрямування стоматологічної діяльності та переорієнтування традиційної системи СДН на посилення її профілактичної складової.*

За досвідом діяльності стоматологічних служб країн Європи, профілактичні відвідування становлять до 80% усіх звернень до лікарів-стоматологів. До 98% осіб, що отримали допомогу із протезування, та 95% тих, хто отримав терапевтичні стоматологічні послуги, перебувають

на диспансерному обліку та щорічно проходять профілактичні огляди із застосуванням спеціалізованих профілактичних процедур [60, с. 9].

В Україні ж скорочення бюджетного фінансування у сфері надання СДН обумовило зростання різних стоматологічних захворювань, оскільки значна частина населення просто не має можливості оплачувати таке лікування. В результаті, як зауважують фахівці у цій сфері, “сьогодні більшість стоматологів лікують не зуби, а їх відсутність” [248, с. 154]. Тобто така ситуація – це очевидний прямий наслідок недосконалої державної політики у сфері СДН.

На наше переконання, вирішити означену вище проблему можливо, завдяки організації та своєчасному проведенню цілеспрямованих профілактичних заходів, організованих на державному рівні за рахунок цільового публічного фінансування (насамперед, з державного та муніципального бюджетів).

Водночас, аби підвищити відповідальність населення за своє здоров’я, гарантований державний рівень надання СДН має бути забезпечено кожному громадянину, але лише за умови своєчасного проходження ним щорічного профілактичного огляду та виконання всіх рекомендацій фахівця. Це також досвід європейських країн. Наприклад, у Німеччині, якщо людина вчасно не пройшла профілактичного огляду в стоматолога або не виконала його рекомендації, то в разі захворювання їй безкоштовно нададуть тільки швидку і невідкладну допомогу, про весь гарантований обсяг послуг згідно із страховим полісом не може бути і мови [212].

Чи не найпоказовішими наслідками відсутності профілактики сьогодні є стан стоматологічного здоров’я бійців ЗСУ: щойно вони потрапляють в екстремальні умови (35% вогнепальних поранень припадає на ділянку обличчя), у них одразу розвиваються гострі запальні процеси, зокрема й такі, що становлять загрозу для життя. Нині бійців не санують навіть напередодні мобілізації, як це було раніше. Тому, вважаємо, що наразі особливу увагу потрібно приділити стоматологічній реабілітації учасників бойових дій та

осіб, що постраждали від військової російської агресії, оскільки їх кількість зростає. На часі терміново затвердити відповідну державну програму, яка передбачала б профілактику, зубне протезування та дентальну імплантацію цієї категорії громадян.

Разом із цим необхідно прийняти Державну та регіональні програми профілактики основних стоматологічних захворювань з їх відповідним і державним фінансуванням.

З метою посилення профілактичної складової доцільним також вбачається запровадження системи гігієнічного навчання і виховання, надання стоматологічної допомоги в організованих дитячих колективах та закладах освіти, підпорядкованих МОЗ України, МОН України та органам місцевого самоврядування шляхом видання спільного наказу МОН та МОЗ України.

Все це, на нашу думку, дозволить значно покращити ситуацію, скоротивши кількість стоматологічних захворювань, які призводять до інших важких наслідків для здоров'я людини.

*Х. Покращення системи контролю якості надання стоматологічної допомоги населенню України установами та закладами всіх форм власності.*

Державні гарантії пацієнтам щодо надання медичного обслуговування належної якості визначені в Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19.10.2017 № 2168-VIII. У цьому ж законі одночасно визначено основні принципи програми медичних гарантій, один із яких − зберігати й відновлювати здоров'я населення завдяки медичним послугам (п. 3 ст. 5) [174].

У наказі МОЗ "Про порядок контролю якості медичної допомоги" від 28.09.2012 № 752 визначено, що якість медичної допомоги − це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я [200].

Як правило, саме запровадження якісного менеджменту процесу надання медичної допомоги/медичних послуг надає високі гарантії задоволення потреб пацієнтів в очікуваних ними результатах медичних утручань, сприяє підвищенню іміджу та конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я в разі, якщо його система управління якістю сертифікована [82].

Результати сучасних соціологічних досліджень [49] засвідчують суттєво вищий рівень задоволеності пацієнтів приватних закладів якістю одержаної стоматологічної допомоги, порівняно із комунальними. У приватних клініках стоматологічна допомога є більш акцентованою на потребах, безпеці та задоволеності пацієнта. Пацієнти приватного закладу причинами свого звернення саме до даного типу закладу називають високу кваліфікацію лікарів-стоматологів, наявність сучасного обладнання, можливість одержати якісні стоматологічні послуги, уважне ставлення медичного персоналу та гарний сервіс.

Споживачів послуг комунального сектора стоматології не задовольняють організація стоматологічного прийому, рівень матеріально-технічного оснащення закладів, низька сервісна складова надання допомоги, повнота стоматологічного обстеження, низький рівень залучення пацієнтів до визначення обсягів, методів та, відповідно, вартості стоматологічної допомоги. Основною причиною звернення пацієнтів до комунального закладу є нижчі, порівняно із приватними клініками, ціни на стоматологічні послуги [49, с. 51].

Водночас медична стоматологічна практика доводить, що забезпечення якості СДН на всіх етапах та рівнях її надання є комплексним процесом, важлива складова якого − контроль якості такої допомоги. Проте, в Україні до цього часу використовуються застарілі технології − галузеві стандарти стоматологічної допомоги, які давно втратили свою актуальність. При цьому процес надання СДН залишається традиційно розподіленим за структурними підрозділами та/або лікарями, що підвищує ризики недостатньої координації

дій учасників процесу, його фрагментарності та, як наслідок, низької пацієнтоорієнтованості. У багатьох стоматологічних закладах має місце підміна технологій моніторингу експертною оцінкою, внутрішні аудити використовуються формально; зворотний зв'язок із пацієнтами обмежений.

З огляду на це, вважаємо, що в рамках блоку критеріїв і планових індикаторів якості СДН доцільно розробити клінічні індикатори як інструменти керування процесом такої допомоги. Вихідними джерелами для планування клінічних індикаторів мають бути клінічні настанови, розроблені відповідно до досягнень доказової медицини, адаптовані до закладу охорони здоров'я. Тобто управління процесом надання СДН потребує його планування на основі доказових технологій, запровадження моніторингу та оцінки на основі клінічних індикаторів якості, посилення зворотного зв'язку з пацієнтами з метою оцінки їх задоволеності отриманою стоматологічною допомогою.

*XI. Удосконалення системи професіоналізації у сфері СДН та розширення міжнародного співробітництва.*

Як зауважує В. Мороз, "вибір траєкторії розвитку державної політики щодо подолання високого рівня стоматологічної захворюваності в Україні та успішна інтеграція нашої держави у світове співтовариство, зокрема інтеграція національної моделі охорони здоров'я у європейський медичний простір, насамперед, залежить від фахової компетентності, відповідальності та євроінтеграційної спрямованості політичних погляді керівних кадрів щодо реалізації системних галузевих змін" [155].

З огляду на це, доречно відзначити необхідність вдосконалення підготовки, перепідготовки й підвищення кваліфікації кадрів для сучасних стоматологічних клінік. При цьому слід активніше залучати практиків як до розробки навчальних програм (переліку знань, навичок, компетенцій) за якими навчаються майбутні лікарі-стоматологи, так і безпосереднього фінансування здобуття фахової освіти такими особами.

У даному контексті вкрай важливою виглядає якнайскоріша розробка та впровадження стандартів надання всіх видів стоматологічної допомоги.

Тобто на часі підтримати директивні заяви Всесвітньої федерації стоматологів (FDI) “Безперервна освіта лікаря – стоматолога” та “Сталий розвиток у стоматології” та розробити план заходів щодо їх імплементації в систему СДН в Україні.

*XII. Запровадження засад лікарського самоврядування та самоврядування в системі СДН.*

На сьогодні стоматологічна спільнота повністю підтримує запровадження лікарського самоврядування та самоврядування в стоматології, але вона одночасно виступає проти відриву самоврядування в стоматології від загальнодержавного контексту запровадження лікарського самоврядування, за трьохпалатну структуру лікарського самоврядування, де однією з палат є палата стоматологів [211].

Отже, резюмуючи вищевикладене, відзначимо, що практична реалізація вищеозначених векторів удосконалення державного регулювання в системі СДН сприятиме успішному розвитку/реформуванню системи СДН (утому числі й у післявоєнний період) та призведе до збереження та зміцнення стоматологічного здоров’я населення в Україні в цілому, запровадження ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних інструментів надання СДН, забезпечення соціальної справедливості й захисту прав громадян на охорону здоров’я, підвищення якості та ефективності надання СДН загалом. Тобто такий підхід дозволить створити унікальну організаційно-економічну модель стоматологічної допомоги в Україні − невід’ємної частини медичної допомоги, що базується на таких фундаментальних принципах, як безоплатність, доступність, кваліфікованість, орієнтованість на пацієнта на основі персоніфікованого підходу, комплексність і спрямована на профілактику основних хвороб та усунення причин їх розвитку.

## 3.3. Формування моделі комплексного механізму державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню

На наше переконання, успішна реалізація завдання щодо створення результативної та ефективної системи СДН в Україні, що буде здатна якісно задовольняти потреби людини в підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я (у тому числі. й в повоєнний період), значним чином залежить від інституційно-правових, соціально-економічних та ін. особливостей державної політики в цій сфері. Тобто формування цілісної державної політики у сфері СДН в Україні, здатної адекватно реагувати на внутрішні та зовнішні виклики, потребує формування відповідної моделі комплексного механізму державного регулювання системи СДН.

Саму модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН ми розглядаємо як цілісну систему, в якій визначено особливості державного регулювання у сфері СДН, що опосередковуються ідентифікованими у параграфі 1.3 механізмами державного регулювання (інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний), а також сформовано дієвий взаємозв'язок між усіма суб'єктами державного регулювання в досліджуваній системі.

Отже, комплексний механізм державного регулювання у сфері СДН − це складна система, представлена інтегративною взаємодією інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного механізмів, що уможливлюють реалізацію функцій державного регулювання системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні (у т.ч. й в умовах невизначеності) з цілевизначальним характером впливу на його результативність і ефективність. При цьому комплексний механізм державного регулювання системи СДН має бути вибудуваний так, щоб його функціонування забезпечувало зміцнення цілісності такої системи, сприяло виконанню її головних функцій, а також не суперечило б логіці прийняття й

реалізації управлінських рішень та забезпечувало реалізацію інтересів об’єктів та суб’єктів державного регулювання у сфері СДН.

Характерні ознаки комплексного механізму державного регулювання системи СДН формуються на основі взаємозв’язків і взаємодій визначених у параграфі 1.3 базових механізмів державного регулювання. Зокрема, серед таких характерних відзначимо:

1) системність та незалежність механізмів державного регулювання у сфері СДН (інституційно-правового, ресурсного, науково-дослідного);

2) виконання кожним ідентифікованим механізмом державного регулювання системи СДН своїх специфічних функцій;

3) особливий склад суб’єктів, на які покладено обов’язок реалізації функції державного регулювання системи СДН;

4) взаємозв’язок суб’єктів, що реалізують функції державного регулювання системи СДН, між собою єдиними цілями та засадами діяльності;

5) використання для формування ідентифікованих вище механізмів державного регулювання системи СДН різних інструментів та методів державного регулювання;

6) плановий характер розвитку системи СДН тощо.

Важливо акцентувати увагу на тому, що державне регулювання системи СДН в контексті формування комплексного механізму має бути обґрунтованим з точки зору його принципів, форм, методів, засобів/ інструментів і важелів. Зокрема, у даному випадку мова йде про так званий “регулюючий вплив держави”, який представляє собою комплекс взаємоузгоджених заходів у системі СДН, що приймаються всіма суб’єктами за участі об’єктів та безпосередньо впливають на об’єкт регулювання у стоматологічній діяльності. Регулюючий вплив, будучи спрямованим до суб’єктів системи СДН, призводить до бажаних для держави змін в стоматологічній діяльності загалом. Таким чином, відбувається вплив на всі об’єкти державного регулювання у системі СДН (див. параграф 1.2).

Викладене вище, послугувало основою для обґрунтування основних концептуальних (від лат. conceptio − розуміння) положень щодо формування моделі комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні на засадах інтегративної взаємодії його складових (рис. 3.2).

У відповідності із системним підходом встановлено, що інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний механізми в рамках комплексного механізму державного регулювання системи СДН детермінуються:

а) метою, завданнями, функціями, об'єктами та суб'єктами (див. параграф 1.2), що репрезентують кількісно-якісні зрушення в системі СДН та забезпечують цілеспрямовані дії відповідно до загальноконкурентних стратегій і пріоритетів державного регулювання у сфері СДН;

б) системою основних та додаткових принципів державного регулювання у сфері СДН;

в) формами, методами, інструментами й важелями державного регулювання в контексті забезпечення результативної та ефективної стоматологічної допомоги населенню на державному та місцевому/ комунальному рівнях.

З огляду на це, обгрунтуємо більш детально модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН (надалі – комплексний механізм).

На нашу думку, саме правильно визначена мета (очікуваний кінцевий результат) виступає тим системоутворюючим фактором, що зумовлює головну властивість комплексного механізму – загальну спрямованість і логіку.

Звідси метою комплексного механізму державного регулювання системи СДН є створення сприятливих передумов, необхідних для забезпечення/впорядкування діяльності в системі СДН, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики в цій сфері. Наслідком практичної реалізації такої мети має стати якісне задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я.

Рис. 3.2. Модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні [власна розробка автора]

Як відомо, будь-яка мета конкретизується та розвивається у відповідних завданнях. Завдання комплексного механізму державного регулювання системи СДН відображені на рис. 3.2 та більш конкретно вже були описані в параграфі 1.2.

Розглядаючи суб'єктно-об'єктний аспект комплексного механізму державного регулювання системи СДН відзначимо, що:

а) об'єкт комплексного механізму − складно структурований, оскільки представлений переліком питань (проблем, активів), необхідних для реалізації політики у сфері СДН. При цьому головний об'єкт державного регулювання системи СДН представлений рівнем стоматологічного здоров'я населення та його станом, на який можна впливати й покращувати;

б) в узагальненому вигляді основних суб'єктів комплексного механізму на різних рівнях державного регулювання системи СДН можна представити таким чином: ВООЗ, FDI; ГО "Асоціація стоматологів України"; органи державного управління; органи місцевого самоврядування; бізнес-структури/інвестори; заклади різних форм власності, що надають СДН; та ін.

При цьому сутність комплексного механізму державного регулювання системи СДН більш повно розкривається в тих функціях, які він при цьому виконує. Зокрема, на нашу думку, досліджуваний комплексний механізм виконує такі функції, як: нормативно-правова (організуюча) функція; цільова функція (планування); стимулююча/ стримуюча функція; розподільча функція; наглядово-дорадча (контролююча) функція; функція соціалізації СДН; інформаційно-комунікативна функція.

Розширене трактування сутності головних функцій комплексного механізму державного регулювання системи СДН подано в табл. 3.2.

Нагадаємо, що вищезгадані функції комплексного механізму державного регулювання системи СДН тісно взаємопов'язані та можуть призвести до бажаного ефекту лише тоді, коли вони співпрацюють комплексно.

*Таблиця 3.2*

**Функції комплексного механізму державного регулювання системи СДН ***

| Функції | Їх сутність |
|---|---|
| 1.Нормативно-правова (організуюча) функція | Передбачає організацію діяльності суб'єктів системи СДН на державному і комунальному (місцевому) рівнях через встановлення "правил гри" за допомогою розробки й затвердження регуляторних нормативно-правових актів (законів, програм розвитку, стандартів та ін.), а також погодження документів професійного самоврядування стоматологів. |
| 2. Цільова функція (планування) | Визначає цілі, пріоритети та основні стратегічні напрями розвитку ССДН, виходячи із потреб населення в стоматологічних послугах |
| 3. Стимулююча /стримуюча функція | Передбачає формування/запровадження регуляторів, здатних ефективно впливати на розвиток системи СДН та пристосовувати його до постійно змінюваних умов функціонування у цій системі. |
| 4. Розподільча функція | Забезпечує систематичне коригування розподілу ресурсів (у т.ч. й фінансово-економічних) для розвитку прогресивних процесів, усунення негативних зовнішніх ефектів у системі СДН. |
| 5. Наглядово-дорадча (контролююча) функція | Передбачає нагляд щодо дотримання законодавства (у т.ч. й процесів ціноутворення на стоматологічні послуги), якості послуг у сфері СДН, реалізації стратегічних і оперативних планів у рамках галузі, використання ресурсів (у т.ч. й фінансових) тощо. Дана функція, з одного боку, спрямована на виявлення дефектів, недоліків та невідповідностей управлінських рішень у сфері СДН, а з іншого боку є дорадчо-аналітичною, так як проявляється в коментуванні цих рішень і розробці рекомендацій щодо усунення виявлених проблем. |
| 6.Функція соціалізації стоматологічної допомоги населенню | Сприяє розвитку системи забезпеченню соціального захисту та соціальних гарантій у сфері СДН, а також залученню громадськості до контролю за діяльністю СДН та орієнтує її на "суспільно корисні справи" з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я та балансу у взаєминах "стоматолог-пацієнт". |
| 7. Інформаційно-комунікативна функція | Дозволяє узгоджувати і об'єднувати цілі діяльності СДН та інтереси громадян в єдине ціле, що в результаті призводить до прийняття спільних управлінських рішень. |

*Джерело: власна розробка автора

Формування комплексного механізму державного регулювання у сфері СДН має ґрунтуватися на системі відповідних принципів (лат. principium − начало, основа), що розглядаються як вихідні положення, правила, покладені в основу такого державного регулювання. Так, на думку Н. Нижник, "принципи державного управління є динамічними, їх формують для кожної конкретної сфери діяльності, а у процесі безпосереднього втілення реформаційних заходів окремі з них можуть змінюватись залежно від

середовища, управлінських зв'язків та інших факторів (але обов'язково має бути дотримана системна єдність і логічний взаємозв'язок між ними)" [135, с. 86].

У нашому дослідженні всі принципи державного регулювання системи СДН пропонуємо узагальнити у дві групи (табл. 3.3):

1) загальні (основні) принципи державного регулювання системи СДН, серед яких провідними визначимо такі принципи: законності; науковості; узгодженості цілей стратегічного й оперативного управління; прозорості та доступності; гармонізації інтересів/ збалансованості публічних і приватних інтересів; результативності й ефективності; принцип комплексності й синергії; адаптивності; соціальної відповідальності;

2) додаткові принципи (принципи ДПП), серед яких: принцип справедливого розподілу ризиків між сторонами; принцип політичної підтримки держави; партнерський принцип.

Особливістю комплексного механізму державного регулювання системи СДН, вважаємо, відсутність принципу взаємозамінюваності, який означає, що будь-який складовий елемент комплексного механізму (інституційно-правовий, ресурсний чи науково-дослідний) − важливий і не може бути ні виключений, ні замінений іншим. Крім того, при використанні одного складника комплексного механізму державного регулювання системи СДН обов'язково передбачається вплив на всі інші.

Обґрунтована автором система принципів, яка покладена в основу функціонування комплексного механізму державного регулювання у сфері СДН, з їх змістовною характеристикою наведена в табл. 3.3.

Будь-який комплексний механізм повинен забезпечувати обґрунтування його форм, методів, інструментів і важелів.

На думку З. Бурик, застосування тих або інших методів, форм та інструментів державного регулювання залежить від практики регулювання, яка склалась у державі, важливості регулювання в окремій сфері, актуальних господарських умов та масштабності проблемних питань, які потребують

*Таблиця 3.3*

**Принципи функціонування комплексного механізму державного регулювання системи СДН та їх змістовна характеристика***

| Найменування принципу | Змістовна характеристика принципу |
|---|---|
| **Загальні (основні) принципи** | |
| 1. Принцип законності | Передбачає здійснення державного регулювання системи СДН лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України. |
| 2. Принцип науковості | Стверджує, що державне регулювання системи СДН має здійснюватись відповідно до фундаментальних, науково обґрунтованих положень, універсальних норм і правил, які ґрунтуються на онтологічних, гносеологічних і методологічних аспектах державно-управлінської діяльності загалом й у сфері СДН у т.ч. |
| 3. Узгодженості цілей стратегічного й оперативного управління | Передбачає орієнтацію на довгострокову перспективу та визначення пріоритетів державного регулювання у системі СДН. При цьому система ключових пріоритетів державного регулювання у сфері СДН має базуватися на результатах стратегічного планування її розвитку, що забезпечить можливість аналізу, співставлення та коригування стратегічних і поточних цілей діяльності. |
| 4. Принцип прозорості та доступності | Передбачає те, що умови функціонування системи СДН повинні залишатися відкритими (крім випадків, визначених Конституцією та законами України), доступними і зрозумілими для всіх суб'єктів такої діяльності та вільними від корупційних дій і зловживань органів державного управління в цій сфері. |
| 5. Принцип гармонізації інтересів/ збалансованості публічних і приватних інтересів | Передбачає відпрацювання регулюючого механізму, який би сприяв одночасно максимальному зближенню пріоритетів держави з інтересами надавачів та отримувачів стоматологічних послуг (держава-стоматолог-пацієнт) тощо, а також сприяв би гармонізації вітчизняної політики державного регулювання у сфері СДН з аналогічною політикою ЄС. |
| 6. Принцип результативності й ефективності | Відображає якісну сторону державного регулятивного впливу в системі СДН загалом та результативне й ефективне використання ресурсів для досягнення цілей державної політики у сфері СДН. |
| 7. Принцип комплексності й синергії | Передбачає поєднання форм, методів і засобів державного регулювання з метою досягнення цілей запровадження комплексного механізму, а також забезпечення взаємоузгодженого комбінованого впливу на складові об'єкта управління, який перевищує суму дій окремих засобів або методів [146, с. 92]. |
| 8. Принцип адаптивності | Забезпечення своєчасного корегування з боку держави умов здійснення діяльності в системі СДН при зміні чинників зовнішнього та внутрішнього середовища цієї діяльності з метою підвищення результативності й ефективності управління. |
| 9. Соціальної відповідальності | Передбачає забезпечення прав людини у сфері стоматологічної діяльності та дотримання стоматологами вимог Кодексу професійної етики стоматолога, правил стоматологічної практики під час виконання ними своїх професійних обов'язків, а також інших нормативних документів, які регламентують СДН. |
| **Додаткові принципи (принципи державно-приватного партнерства (ДПП))** | |
| 1. Принцип справедливого розподілу ризиків між сторонами | Передбачає справедливий розподіл між державними та приватними партнерами ризиків у системі СДН, пов'язаних з виконанням договорів, укладених у рамках ДПП. |
| 2. Принцип політичної підтримки держави | Означає існування чіткої державної політики, яка є основою для вирішення всіх спірних питань, що виникають у процесі реалізації проєктів ДПП у системі СДН. |
| 3. Партнерський принцип | Передбачає рівноправний характер відносин між сторонами (як щодо прав, так і щодо обов'язків/відповідальності). |

*Джерело: обґрунтовано, систематизовано та адаптовано автором

вирішення. Особливості застосування методів регулювання визначаються формами, що можуть реалізовуватись як пряме чи непряме державне регулювання задля досягнення сталого розвитку [25, с. 132].

Загалом форми державного регулювання системи СДН розглядаються нами як зовнішній вияв відповідних процесів державного регулювання в контексті формування та розвитку такої системи. Тобто − це сукупність способів його організації та вираження змісту, що визначають умови, порядок і послідовність дій, які сприяють успішному виконанню регулятивних функцій держави в системі СДН.

Відповідно основними формами державного регулювання системи СДН вважаємо:

− державну політику у сфері охорони здоров'я загалом і у сфері СДН у тому числі;

− заходи щодо забезпечення розвитку професійного навчання персоналу системи СДН (формального та неформального);

− заходи адміністративно-економічного регулювання, які спрямовані на створення умов дієвого функціонування системи СДН;

− інформаційне обслуговування та консультативна допомога та ін.

Вищеозначений список значно можна розширити за рахунок методів державного регулювання, під якими розуміють "способи впливу держави в особі законодавчих і виконавчих органів на сферу підприємництва, інфраструктури ринку, некомерційний сектор економіки з метою створення або забезпечення умов їх діяльності відповідно до національної економічної політики" [224, с. 29].

У різних наукових працях підходи щодо методів державного регулювання та їх класифікації суттєво відрізняються.

При цьому А. Чемерис наголошує про використання в практиці державного управління таких методів як: адміністративний, економічний, соціально-психологічний, комунікації, світський етикет, змішаний [242].

У свою чергу, В. Гриньова та М. Новікова [48] класифікують методи державного управління таким чином:

− за формою впливу: прямі (нормативно-правові акти, державні замовлення, плани соціально-економічного розвитку, цільові комплексні програми, державний бюджет) та непрямі (реалізуються через інструменти бюджетно-фінансової, грошово-кредитної, інвестиційної, інноваційної, амортизаційної та інших напрямків економічної політики держави),

− за способами впливу: правові (Конституція і закони України; укази Президента України; постанови та інші нормативні акти Верховної Ради, Кабінету Міністрів, міністерств і відомств; постанови та інші нормативні акти державних обласних адміністрацій та органів місцевого самоврядування), адміністративні (ліцензії, квоти, санкції, стандарти, норми, державні замовлення, ціни), економічні (державні замовлення на виробництво продукції та реалізацію послуг, грошову емісію, операції з державними цінними паперами, перелік і ставки загальнодержавних та місцевих податків, норми обов'язкових резервів, облікова ставка НБУ та ін.) та пропагандистські (морально-етичні) [48].

Карлаш В. абсолютно влучно відзначає, що методи державного регулювання в системі охорони здоров'я є частиною методів державного регулювання економіки в цілому та являють собою надання цілеспрямованого впливу органів влади на окремі сегменти ринку за допомогою мікро- та макроекономічних регуляторів, котрі дозволяють забезпечувати рівноважний рівень зростання всієї системи [80, с. 35]. У зв'язку з цим, вважаємо, що, коли мова йде про різні способи державно-управлінського впливу, за допомогою яких держава здійснює регулювання процесів функціонування та розвитку системи СДН, то тут необхідно виділити такі методи державного регулювання як:

1) нормативно-правові методи – держава здійснює регулювання системи СДН на основі нормативно-правових актів, що встановлюють структуру органів державного регулювання системи СДН, правове

становище продуцентів стоматологічних послуг та охорону їх власності, порядок укладення та виконання договорів, правила надання послуг, захист прав споживачів даних послуг, питань, пов'язаних з етичної стороною організації надання послуг та ін.;

2) адміністративні (організаційно-розпорядчі) методи – це, як правило, методи, засновані на силі державної влади, і включають в себе заходи зобов'язань/примусу, дозволу та заборони. Вони обмежують/надають свободу економічного вибору продуцента стоматологічних: наприклад, ліцензування діяльності в сфері надання стоматологічних послуг; державне замовлення на стоматологічні послуги, засоби, устаткування; акредитація та реєстрація установ з надання стоматологічної допомоги населенню; стандартизація якості стоматологічних послуг; державне регулювання цін і тарифів на результати господарської діяльності у сфері охорони здоров'я; захист працівників від необґрунтованих звільнень, неповної офіційної зайнятості та застосування жорсткої системи важелів і механізмів інтенсифікації праці; патентування об'єктів інтелектуальної власності та ін.;

3) економічні (економічного примусу[2] ( у т.ч. фінансово-бюджетні та кредитно-грошові)) − спираються на матеріальні інтереси, наявні у людей, організацій, фізичних та юридичних осіб, а також у держави, і обумовленість дій суб'єктів цими інтересами [1, с. 114]: наприклад, бюджетне фінансування муніципальних стоматологічних клінік; звільнення від сплати податків на прибуток окремих державних медичних установ; звільнення від сплати земельного податку для закладів охорони здоров'я; звільнення від сплати ПДВ для операцій з надання окремих стоматологічних послуг та ін.

---

[2] Сутність примусу як методу державного управління полягає у здійсненні заходів впливу морального, майнового або особистісного характеру з метою охорони відповідних суспільних відносин, що виникають у сфері державного управління і охороняються державою, шляхом попередження і припинення правопорушень, а також покарання за їх вчинення. Найчастіше серед заходів адміністративного примусу за критерієм мети їх застосування виділяють: адміністративно-запобіжні заходи, заходи адміністративного припинення, заходи адміністративної відповідальності [3, с. 413-415].

4) соціально-психологічні методи − як правило, представлені непрямими методами впливу: наприклад, підвищення соціальної відповідальності персоналу та пацієнтів, соціальна реклама, надання соціальної адаптації та реабілітації, проведення роз'яснювальної політики щодо СДН, інформаційні медичні сайти, розвиток телемедицини та методів морального переконання та ін.

Комплексне використання вищеозначених засобів державного регулювання є запорукою успішного розвитку системи стоматологічних установ різних форм власності.

Основну роль в даному випадку звичайно відіграють нормативно-правові методи, а також адміністративні (організаційно-розпорядчі) методи. При цьому у сфері охорони здоров'я загалом, на думку О. Баєвої [10], жорстке розмежування адміністративних методів, методів економічного примусу і соціально-психологічних методів не має сенсу, так як часом адміністративні та економічні методи вміщують у собі риси того й іншого. Наприклад, при використанні прямого контролю над цінами на медичні послуги і медичні препарати, держава створює для виробників особливий економічний режим, змушує їх переглядати номенклатуру медичних послуг, що надаються в лікувальному закладі, шукати нові джерела фінансування, інвестиції тощо. Однак, головна роль тієї чи іншої групи методів може характеризувати діючу економічну систему [10, с. 47].

Враховуючи, що реалізація функцій державного регулювання досягається за допомогою різнопланового впливу на об'єкти державного регулювання системи СДН, вважаємо за доцільне, також виокремити:

1) прямі методи державного регулювання (як правило, методи адміністративного характеру: державні замовлення, різного роду ліміти, централізовано встановлені ціни, обмеження, штрафи, дозволи, ліцензії, квоти тощо, а також методи, засновані на застосуванні бюджету як джерела дотування, цільового фінансування окремих суб'єктів системи СДН та ін.);

2) непрямі методи державного регулювання у формі:

− довгострокового державного регулювання (шляхом прийняття стратегії, концепцій, комплексних програм розвитку у сфері СДН чи охорони здоров'я загалом тощо);

− короткострокового державного регулювання (швидкого адекватного реагування на зміни зовнішнього або внутрішнього середовища (наприклад, податкове регулювання, методи стимулювання конкуренції тощо)).

У відповідності до форм і методів державного регулювання системи СДН формується певний склад інструментів (певний засіб або набор дій, за допомогою яких органи державної влади здійснюють регулювання соціальних процесів, сукупність яких утворює механізми державного регулювання [70]) і важелів (засоби або стимули, які пожвавлюють/ стримують розвиток системи СДН; засіб дії при використанні методу державного регулювання [70]), за допомогою яких ці методи та форми реалізуються.

У даному контексті доцільно пригадати ст.12 Господарського кодексу України, згідно якої до основних засобів регулюючого впливу держави на діяльність суб'єктів господарювання відносить: державне замовлення; ліцензування, патентування і квотування; сертифікацію та стандартизацію; застосування нормативів та лімітів; регулювання цін і тарифів; надання інвестиційних, податкових та інших пільг; надання дотацій, компенсацій, цільових інновацій та субсидій [47].

З огляду на це, основні засоби впливу з боку головних суб'єктів комплексного механізму державного регулювання системи СДН узагальнимо в табл. 3.4. Звичайно, традиційний набір таких засобів в кожній країні доповнюється специфічними інструментами й важелями державного регулювання, а також пріоритетами, відповідно до цілей соціально-економічного розвитку.

У процесі формування засад комплексного механізму державного регулювання системи СДН також важливо враховувати мінливість самої системи, що закономірно пов'язано з її активністю як відповідною реакцією на зміну умов зовнішнього середовища та внутрішніх факторів.

*Таблиця 3.4*

**Засоби впливу головних суб'єктів комплексного механізму державного регулювання (ДР) системи СДН в Україні на її розвиток***

| Суб'єкти ДР ССДН | Засоби впливу |
|---|---|
| 1 | 2 |
| **Органи державного управління** | − Дозволи на здійснення стоматологічної практики;<br>− державне регулювання цін на стоматологічні послуги;<br>− державний контроль і нагляд за діяльністю стоматологічних закладів;<br>− єдині кваліфікаційні вимоги до персоналу стоматологічних закладів;<br>− ліцензування права здійснення стоматологічної практики;<br>− порядок застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; надання стоматологічної допомоги;<br>− приписи та регламенти медичних втручань;<br>− стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи і стандарти), медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій;<br>− державні та галузеві стандарти якості лікарських засобів;<br>− безпроцентні позики;<br>− державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів, замовлень на поставку продукції медичного призначення;<br>− державні субсидії, дотації з державного та місцевих бюджетів;<br>− обов'язкове медичне страхування; пільгове оподаткування (за користування земельною ділянкою під медичний заклад);<br>− податки;<br>− попередження та штрафи за правопорушення;<br>− пріоритетне надання кредитів і встановлення спеціальних субсидій;<br>− субсидування платежів за надані медичні послуги за непрацююче населення;<br>чинна нормативно-правова база;<br>− визначення конкретного складу, обсягу медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань;<br>− виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України;<br>− зміна господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я;<br>− міждержавні, загальнодержавні й регіональні програми покращення стоматологічного здоров'я населення; міжнародне співробітництво;<br>− моніторинг (ціноутворення на платні медичні послуги; стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення медичних закладів);<br>− пропагування покращання стоматологічного здоров'я; та ін. |
| **Органи місцевого самоврядування** | − Затвердження штатних розписів медичних закладів по спеціальному фонду бюджету;<br>− контроль (виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я; якості лікувально-діагностичного процесу);<br>− перевірки надання медичної допомоги населенню (за контингентом і видом захворювань;<br>− призначення керівників комунальних закладів охорони здоров'я, контроль за їхньою діяльністю, внесення пропозицій щодо продовження терміну контракту чи достроковому його розірванню);<br>− розміщення на території населеного пункту медичних закладів та їхнє фінансування; аналіз (споживання енергоресурсів і бюджетних коштів комунальними закладами охорони здоров'я; виконання капітальних і поточних ремонтів у комунальних закладах охорони здоров'я);<br>− залучення коштів підприємств, установ, організацій та громадян, місцевого бюджету та позабюджетних фондів для фінансування будівництва нових, розширення та реконструкції діючих медичних закладів;<br>− розпорядження та рішення органів місцевого самоврядування;<br>− місцеві програми розвитку стоматології;<br>− моніторинг й аналіз основних показників діяльності стоматологічних закладів;<br>− план заходів щодо їхньої підготовки до роботи в осінньо-зимовий період; реєстрація, облік, аналіз і реагування на заяви, скарги та пропозиції населення щодо обсягів та якості наданої стоматологічної допомоги, а також цін та якості стоматологічних послуг;<br>− соціальні норми; та ін. |

Продовження табл. 3.4

| 1 | 2 |
|---|---|
| **Бізнес-структури** | − Інвестиційне забезпечення проєктів по створенню та розвитку стоматологічних закладів;<br>− маркетингові інструменти просування медичних послуг і підвищення їх якості та доступності; та ін. |
| **Громадські організації** | − Контроль за наданням стоматологічних послуг;<br>− подання до суду позовів про відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю громадян; збір благодійних внесків і спонсорської допомоги, спрямування цих коштів (ресурсів) на реалізацію соціально значущих проектів (закупка медичного обладнання та препаратів для стоматологічних закладів;<br>− адресна допомога на оплату лікування найбільш нужденним…);<br>− організація та проведення акцій; участь (розробка планів, програм, пов'язаних зі стоматологією;<br>− заходи міжнародних неурядових організацій з цих питань, публічні слухання або відкриті засідання; підготовка проектів нормативно-правових актів щодо розвитку ринку стоматологічних послуг);<br>− виступи у ЗМІ;<br>− пропаганда здорового способу життя; та ін. |

*Джерело: узагальнено автором на основі: [125]

При цьому зовнішні чинники, як правило, орган державної влади не може змінити, але має враховувати для успішного функціонування системи СДН. Внутрішні фактори – чинники, які піддаються впливу із боку органів державної влади (мета роботи, стиль управління (жорстко централізований або децентралізований – в залежності від цього потрібні різні фахівці); фінансові ресурси та ін.).

У даному контексті слід відзначити, що всі фактори, що впливають, на особливості державного регулювання системи СДН є складними та багатоаспектними, залежними від модернізаційних процесів у суспільстві (насамперед, у сфері охорони здоров'я) та сформованої моделі державного управління. Така ситуація засвідчує тісний взаємозв'язок рівня розвитку системи СДН із рівнем розвитку громадянського суспільства, системою державного управління та соціально-економічним устроєм країни загалом.

Таким чином, проведене дослідження є основою для обґрунтування основних концептуальних (від лат. conceptio − розуміння) положень щодо формування комплексного механізму державного регулювання системи СДН.

Резюмуючи матеріал, викладений у даному параграфі, вважаємо за доцільне, виокремити основні характерні ознаки комплексного механізму державного регулювання системи СДН. Серед них відзначимо такі:

1) концептуальні засади формування комплексного механізму державного регулювання системи СДН мають вибудовуватись на основі системного та інституціонального підходів;

2) такий механізм є штучно створеною (продуктом організованої людської діяльності) відкритою соціально-орієнтованою системою, спрямованою на формування засобів (інструментів) реалізації функцій державного регулювання системи СДН, що визначають його мету загалом;

3) він детермінується принципами (загальними та додатковими (принципами ДПП)), специфічними формами, засобами та методами державного регулювання;

4) ґрунтується на науково-методичному та ресурсному забезпеченні державного управління/регулювання;

5) всі його складові механізми (інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний) мають проблемний, регуляторний та ціннісний виміри, оскільки спрямований на вирішення конкретної проблеми шляхом коригування роботи системи (її елементів чи взаємозв'язків між ними);

6) кожен ідентифікований механізм у складі комплексного механізму державного регулювання системи СДН виконує свої специфічні функції;

7) має особливий склад суб'єктів, на які покладено обов'язок реалізації функцій державного регулювання системи СДН в межах дії того чи ін. механізму;

8) носить плановий характер;

9) притаманна соціальна спрямованість результатів реалізації механізмів державного регулювання системи СДН та ін.

Джерелами фінансування реалізації вищеописаного стратегічного бачення функціонування та реалізації комплексного механізму системи СДН

в Україні можуть бути кошти державного та місцевих бюджетів, міжнародна технічна допомога та інші джерела, не заборонені законодавством.

Таким чином, сформований у роботі комплексний механізм державного регулювання системи СДН, який розроблено з використанням головних результатів дисертаційного дослідження, має забезпечити зміцнення цілісності відповідної концептуальної системи, сприяти реалізації функцій державного регулювання системи СДН та обумовити реалізацію інтересів об'єкта та суб'єкта системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я загалом з цілевизначальним характером впливу на її результативність та ефективність.

**Висновки до розділу 3**

**1.** Досліджено прогресивний зарубіжний досвід державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню (на прикладі систем СДН США, Канади, Великобританії, Німеччини, Франції, Італії, Польщі) й можливості його адаптації в Україні. Встановлено, що загалом прогресивна світова практика надання СДН має досвід залучення пацієнтів до оплати стоматологічних послуг і багатий арсенал організаційно-економічних і правових механізмів планування, регулювання та управління діяльністю суб'єктів системи СДН. Стоматологічна допомога дітям і окремим верствам населення має окрему державну підтримку. При цьому жодна держава у світі не забезпечує повністю населення якісною та сучасною стоматологічною допомогою за рахунок бюджету й не здатна виділяти необхідні кошти на сучасне стоматологічне обладнання, технології та матеріали для лікування (профілактики) стоматологічних захворювань у населення. Загалом розвиток систем СДН у розвинених країнах світу відбувається по шляху: підтримки системи стоматологічної допомоги з боку держави; інтеграції стоматологічних і загальних служб охорони здоров'я;

наявності декількох джерел фінансування СДН; дотримання прав людини в системі охорони здоров'я; удосконалення санітарно-просвітницької роботи; відповідальності держави за стоматологічну допомогу соціально незахищеним верствам населення та ін. Тобто удосконалення державного регулювання полягає в розумному поєднанні адміністративного і професійного управління організацією СДН.

**2.** Сформовано перспективні напрями удосконалення механізмів державного регулювання системи СДН. Серед них: а) розроблення та ухвалення базового законопроєкту "Про систему стоматологічної допомоги населенню в Україні"; б) удосконалення чинних нормативно-правових актів, що регулюють СДН, нормативно-технічної документації з урахуванням вимог європейських та світових стандартів та при необхідності підготовка проєктів нових актів; в) створення умов для оптимізації функціонування системи стоматологічної допомоги населенню на первинному, вторинному і третинному рівнях надання медичної допомоги; г) запровадження інституту сімейного стоматолога; д) прискорення реорганізації державних і муніципальних стоматологічних закладів з метою їх пристосування до роботи в ринкових умовах та координація діяльності стоматологічних закладів незалежно від форми власності; е) підвищення рівня спеціалізації стоматологічних закладів як за видами послуг, так і за контингентом споживачів; є) удосконалення організаційно-функціональної структури системи СДН за рахунок розвитку засад ДГП та ДПП; ж) упровадження налагодженої системи комплексних заходів, що забезпечать зміни в бюджетному фінансуванні у сфері СДН; з) забезпечення профілактичного спрямування стоматологічної діяльності та переорієнтування традиційної системи СДН на посилення її профілактичної складової; и) покращення системи контролю якості надання СДН України установами та закладами всіх форм власності; і) удосконалення системи професіоналізації у сфері СДН та розширення міжнародного співробітництва; й) запровадження засад лікарського самоврядування та самоврядування в системі СДН та ін.

**3.** Розроблено та обґрунтовано модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН. Такий комплексний механізм визначено як складну систему, представлену інтегративною взаємодією інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного механізмів, що уможливлюють реалізацію функцій державного регулювання системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні (у т.ч. й в умовах невизначеності) з цілевизначальним характером впливу на його результативність і ефективність. При цьому комплексний механізм державного регулювання системи СДН має бути вибудуваний так, щоб його функціонування забезпечувало зміцнення цілісності такої системи, сприяло виконанню її головних функцій, а також не суперечило б логіці прийняття й реалізації управлінських рішень та забезпечувало реалізацію інтересів об'єктів та суб'єктів державного регулювання у сфері СДН.

У відповідності із системним підходом встановлено, що інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний механізми в рамках комплексного механізму державного регулювання системи СДН детермінуються: 1) метою, завданнями, функціями, об'єктами та суб'єктами, що репрезентують кількісно-якісні зрушення в системі СДН та забезпечують цілеспрямовані дії відповідно до загальноконкурентних стратегій і пріоритетів державного регулювання у сфері СДН; 2) системою основних та додаткових принципів державного регулювання у сфері СДН; 3) формами, методами, інструментами й важелями державного регулювання в контексті забезпечення якісної СДН на державному та місцевому/ комунальному рівнях. На цій підставі виявлено перелік концептуальних засад, які мають забезпечити успішне функціонування комплексного механізму державного регулювання системи СДН в умовах реформ в Україні.

Основні положення розділу дисертаційної роботи відображені в таких працях автора: [105; 106; 108; 117].

# ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні розроблено нові наукові положення, які в сукупності дозволяють розв'язати важливу наукову проблему у сфері публічного управління в контексті обґрунтування теоретико-методичних засад державного регулювання системи СДН та розроблення науково-практичних рекомендацій щодо їх удосконалення в умовах реалізації медичної реформи в Україні ( у тому числі й у повоєнний період).

На підставі проведеного дослідження сформульовано низку висновків і пропозицій.

**1.** Проаналізовано стан дослідження феномену "державне регулювання" в науковому дискурсі та розвинено понятійно-категорійний апарат у цій сфері. Зокрема, базові дефініції досліджено, виходячи із трьох проекцій, а саме: 1-ша включає систему первинних і взаємопов'язаних понять ("управління", "менеджмент" та "регулювання"), які в сукупності впливають на змістовне наповнення поняття "державне регулювання"; 2-га представлена поняттями "державне управління" та "державне регулювання", що часто в науковій літературі використовуються як синоніми, проте, не є такими; 3-тя включає поняття, що відображають суть категорійних та змістовних трансформацій сучасного державного управління, а саме − "публічне управління" та "публічне адміністрування".

На цій підставі запропоновано розглядати "державне регулювання" як сукупність цілеспрямованих напрямів, форм, інструментів/засобів і методів впливу органів державного управління та уповноважених державою суб'єктів для реалізації державної політики (у відповідній сфері), що спрямовані на її стабілізацію, реагування на нові виклики задля забезпечення результативності й ефективності її функціонування, стратегічного розвитку та запровадження механізмів саморегулювання. У результаті такого підходу державне регулювання розглядається як похідна категорія від державного управління, а саме як : 1) визначальна функція державного управління, що

тісно пов'язана з іншими управлінськими функціями (організація, планування, координація і контроль), тому їх не завжди вдається розмежувати; 2) особливий різновид впливу держави (практичний, організуючий, координуючий, владний, цілепокладаючий, контролюючий та регулюючий тощо.

При цьому доведено тісний взаємозв'язок понять "державне управління", "державне регулювання", "публічне управління" та "публічне адміністрування" й одночасно унеможливлено використання цих понять як синонімів, оскільки всі вони мають характерні відмінні особливості.

**2.** Уточнено склад і структуру системи СДН як об'єкта державного регулювання у сфері охорони здоров'я та на цій основі ідентифіковано механізми державного регулювання системи СДН. Сучасну систему СДН у роботі представлено у вигляді таких взаємопов'язаних структурних підсистем:

1) підсистема власне надання СДН, метою якої є покращення стоматологічного здоров'я населення за рахунок задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я;

2) підсистема менеджменту надання СДН, метою функціонування якої є не лише покращання стоматологічного здоров'я населення, а й створення сприятливих передумов для розвитку стоматологічної діяльності загалом. Означене уможливлюється завдяки узгодженню інтересів функціонування таких складових підсистеми СДН, як: управління наймом персоналу; мотивація праці персоналу; професійне навчання та професійно-кваліфікаційне зростання персоналу; атестація, ліцензування, акредитація, сертифікація в стоматологічній галузі; ціноутворення у сфері СДН; управління у сфері виробництва (поставок) продукції стоматологічного призначення та ін.

На цій підставі уточнено особливості системи СДН як багаторівневого утворення та доведено об'єктивну необхідність формування нової, інноваційної траєкторії розвитку системи СДН, в реалізації якої вагома роль

відводиться використанню дієвих механізмів державного регулювання та пошуку нових стратегічних управлінських рішень у контексті реформування сфери охорони здоров'я України (у т.ч. й в умовах невизначеності/воєнного стану).

З огляду на це, державне регулювання системи СДН запропоновано розглядати як вплив держави (органів державного управління та/або уповноважених державою суб'єктів) на створення базових передумов, необхідних для забезпечення/ впорядкування діяльності в системі СДН, що здійснюється в динамічно мінливих умовах конкурентного середовища, згідно завдань і функцій державної політики в цій сфері (сфері охорони здоров'я).

При цьому механізми державного регулювання системи СДН інтерпретовано як відкриту соціально-орієнтовану систему, елементи якої (форми, принципи, методи, інструменти/ засоби та важелі впливу, а також взаємопов'язані процеси і ресурси) мають характер стійких взаємозалежностей і причинно-наслідкових зв'язків, що забезпечують цілеспрямований регулюючий вплив держави та уповноважених нею суб'єктів на суспільні відносини у системі СДН. Встановлено, що державне регулювання системі СДН передбачає застосування ряду механізмів державного регулювання, а саме інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного, які у своїй сукупності уможливлюють реалізацію функцій державного регулювання системи СДН в умовах реалізації медичної реформи в Україні загалом.

**3.** Доведено нагальну необхідність реформування системи СДН в Україні на основі ґрунтовного аналізу її генези. З метою пізнання особливостей державного регулювання системи СДН проведено аналіз стану її функціонування в Україні. На цій підставі встановлено, що система СДН в Україні перебуває в стані кризи і стагнації, адже: а) вона не відповідає потребам населення, так як СДН нині на первинній ланці майже не надається та є дуже обмеженою, що не забезпечує гарантованого конституційного

права людини на охорону здоров'я та доступну медичну допомогу; б) відсутність СДН на первинному щаблі призводить до втрати системою охорони здоров'я функції соціального стабілізатора; в) в умовах розгортання повномасштабної російської воєнної агресії проти України чітко висвітлилась залежність військової стоматології від структури державної стоматології, у результаті чого військові стоматологи, з ряду об'єктивних причин, не можуть надавати повноцінну СДН у місцях бойових дій військовим та мирним жителям, які потерпають від ворога; г) система СДН має недостатній рівень фінансування державною та місцевими органами влади; д) державний сектор СДН демонструє низьку конкурентоздатність порівняно з приватними стоматологічними клініками та має невисокий рівень використання інноваційних технологій у щоденній практиці; е) відсутні, затверджені на законодавчому рівні, конкурентні "правила гри" в системі СДН у вигляді розробки й затвердження регуляторних нормативно-правових актів, а також погодження документів професійного самоврядування стоматологів, що спрямовані на формалізацію та оптимізацію взаємовідносин у ланцюгу "пацієнт – стоматолог – стоматологічний заклад – громадське об'єднання стоматологів – органи публічного управління"; є) протягом останніх років у сфері СДН відбувається чітко виражений перерозподіл ринку стоматологічних послуг: "приватний сектор" буде й надалі витісняти "комунальний", а "крупний" – поглинає "дрібний"; ж) починаючи, з 24.02.2022 року, відбувається відток кадрів: частина лікарів-стоматологів приєдналася до лав ЗСУ на початку війни, значна кількість фахівців виїхала на захід України або ж взагалі за кордон; з) відсутній ефективний соціальний захист працівників у сфері СДН; та ін. Зроблено висновок, що за період існування незалежної України так і не відбулося становлення засад цілісного (або холістичного) підходу до здоров'я людини, до формування партнерських відносин у сфері охорони стоматологічного здоров'я, внаслідок чого наявний високий рівень захворюваності та запит на високовартісні спеціалізовані види СДН.

**4.** Виявлено та систематизовано особливості формування й реалізації механізмів державного регулювання системи СДН в Україні. Для цього у рамках:

− інституційно-правового механізму: визначено основних суб'єктів інституційного забезпечення на різних рівнях державного регулювання системі СДН в Україні, до яких віднесено такі: ВООЗ, FDI; ГО "Асоціація стоматологів України"; органи державного управління; органи місцевого самоврядування; бізнес-структури/інвестори; заклади різних форм власності, що надають СДН; та ін. Разом із цим обґрунтовано, що створення якісної нормативно-правової бази із законодавчого забезпечення правового поля з державного регулювання системи СДН у т.ч. пов'язані зі значними труднощами, серед яких основними є такі: а) правове поле у сфері регулювання розвитку системи СДН є необґрунтовано розпорошеним або ж у деяких випадках − колізійним і архаїчним, що штучно ускладнює взаємовідносини в цій сфері; б) відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у сфері СДН; в) низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи у сфері СДН; г) складність проходження законопроєктів про охорону здоров'я загалом у ВРУ; д) наявність недосконалих обмежуючих регуляторних механізмів у сфері ліцензування (в основному, закладів охорони здоров'я, а не професіоналів і фахівців) та добровільної акредитації закладів охорони здоров'я в умовах відсутності страхової медицини; та ін.;

− ресурсного механізму: даний механізм досліджено в контексті 3-х складових компонент − кадрової, фінансово-економічної та інформаційно-комунікативної. На цій основі узагальнено основні проблемні аспекти функціонування ресурсного механізму державного регулювання системи СДН в Україні, серед яких відзначено такі: а) до початку повномасштабної військової російської агресії на території України у сфері СДН спостерігався масовий виїзд кваліфікованих лікарів за кордон (зовнішня трудова міграція); б) незважаючи на позитивні зміни в системі підвищення

кваліфікації, протягом останніх 10 років питома вага атестованих лікарів-стоматологів лишається на рівні 73%–74%; в) реалії сьогодення вимагають фахівців більш вузької спеціалізації; г) дефіцит фінансового забезпечення розвитку системи СДН; д) брак обґрунтування та невідповідність фактичних і запланованих витрат на розвиток сфери СДН; е) відсутність цільових національних програм для забезпечення розвитку системи СДН, у яких були б зазначені головні напрями та джерела фінансування СДН; є) залишається недосконалим механізм нарахування заробітної плати медичним працівникам у сфері СДН; ж) відсутність єдиної комунікативної стратегії у сфері СДН; з) неадекватність сучасних програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері ІКТ та ін.;

– науково-дослідного механізму: відзначено, що наразі значно посилюється авторитет Української наукової стоматологічної школи у світі, про що свідчить затребуваність наших фахівців у зарубіжних країнах та зростання медичного туризму зі стоматології в Україну. Окрім того, ідентифіковано основні проблеми науково-дослідної діяльності у сфері СДН, а саме: а) відсутність єдиної наукової концепції розвитку системи СДН в Україні, яка має стати як головним науковим документом (теоретико-методологічні засади функціонування системи СДН), так і політичним документом (формулювання вимог до законодавчої бази, політики держави у сфері СДН) в умовах повоєнної відбудови економіки України; б) невизначеність понятійного апарату у сфері СДН та його неузгодженість з міжнародними стандартами; в) методологічна неузгодженість процесів обміну інформацією у сфері СДН; г) дефіцит державного фінансування сфери наукових досліджень у сфері СДН та ін.

**5.** Сформовано перспективні вектори удосконалення державного регулювання системи СДН в Україні з урахуванням можливостей імплементації прогресивного зарубіжного досвіду в цій сфері. Для цього проведено дослідження передового зарубіжного досвіду державного регулювання систем стоматологічної допомоги населенню (на прикладі

США, Канади, Великобританії, Німеччини, Франції, Італії, Польщі) й визначено можливості його адаптації в Україні. Встановлено, що загалом розвиток систем СДН у розвинених країнах світу відбувається по шляху: підтримки системи СДН з боку держави; інтеграції стоматологічних і загальних служб охорони здоров'я; наявності декількох джерел фінансування СДН; дотримання прав людини в системі охорони здоров'я; удосконалення санітарно-просвітницької роботи; відповідальності держави за стоматологічну допомогу соціально незахищеним верствам населення та ін. Тобто удосконалення державного регулювання полягає в розумному поєднанні адміністративного і професійного управління організацією СДН.

З огляду на це, у роботі сформовано перспективні напрями удосконалення механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню. Серед них: а) розроблення та ухвалення базового законопроєкту "Про систему стоматологічної допомоги населенню в Україні"; б) удосконалення чинних нормативно-правових актів, що регулюють СДН, нормативно-технічної документації з урахуванням вимог європейських та світових стандартів та при необхідності підготовка проєктів нових актів; в) створення умов для оптимізації функціонування системи стоматологічної допомоги населенню на первинному, вторинному і третинному рівнях надання медичної допомоги; г) запровадження інституту сімейного стоматолога (лікаря-стоматолога загальної практики); д) прискорення реорганізації державних і муніципальних стоматологічних закладів з метою їх пристосування до роботи в ринкових умовах та координація діяльності стоматологічних закладів незалежно від форми власності; е) підвищення рівня спеціалізації стоматологічних закладів як за видами послуг, так і за контингентом споживачів (соціально незахищені верстви населення, забезпечені особи, багаті співвітчизники та іноземці); є) удосконалення організаційно-функціональної структури системи стоматологічної допомоги населенню за рахунок розвитку засад ДГП та ДПП; ж) упровадження налагодженої системи комплексних заходів, що

забезпечать зміни в бюджетному фінансуванні (механізм фінансування) системи СДН; з) забезпечення профілактичного спрямування стоматологічної діяльності та переорієнтування традиційної системи СДН на посилення її профілактичної складової; и) покращення системи контролю якості надання стоматологічної допомоги населенню України установами та закладами всіх форм власності; і) удосконалення системи професіоналізації у сфері СДН та розширення міжнародного співробітництва; й) запровадження засад лікарського самоврядування та самоврядування в системі СДН.

**6.** Розроблено та обґрунтовано модель комплексного механізму державного регулювання системи СДН в Україні. Сам комплексний механізм визначено як складну систему, представлену інтегративною взаємодією інституційно-правового, ресурсного та науково-дослідного механізмів, що уможливлюють реалізацію функцій державного регулювання системи СДН в умовах реформування сфери охорони здоров'я в Україні (у т.ч. й в умовах невизначеності) з цілевизначальним характером впливу на його результативність і ефективність. При цьому комплексний механізм державного регулювання системи СДН має бути вибудуваний так, щоб його функціонування забезпечувало зміцнення цілісності системи СДН, сприяло виконанню її головних функцій, а також не суперечило б логіці прийняття й реалізації управлінських рішень та забезпечувало реалізацію інтересів об'єктів та суб'єктів державного регулювання системи СДН.

У відповідності із системним підходом встановлено, що інституційно-правовий, ресурсний та науково-дослідний механізми в рамках комплексного механізму державного регулювання системи СДН детермінуються: а) метою, завданнями, функціями, об'єктами та суб'єктами, що репрезентують кількісно-якісні зрушення в системі СДН та забезпечують цілеспрямовані дії відповідно до загальноконкурентних стратегій і пріоритетів державного регулювання у сфері СДН; б) системою основних та додаткових принципів державного регулювання у сфері СДН; в) формами, методами, інструментами й важелями державного регулювання в контексті забезпечення якісної

стоматологічної допомоги населенню на державному та місцевому/ комунальному рівнях. На цій підставі виявлено перелік концептуальних засад, які мають забезпечити успішне функціонування комплексного механізму державного регулювання системи СДН в умовах реформ в Україні.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В.Б. Адміністративне право України : навч. посібник. К. : Юридична думка, 2004. 584 с.

2. Авер'янов В.Б. Ще раз про зміст і співвідношення понять "державне управління" і "виконавча влада": полемічні нотатки. *Право України*. 2004. № 5. с. 113−116.

3. Адміністративне право України. Академічний курс: підруч.: У двох томах: Том 1. Загальна частина / Ред. колегія: В.Б. Авер'янов (голова). К. : Видавництво "Юридична думка", 2004. 584 с.

4. Адміністративне право України: підручник / Ю.П. Битяк, В.М. Гаращук, О.В. Дьяченко та ін. ; За ред. Ю.П. Битяка. К. : Юрінком Інтер, 2005. 544 с.

5. Актуальні проблеми господарського права : навч. посіб. / за ред. В.С. Щербини. К. : Юрінком Інтер, 2012. 528 с.

6. Алюшина Н.О. Електронне наставництво – інноваційний компонент електронного урядування. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. № 2. С. 112–119.

7. Амосов О.Ю., Галушко Б.П. Формування механізму державного регулювання паливно-енергетичного комплексу регіона. *Проблеми економіки*. 2013. № 3. С.21–27.

8. Арабайджийски Н. Сущность теории публичного управления. 2012. URL : http://bagsurb.ru/about/journal/ekonomika-i-upravlenie-nauchno-prakticheskiy-zhurnal-2-2012/ARABADJIISKIY.pdf

9. Арістотель. Політика / Пер. з давньогрецької О. Кислюк. Вид-во 3-є.- К.: Вид-во Соломії Павличко "Основи", 2005. 239 с.

10. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч . посіб. Київ : Центр учбової літератури , 2008. 640 с.

11. Бакуменко В.Д. Державне управління: словн.-довід. / уклад.: В.Д. Бакуменко, Д.О. Безносенко, І.М. Варзар, В.М. Князєв, С.О. Кравченко,

Л.Г. Штика; за ред. В.М. Князєва, В.Д. Бакуменка. К. : Вид-во НАДУ, 2002. 228 с.

12. Бакуменко В.Д., Надолішній П.І. Теоретичні та організаційні засади державного управління : навч. посіб. К. : Міленіум, 2003. 256 с.

13. Барзилович А.Д. Державне регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 5. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1676

14. Бедрик І. О. Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. К., 2010. 20 с.

15. Бережной Ю.М. Поняття та сутність державного регулювання інформаційної сфери. *Державно-управлінські студії* . 2019. № 11. С. 4–20.

16. Біда О.В., Струк В.І., Забуга Ю.І. Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування населення в Україні. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2013. Вип. 22. С. 370–377.

17. Білокур Є.І. Функції державного управління: поняття, особливості, правове регулювання : дис. …канд. юрид. наук : 12.00.07. Одеса, 2015. 194 с.

18. Бєляєв О.О., Бебело А.С., Комяков О.М. Держава і перехідна економіка: механізм взаємодії : моногр. К. : КНЕУ, 2003. 190 с.

19. Богату С. І. Добровольчий підхід в стоматології як форма реалізації державно-громадянського партнерства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 1. URL : http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1943

20. Богату С.І. Програми державно-громадянського партнерства в стоматології країн світу. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. 1(82). С. 64–72.

21. Богату С.І. Організація надання стоматологічної допомоги : досвід України та країн ЄС. *Наукові перспективи*. 2021. № 11 (17). С. 421–444.

22. Бодров В.Г., Балдич Н.І., Сафронова О.М. Державне управління у фінансово-економічній сфері: навч.-метод. матеріали. К.: НАДУ, 2013. 88 с.

23. Бронікова С.А. Метафоричність наукового мовлення: термін "механізм" у комунікативній сфері державного управління. *Вісник ОНУ*. Сер.: Філологія. 2017. Т. 22, вип. 2 (16). С. 21–27.

24. Булатов М. Категорії. Філософський енциклопедичний словник: [редкол.: В. І. Шинкарук (голова редкол.) та ін.]. Київ, 2002. С. 272–273.

25. Бурик З. Теоретико-методологічні засади державного регулювання сталого розвитку України: дис. ... докт. держ. упр.; спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління. Київ : НАДУ, 2019. 481 с.

26. Бурило Ю.П. Сутність державного регулювання в інформаційній сфері господарювання. *Вісник Вищої ради юстиції*. 2013. № 3 (15). С.111–122.

27. Бюджетний кодекс України : кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17

28. Васюк Н.О., Худошина О.В. Державне регулювання ліцензування професійної діяльності медичних працівників: сутність понять. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 10. С. 65–70.

29. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [голов. ред. В.Т. Бусел]. К. : Ірпінь: Перун, 2005. 1728 с.

30. Вікіпедія: Стоматологія в Україні. URL : https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F.

31. Вікіпедія: Helsi. URL : https://uk.wikipedia.org/wiki/Helsi

32. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я : дис. … д.держ.упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. 492 с.

33. Вознесенська О.А. Сутність державного регулювання в галузі діяльності аудіовізуальних засобів масової інформації. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 3. С.94–98.

34. Волонтерство та самоврядування у стоматології: проект Ігоря Ященко. URL : https://novilidery.com/news/volon terstvo-ta-samovryaduvannya-u-stomatologii-proekt-igorya-yaschenko

35. Волонтерському стоматологічному руху – 5 років. URL : https://armyinform.com.ua/2020/02/07/volonterskomu-stomatologichnomu-ruhu-5-rokiv/

36. Вольська О.М. Трансформація механізмів державного управління соціальним розвитком. *Публічне управління*. 2013. № 1. С. 30–34.

37. ВООЗ розробила рекомендації щодо відновлення системи охорони здоров'я України у післявоєнний період. URL : https://www.apteka.ua/ article/635894zakon.rada.gov.ua/go/106-2019-п

38. Воробйова М.О. Особливості процедури прийняття рішення про здійснення проєктів державно-приватного партнерства. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2018. Вип. 1. С. 19–26.

39. Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік: довідник. Кропивницький: Поліум, 2019. 176 с.

40. Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2020 рік: довідник. Кропивницький: Поліум, 2021. 101 с.

41. Вороненко Ю.В., Павленко О.В., Мазур І.П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008–2018 рр.: довідник. Кропивницький: Поліум, 2018. 212 с.

42. Гладун З.С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Львів. 2007. С. 73–79. http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_073_11.pdf

43. Глосарій Програми розвитку ООН. URL : http://www.unpan.org/Directories/ UNPublicAdministrationGlossary/

44. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Чопчик В.Д. Державне регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні. *Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика.* 2019. № 34. С. 293–306.

45. Гонюкова Л.В., Педченко Н.С. Сучасний механізм упровадження гендерної політики в Україні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія : Державне управління*. 2016. № 2. С. 114–120.

46. Горбатова Д. І. Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров‘я. *Актуальні проблеми держави і права : зб. наук. пр.* Вип. 82 / редкол.: В. В. Завальнюк (голов. ред.) та ін. Одеса: Гельветика, 2019. С .55

47. Господарський кодекс України : кодекс України від 16.01.2003 №436-IV. URL : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/436-15

48. Гриньова В.М., Новікова М.М. Державне регулювання економіки : підручник. К. : Знання, 2008. 398 с.

49. Грохотов В.А., Орлова В.М. Соціологічне дослідження якості стоматологічної допомоги в закладах різної форми власності. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 4 (90). С. 49–53.

50. Давиденко Л.І. Державне регулювання сфери туризму на обласному рівні : автореф. дис. … канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Донецьк, 2006. URL : http://tourlib.net/aref_tourism/davydenko.htm

51. Державне управління в Україні / за ред. В. Б. Авер'янова. Київ : Знання, 2009. 216 с.

52. Державне управління в Україні : навч. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. В.Б. Авер'янова. Київ, 1999. 432 с.

53. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади: Навч. посібник / За заг. ред. Нижник Н.Р., Олуйка В.М. Л.: Вид-во Національного університету "Львівська політехніка", 2002. 352 с.

54. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. Київ: Факт, 2003. 384 с.

55. Державне управління: Словник-довідник / В.Д. Бакуменко та ін. ; за заг. ред. В.М. Князєва. Київ : Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.

56. Державне управління та державна служба: словник-довідник / [уклад. О. Ю. Оболенський]. Київ: КНЕУ, 2005. 480 с.

57. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ МОЗ України № 446 від 22.02.2019 року. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z0293-19

58. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я: Постанови КМУ від 12 січня 2022 року №2. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/2-2022-%D0%BF

59. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році : Постанова КМУ від 29 грудня 2022 року № 1440. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/1440-2021-%D0%BF

60. Діасамідзе Е.Д., Жуков К. В. , Рогожин Б.А. Нова Концепція зміни структури надання стоматологічної допомоги під час реалізації медичної реформи. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2017. №3. С. 6−10.

61. Діджиталізації надання стоматологічних послуг / О.А. Мельниченко, Н.М. Удовиченко, О.В. Логвинова, В.І. Ємченко // *Публічне управління та адміністрування у процесах економічних реформ* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, Херсон, 11 листопада 2020 р. Херсон : Вид-во ХДАЕУ, 2020. Т. 1. С. 273–276.

62. Дідківська Л.І. Державне регулювання економіки: навч. посіб. / Л.І. Дідківська, Л.С. Головко. К.: Знання-Прес, 2000. 209 с.

63. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. URL : http://www: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf.

64. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78. Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 № 117. URL: https://zakon. rada. gov. ua/rada/show/va117282–02.

65. Добровольская В. Правовое обеспечение государственного регулирования предпринимательской деятельности. *Підприємництво, господарство і право.* 2005. № 8. С. 54–57.

66. Добагян Е.К. Фактори та сучасні тенденції розвитку ДПП у сфері охороні здоровя на прикладі зарубіжного досвіду. *Наукові перспективи.* 2021. № 2. С. 75–78.

67. Домбровська С. М. Сучасні технології впровадження інноваційних державних механізмів реформування системи освіти в Україні. *Університетські наукові записки*. 2013. № 2(46). С. 5–11.140.

68. Драгомирецька Н.М., Піроженко Н.В., Матвєєнко І.В. Державно-громадянське партнерство у сфері соціального розвитку : навч. пос. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2017. 290 с.

69. ДСТУ ISO серії 9000. URL: https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209000.pdf

70. Енциклопедичний словник з державного управління / [Ю.П. Сурмін, В.Д. Бакуменко, А.М. Михненко та ін.] ; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю.П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.

71. Енциклопедія державного управління. Том 2. Методологія державного управління: у 8 т. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. URL : http: //derzhava.in.ua:8081/ndi/encyclopedia/default.aspx

72. Європеїзація публічного адміністрування в Україні в контексті європейської інтеграції : матеріали наук.-практ. конф. 17 груд. 2009 р., м. Дніпропетровськ / за заг. ред. Л.Л. Прокопенка. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2009. 224 с. С. 77–78.

73. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2019 рік. URL : moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacijnoi_komisii_pri_moz_ukraini_za_2019_rik.pdf.

74. Здоровье – 2020: основы европейской политики і стратегия для XXI века. Всемирная организация здравоохранения. URL : http:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long.pdf.

75. Здоровье полости рта. *Информац. бюл. ВООЗ*. 2012. № 318. URL : https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru

76. Іваницька О.М. Державне регулювання розвитку фінансової інфраструктури: монографія. К. : Вид-во НАДУ, 2005. 276 с.

77. Ільницька Н.Ф. Сутність державного регулювання діяльності юридичних осіб приватного права. *Юридична Україна*. 2012. № 10. С. 18−25.

78. Ільницька Н.Ф. Співвідношення понять “державне управління”, “державне регулювання”, “публічне адміністрування”: сучасні тенденції. Тези доповідей міжнародної юридичної науково-практичної конференції “Актуальна юриспруденція” (28 лютого 2018 року). К.: ЦУЛ, 2018. С. 52−55.

79. Канюра ОА. Шляхи удосконалення стоматологічної допомоги населенню. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. № 4. Т.3 (115). С. 295−298.

80. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров’я населення України: дис. ..к.держ.упр.; спеціальність 25.0002 – механізми державного управління. Харків : Національний університет цивільного захисту України, 2020. 214 с.

81. Карлаш В.В. Основи державного регулювання у сфері охорони здоров’я в Україні на сучасному етапі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 9. С 10–-103.

82. Касянчук В.В. Бергілевич О.М., Сміянова О.І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник. За ред. проф. В.А. Сміянова. Суми, Сумський державний університет, 246 с.

83. Клименко О.В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: ґенеза та тенденції розвитку: автореф. дис. ... докт. держ.упр.; спец. 25.00.01 – теорія та історія державного управління. НАДУ : Київ, 2016. 36 с.

84. Клименко Н.Г. Державне регулювання діяльності недержавних інституцій у контексті забезпечення національної безпеки. монографія. Київ: “Видавництво Людмила”, 2020. 342 с.

85. Клопов І.О. Сутність державного регулювання відновлювальної енергетики. *Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова*. 2017. Т. 22. Вип. 1(54). С. 178-183.

86. Ковбасюк Ю.В., Бакуменко В.Д. Державне регулювання в умовах ринкової економіки. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / [наук.-ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін.] ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ: НАДУ, 2011. Т. 1. Теорія державного управління / [наук.-ред. колегія: В.М. Князєв (співголова), І.В. Розпутенко (співголова) та ін.]. 748 с.

87. Коломоєць Т. О. Адміністративне право України. Академічний курс : підручник. К. : Юрінком Інтер, 2011. 576 с. URL : http://uadocs.exdat.com/docs/index-283028.html?page=9.

88. Конституція України : закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. URL : https://zakon.rada.gov.ua › laws › show

89. Концептуальні засади правового забезпечення інноваційної політики України : монографія / Д.В. Задихайло, Г.П. Клімова, Л.С. Шевченко та ін. ; за ред. Д. В. Задихайла. Х. : Право, 2014. 464 с.

90. Кризина Н.П., Суханова Я.А., Кризина О.В. Сутність основних понять державного управління формування та реалізації відомчої медицини в Україні. Наукові перспективи: журнал. 2022. № 3(21) 2022. С. 22–35.

91. Криничко Л. Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров’я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3. URL : http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2011

92. Крутова А.С., Тарасова Т.О., Кащена. Н.Б. Проєкти державно-приватного партнерства: реалізація та аналіз ефективності. *Економічний простір.* 2019. № 141. С. 158–171.

93. Крячко А. Г., Романенко І. Г. Шляхи підвищення надання якості стоматологічної допомоги. *Вісник стоматології*. 2010. № 4. С. 85–94.

94. Кустова С.М. Державне регулювання фінансового забезпечення діяльності політичних партій: теоретико-методологічний аспект. канд.. дис.. НАДУ. Київ, 2020. 238 с.

95. Лебедик С.В., Коноваленко С.О. Особливості розвитку стоматологічної допомоги у розвинених країнах Західної Європи та Північної Америки. *Медсестринство*. 2021. №3. С. 12−16.

96. Литвинова Л.О., Донік О.М., Артемчук Л.І. Реформування стоматологічної допомоги населенню України : проблеми сьогодення. *Український стоматологічний альманах*. 2020. № 2. С. 109–114.

97. Ляхова Н.О., Нестеренко О.М. Стан ринку стоматологічних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип. 3 (3). С. 47–50.

98. Мазур І.П. Всесвітня федерація стоматологів у формуванні стратегії розвитку стоматології. *Сучасна стоматологія*. 2017. № 3. С. 100–102.

99. Мазур І.П. Лікарські товариства у формуванні української наукової стоматологічної школи: історіографічні нариси. До сторіччя формування Української наукової стоматологічної школи. *Стоматологія/огляд*. 2017. №18(415). С. 72–73.

100. Мазур І.П., Вахненко О.М., Рибачук А.В., Мазур П.В. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2020 рік. *Oral and General Health.* Том 2, № 3, 2021. С. 32–38. URL : http://www.mif-ua.com/archive/article/51344

101. Мазур І.П., Вахненко О.М. Сторіччя української стоматології: здобутки та сучасні виклики: *Історія медицини.Актуально.* Т. 12 № 1 (84) 2020. URL: https://umv.com.ua/storichchya-ukrainskoi-stomatologii-zdobutki-ta-suchasni-vikliki/

102. Мазур І.П. Обговорення гострих питань реформування у стоматології. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 2. С. 111.

103. Малиновський В.Я. Словник термінів і понять з державного управління. Київ : Центр сприяння інституційному розвитку державної служби, 2005. 255 с.

104. Махінчук Н.В. Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню: сутність та основні завдання. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку:* матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції (Київ; Афіни, 07 травня 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Афіни: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. С. 58-63 URL:http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-9-2021.pdf.

105. Махінчук Н.В. Державно-приватне партнерство як інструмент інноваційного розвитку системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Наукові перспективи*. 2021. Випуск 4 (10). С. 123−137. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/208/210

106. Махінчук Н.В. Напрями трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. *Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 7–8 черв. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : ННІ ПУДС КНУ імені Тараса Шевченка, 2022. С. 391−392 URL: https: //ipacs.knu.ua/pages/dop/316/files/dbca2488-6b24-4608-9db6-0931798c158b.pdf

107. Махінчук Н.В., Обушна Н.І. Теоретичні аспекти стратегічного управління в системі стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1708.

108. Махінчук Н.В. Основні вектори відновлення системи охорони здоров'я України в післявоєнний період. *Державна служба України: сучасні виклики та перспективи повоєнної трансформації* : зб. тез щоріч. Міжнар. круглого столу (Київ, 17 черв. 2022 р.) ; за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : Навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2022, 206 с. (с. 164-166). URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/dop/308/files/83f6fe7a-0d2c-437f-952a-58f699c0bc46.pdf

109. Махинчук Н.В. Особенности государственного регулирования системы здравоохранения в Украине. *Реформа системы государственного управления и государственной службы: её современные эффективные модели* : материалы Международной научно-практической конференции (Душанбе, 05−06 марта 2021 года): сборник научных статей и докладов. Типография АГУППРТ. Душанбе, 2021 г. 533с. (с. 394−399). URL: КПУ_госуправление_Май_2021.pdf

110. Махінчук Н.В. Особливості державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Věda a perspektivy*. 2022. № 8(15). С. 22−34. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/vp/article/view/2335/

111. Махінчук Н.В. Особливості інституційно-правового механізму публічного управління розвитком системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). URL: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/6.pdf

112. Махінчук Н.В. Особливості підготовки фахівців з публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Модернізація професійної підготовки державних службовців в умовах глобальних викликів та сучасних змін в суспільстві*: зб. тез міжнар. круглого столу, Україна–Литовська Республіка, 08 лип. 2021 р., м. Київ / редкол. : Ольга Андрєєва, Ірина Криворучко, Наталія Ларіна ; за заг. ред. Лариси Комахи. Київ : Навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2021. С. 176 (140-141 с.). URL: http://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1850/files/1231.pdf

113. Махінчук Н.В. Підходи до визначення сутності дефініції "державне регулювання" в науковому дискурсі. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали VI Міжнар. наук.-практ.конф. (Київ; Варшава, 07 лютого 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Варшава: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. С. 75−79. http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-6-2021.pdf.

114. Махінчук Н.В. Проблеми державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління:* зб. тез за матеріалами круглого столу до Дня незалежності України, Київ, 22 серпня 2022 року. С.173-174. URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/ osn/2/news/ 1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf.

115. Махінчук Н.В. Проблеми публічного управління розвитком системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Шевченківська весна – 2022: публічне управління та державна служба* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених (Київ, 19 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, О. М. Андрєєвої. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2022. 268 с. URL: https: //ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1928/files/e2d6b0e4-8b82-4770-bc40-87ce3af74f68.pdf

116. Махінчук Н.В. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Україна 2030: публічне управління для сталого розвитку* : матеріали щоріч. міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 2020 р.) : у 3 т. / за заг. ред. А.П. Савкова, М.М. Білинської, О.М. Петроє. Київ : НАДУ, 2020. Т. 2. С. 53–55. URL: https://www.researchgate.net/profile/Tetyana-Syvak/publication/349310794_STRATEGIC_COMMUNICATIONS_AS_THE_BASIS_OF_PUBLIC_ADMINISTRATION_PROCESS/links/602a195ea6fdcc37a829191d/STRATEGIC-COMMUNICATIONS-AS-THE-BASIS-OF-PUBLIC-ADMINISTRATION-PROCESS.pdf

117. Махінчук Н.В. Уніфікація механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2021. Випуск 21. с. 57–63. URL: http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/21-2021/13.pdf

118. Махінчук Н.В. Феномен державного регулювання в науковому дискурсі. *Наукові перспективи*. 2021. № 2(8). с. 172–191. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/154/155

119. Медична стоматологічна допомога в моделях медичного страхування різних країн / А.В.Павленко, А.Н. Вахненко, Л.Г. Єрмакова,

М.А. Павленко, Е.І. Фефер, И.Ф. Авербух. *Сучасна стоматологія*. 2019. Вип. 5. С. 100–103.

120. Мельник Р.С. Загальне адміністративне право: Навчальний посібник / Р.С. Мельник, В.М. Бевзенко; За заг. ред. Р.С. Мельника. К.: Ваіте, 2014. 376.

121. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здорово-охоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2018. № 11. URL : http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336.

122. Мельниченко О.А., Ємченко В.І. Пріоритети публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. 2018. № 2. С. 129–134.

123. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Вплив епідеміологічно-економічної кризи на ринок стоматологічних послуг Харкова. URL : http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/26056/1/%D0%92%D0%9F%D0%9B%D0%98%D0%92%20%D0%95%D0%9F%D0%86%D0%94%D0%95%D0%9C%D0%86%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%86%D0%A7%D0%9D%D0%9E-%D0%95%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%9E%D0%9C%D0%86%D0%A7%D0%9D%D0%9E%D0%87.doc

124. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М., Ємченко В.І. Полеміка щодо співвідношення понять “стоматологічна допомога” та “стоматологічна послуга”. Харків : ХНМУ, 2019. С. 48–50. URL : http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/22913

125. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Механізми публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг. 2019. URL: http://ns1.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/25565/1/%D0%9C%D0%95%D0%A5%D0%90%D0%9D%D0%86%D0%97%D0%9C%D0%98%20%D0%9F%D0%A3%D0%91%D0%9B%D0%86%D0%A7%D0%9D%D0%9E%D0%93%D0%9E%20%D0%A3%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%92%D0%9B%D0%86%D0%9D%D0%9D%D0%AF%20.doc

126. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Розвиток стоматологічного туризму в Україні: перспективи та необхідність публічного управління. Становлення публічного адміністрування в Україні: матеріали VIII всеукр. міжвуз. конф. / за заг. ред. С.О. Шевченка. Дніпро : Вид-во ДРІДУ НАДУ, 2017. С. 71–73.

127. Мельниченко О.А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ "Магістр", 2017. № 1. С. 8–14.

128. Мельтюхова Н. М. Державне управління як єдність діяльності та відносин : монографія. Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ "Магістр", 2010. 204 с.

129. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. 2018. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf.

130. Надоша О.В. Державне управління в умовах переходу до сталого розвитку: аналіз сучасних дослідницьких підходів. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2011. № 4. С. 48–55.

131. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL : http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574

132. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2019. № 4 (20). С. 170–175.

133. Настав час введення інституту сімейного стоматолога. *Ваше здоров'я : Медична газета України.* 2013. № 29–30 (26 липня). URL : vz.kiev.ua/ nastav-chas-vvedennya-institutu-simejnogo-stomatologa

134. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. URL : https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf

135. Нижник Н.Р., Кульчій І.О., Муза О.В. Виконавча влада в Україні : реформування та перспективи : монографія. Полтава: ПУЕТ, 2012. 143 с.

136. Нижник Н.Р., Машков О.А. Системний підхід в організації державного управління : навч. посіб. К.: УАДУ, 1998. 160 с.

137. Новий тлумачний словник української мови : у 4 т. 42000 слів / уклад. : В. Яременко, О. Сліпушко. К. : Аконіт, 2000. Т. 3 (О-Р). 927 с.

138. Оболенський О.Ю., Борисевич С.О., Коник С.М. Опорний конспект лекцій з дисципліни “Публічне управління”. К. : НАДУ, 2011. 56 с.

139. Оболенський О.Ю. Публічне управління: цивілізаційний тренд, наукова теорія і напрям освіти. Публічне управління: шляхи розвитку : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 26 листоп. 2014 р.) : у 2 т. / [за наук. ред. Ю. В. Ковбасюка, С. А. Романюка, О. Ю. Оболенського]. К. : НАДУ, 2014. Т. 1. 150 с. (с. 3−9).

140. Обушна Н.І., Махінчук Н.В. Система стоматологічної допомоги населенню як об’єкт державного регулювання у сфері охорони здоров’я. *Інвестиції: практика та досвід.* 2021. №11. С. 65−71. URL: http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7487&i=10

141. Обушна Н.І. Механізми формування та розвитку публічного аудиту в Україні: дис. … д. держ. упр.; 25.00.02 – механізми державного управління. Київ : 2018. 469 с.

142. Омельченко А.В. Адміністративно-правові засади зовнішньоекономчіної діяльності в Україні: монографія. К. : КНЕУ, 2011. 309 с.

143. О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению республики: приказ МЗ УССР № 120 від 13.06.88. URL : https://zakon.rada.gov.ua/ laws/show/v0120282-88.

144. Онищук С.В. Практика застосування Закону України “Про державну службу” : практичний посібник. Івано-Франківськ; Дрогобич: Коло, 2017. 184 с.

145. Орлів М.С. Механізми державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади в Україні: дис. ... д. держ. упр.; 25.00.02 – механізми державного управління. Київ : НАДУ, 2019. 440 с.

146. Орлів М.С. Теоретико-методичні аспекти формування механізмів державного регулювання системи підвищення кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування. *Зб. наук. пр. НАДУ.* 2015. Вип. 2. С. 101–113.

147. Основи законодавства України про охорону здоров'я. ст. 8. Ред. від 01.01.2019. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1993. № 4. ст. 19. URL: https://zakon. rada. gov. ua/laws/show/2801–12207.

148. Офіційний веб-сайт МОЗ України. URL : moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161130_d.html

149. Офіційний веб-сайт НСЗУ. URL : https://www.nszu.gov.ua/

150. Офіційний веб-сайт HELSI. URL : https://helsi.me/find-by-organization/3deca158-29ea-4049-956e-5cf4319a5617/doctors

151. Павленко О.В., Вахненко О.М. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія. *Современная стоматология.* 2013. № 2. С. 180–181.

152. Пархоменко-Куцевіл О.І. Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. № 1(11). URL: https:// nvdu.undicz.org.ua/index.php/nvdu/article/view/222/231

153. Петрова І.П. Поняття державно-приватного партнерства: оцінка зарубіжних і вітчизняних визначень. *Вісник економічної науки України.* 2014. № 3 (27). С. 88–99.

154. Питання Національної ради з відновлення України від наслідків війни: Указ Президента України від 21 квітня 2022 р. № 266/2022. URL : https://ips.ligazakon.net/document/U266_22 .

155. Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України: тези доповідей навчально-методичної конференції

15 лютого 2017 року / за ред. В.М Мороза, Ю.Й. Гумінського, Л.В. Фоміної. 2017. 229 с. URL : https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tez_dopov.pdf

156. Пожевілова А., Пожевілова К. Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога у 2022 році. Том 2, № 4, 2021. С. 24–27.

157. Політична економія: підручник [Федоренко В.Г., Діденко О.М., Руженський М.М., Іткін О. Ф. та ін.]; за наук. ред. В.Г. Федоренка. Київ: Алерта, 2008. 487 с.

158. Положення про організацію надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров’я та медичних підрозділах органів Державної прикордонної служби України : наказ Адміністрації державної прикордонної служби України від 15.04.2008 №325. URL : http://zakon.rada.gov.ua

159. Приходченко Л.Л. Забезпечення ефективності державного управління: теоретико-методологічні засади: монографія. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2009. С. 144.

160. Приходько В.П. Механізм державного регулювання та управління економічною безпекою. *Інвестиції : практика та досвід*. 2013. № 15. С.6–8.

161. Про БПР – Платформа Центру громадського здоров’я. URL : https://portal.phc.org.ua/uk/pro-bpr/

162. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 28.02.2020 року № 590. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/v0590282-20

163. Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного: наказ Міністерства оборони (Міноборони) України та Міністерства охорони здоров’я (МОЗ) України від 02.11.2018 р. № 49/180. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z0252-18

164. Про внесення змін до деяких актів КМУ: Постанова КМУ від 25.03.2020 № 239. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/239-2020-%D0%BF

165. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі: Закон України від 19.03.2015 № 269-VII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/269-19

166. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/2347-20

167. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446: Наказ МОЗ України від 24.03.2022 № 520. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z1338-21

168. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 18.08.2021 № 1753 . https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1338-21#n2

169. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765: Постанова КМУ від 17.12.2012 № 1216. URL : https://zakon. rada. gov. ua/laws/show/1216–2012-%D 0 %BF#n2.

170. Про внесення зміни до пункту 4 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 590: Наказ МОЗ України від 31.08.2021 року № 1852. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/v1541282-22

171. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: Наказ Мінсоцполітики і МОЗ від 05.10.2005 № 308/519. URL: https://www.medsprava.com.ua/question/702-rozmr-zarplati-lkarya-stomatologa-zubnogo-tehnka-yak-pratsyuyut-na-pv-stavki

172. Програма медичних гарантій-2021: надання стоматологічної допомоги виокремили в окремий пакет послуг. URL : http: //knt.sm.gov.ua/index.php/ru/prioriteti/realizatsiya-zakonu-ukrajini-pro-ochishchennya-

vladi/8-novini/15245-programa-medichnikh-garantij-2021-nadannya-stomatologichnoji-dopomogi-viokremili-v-okremij-paket-poslug

173. Програма медичних гарантій-2022. URL : https://www.medsprava.com.ua/article/2361-yak-stomatologchn-poslugi-peredbacha-programa-medichnih-garanty

174. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19

175. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07. 2010 № 2404- VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2404-17

176. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності: Закон України від 11.09.2003 № 1160-IV. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/1160-15

177. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року : Постанова КМУ від 06.08.2014 № 385. URL : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-%D0%BF

178. Про затвердження Інструкції з організації надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я Державної прикордонної служби України : Наказ МВС України від 20.08.2018 № 685. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z1045-18

179. Про затвердження Інструкції про організацію надання стоматологічної допомоги в Службі зовнішньої розвідки України : Наказ Служби зовнішньої розвідки України від 18.09.2018 № 349. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z1151-18

180. Про затвердження Інструкції про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України: наказ Міністерства оборони України 18.08.2015 № 414. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z1071-15

181. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської

діяльності з медичної практики. Ред. від 20.03.2019. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016р. № 285. URL : https://zakon. rada. gov. ua/laws/show/285–2016-%D 0 %BF.

182. Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги I, II та III рівнях (амбулаторна допомога): Наказ МОЗ від 22.11.2000 № 305. URL : https://ips.ligazakon.net/document/MOZ2004

183. Про затвердження одинадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності: наказ МОЗ України від 18.04.2019 № 892. URL : http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18042019–892-pro-zatverdzhennja-odinadcjatogo-vipusku-derzhavnogo-formuljara-likarskih-zasobiv-ta-zabezpechennja-jogo-dostupnosti.

184. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах : Постанова КМУ від 17.09.1996 № 1138. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1138-96-%D0%BF

185. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова КМУ від 25.03.015 № 267. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF

186. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Наказ МОЗ України від 14.07.2021 № 725. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0 %BF#Text

187. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: Постанова КМУ від 28.03.2018 № 302. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/302-2018-%D0%BF

188. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 178. URL : https://zakon. rada. gov. ua/laws/show/z0892–02.

189. Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою

та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень: наказ МОЗ України від 02.03.2011№ 127. URL : https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0127282–11.

190. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями “ортопедична стоматологія”, “терапевтична стоматологія”, “хірургічна стоматологія”, “ортодонтія”, “дитяча терапевтична стоматологія”, “дитяча хірургічна стоматологія”: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.11.2004 № 566. URL : https://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9473

191. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : Постанова КМУ від 30.11.2016 № 932 . URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/932-2016-%D0%BF

193. Про затвердження складу та Положення про Робочу групу з питань оцінки медичних технологій : наказ МОЗ України № 604 (з доповненнями в наказі № 851). URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/v0980282-22

193. Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру: наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739. URL: https://zakon. rada. gov. ua/rada/show/v0739282–11

194. Про затвердження Указу Президента України “Про введення воєнного стану в Україні”: Закон України від 24.02.2022 № 2102-IX. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/2102-20.

195.Про затвердження уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контро лю) щодо додержання суб’єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліце нзуванню: наказ МОЗ України від 03.11.2017 р. № 1366. URL: http://m oz. gov. ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid - 03112017–1366-pro-zatverdzhennja-unifikovanoi-formi-akta-skladenogo-za-rezultatami-provedennja-planovogo-pozaplanovogo-zahodu-derzhavnogo-nagljadu-kontrolju.

196. Про захист економічної конкуренції : Закон України від 17.12.2017 р. № 2210-14. URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2210-14 .

197. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/222-19

198. Про оренду державного та комунального майна : Закон України від 10.04.1992 №2269-XII. URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ T226900.html

199. Про передачу цілісного майнового комплексу державного закладу "Стоматологічна поліклініка Міністерства охорони здоров'я України міста Чорноморська" у власність територіальної громади м. Чорноморська: Постанова КМУ від 10.05.2018 № 293-р. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/293-2018-%D1%80

200. Про порядок контролю якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/z1996-12

201. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. URL : https://zakon.rada.gov.ua/go/3612-17

202. Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки : Указ Президента України від 22.05.2002 № 475/2002. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/475/2002

203. Про професійний розвиток працівників: Закон України від від 12.01.2012 № 4312-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/4312-17.

204. Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні: проект Закону України від 08.11.2021. URL: https://www.apteka.ua/article/616353

205. Про створення Координаційної ради МОЗ України з питань стоматології : наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 2. URL : https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002282-09.

206. Про стоматологічну діяльність : проєкт Закону України від 31.05.2016 № 4736. URL : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59262.

207. Про утворення Національної служби здоров‘я України : Постанова КМУ від 27.12.2017 № 1101. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF

208. Радучич ОВ. Медична реформа: бідна стоматологія – багата первинна ланка. *Український медичний часопис*. 2019. URL : https://www.umj.com.ua/article/136995/medichna-reforma-bidna-stomatologiya-bagata-pervinna-lanka

209. Рачинський А.П., Дарчин Б.С. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності і системності реалізації. *Інвестиції: практика та досвід,* 2022. № 1. С. 67–72. URL: http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7743&i=9.

210. Резолюція засідання “круглого столу” на тему: “Напрями розвитку системи організації стоматологічної допомоги в Україні”. URL : www. http:// komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30794.pdf

211. Резолюція 4 Національного українського стоматологічного конгресу, м. Київ, 20-21 жовтня 2017 року. URL : https:// www.udenta.org.ua/single-post/2017/10/30/%D1%80-%D0%B5-%D0%B7-%D0%BE-%D0%BB-%D1%8E-%D1%86-%D1%96-%D1%8F-4-D0%BD%D0%B0%D1%86%D1%96%0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83-% D0%BC-%D0%BA%D0%B8%D1%97%D0%B2-20-21-%D0%B6

212. Реформа первинної допомоги загубила стоматологію по дорозі “успіхів”? URL : https://www.udenta.org.ua/single-post/2018/05/19/%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%97-%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B8-%D0%B7%D0%B0%D0%

B3%D1%83%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B0-%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8E-%D0%BF%D0%BE-%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7%D1%96-%D1%83%D1%81%D0%BF%D1%96%D1%85%D1%96%D0%B2

213. Реформа системи охорони здоров'я. URL : https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya.

214. Реформування державної політики в Україні: теоретико-методологічні засади дослідження та впровадження: навч.-наук. вид. / за заг. ред. В.В. Тертички, В.А. Шахова ; В.А. Ребкало (кер. авт. кол.) [та ін.] ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ; Львів : НАДУ, 2012. 352 с.

215. Рудніцька Р.М., Сидорчук О.Г. Сутність та зміст механізмів державного управління та принципів їх функціонування. *Публічне управління: теорія та практика*. 2014. Вип. 4. С. 50−60. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr_2014_4_10.

216. Савчук ОВ. Комплексне медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги із залученням сучасних клінічних інноваційних технологій та менеджменту: автореф. дис. …докт. мед. наук.; спеціальність 14. 01. 22 – стоматологія ; 14. 02. 03. – соціальна медицина. Ужгород, 2019. 46 с.

217. Савчук О.В. Комплексне медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги із залученням сучасних клінічних інноваційних технологій та менеджменту : дис. ... докт. медичних наук; спеціальність 14. 01. 22 – стоматологія ; 14. 02. 03. – соціальна медицина. Ужгород, 2019. 386 с.

218. Савчук О.В. Концептуальні напрями формування економічно орієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні. *Вісник стоматології*. 2013. № 2. С. 100–103.

219. Саніахметова Н.О. Поняття державного регулювання підприємництва. *Укр. комерц. право*. 2005. № 6. С. 10–17.

220. Скляров Р.В. Поняття державного регулювання і державного управління економікою в умовах ринку. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2012. № 2 (18). С. 56–60.

221. Сліпченко Т.О. Стоматологічний ринок України: особливості попиту на послуги в сегменті дентальної імплантації. *Бізнес інформ*. 2017. № 5. С. 288–292.

222. Сорока Л.В. Державне регулювання і управління та їх співвідношення з публічним адмініструванням. *Актуальні проблеми держави і права*. 2020. № 86. С.201-209.

223. Стандарт вищої освіти другого (магістерського) рівня, галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 221 Стоматологія: наказ МОН України від 24.06.2019 № 879. URL : https://mon.gov.ua/ storage/app/ media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/221-Stomatolohiya-mahistr.20.01.22.pdf

224. Стельмащук А.М. Державне регулювання економіки: навч. посібник. Тернопіль : ТАНГ, 2000. 315 с.

225. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2019. Вип. 30. С. 77–83.

226. Стоматологія як наука. URL : https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F.

227. Суходоля О.М. Теоретико-методологічні засади механізмів державного управління формуванням енергоефктивної економіки України : автореф. дис. ... д.держ.упр. : спец. 25.00.02 – механізми державного управління. Київ, 2006. 29 с.

228. Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні. [І.П. Мазур, О.В. Павленко, В.Г. Близнюк та ін.]. URL : http://health-ua.com/article/31266-suchasnij-stanstomatologchno-dopomogi-v-ukran

229. Тарасюк Т. Якими клінічними протоколами керуватися стоматологам з 1 березня. *Управління закладом охорони здоровя*. 2021. № 2. URL : https://egolovlikar.mcfr.ua/

230. Ткач М.П. Державне регулювання і державне управління: співвідношення понять. *Підприємництво, господарство і право*. 2012. № 8. С. 110–119.

231. Толуб'як В.С. Єдність державного регулювання і стратегічного управління: аспект сталого розвитку регіонів. *Інвестиції:практика та досвід*. 2018. № 10. С. 83−87.

232. Торбас О.М. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 4. С. 129–131.

233. Третяк Г.С., Бліщук К.М. Державне регулювання економіки та економічна політика: навч. посіб. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. 128 с.

234. Тронь О. Я. Державне регулювання сфери використання паливно-енергетичних ресурсів: закордонний досвід. *Наукові розвідки з державного та муніципального управління: зб. наук. праць*. Київ. Вид-во АМУ, 2016. №2. С. 207–214.

235. Труш О.О. Механізми реалізації державної політики у сфері цивільного захисту в Україні. *Теорія і практика державного управління*. 2010. №4 (31). URL : http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/1_2019/5.pdf

236. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я : дис. … канд. держ.упр. : 25.00.02 – механізми державного управління. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України, Київ, 2019. 240 с.

237. Удовиченко Н.М. Засоби державного регулювання діяльності стоматологічних установ. URL : http://edu-mns.org.ua/img/news/92/Program1.pdf

238. Федорчак О.В. Класифікація механізмів державного управління. *Демократичне врядування*. 2008. № 1. URL : http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeVr/2008-01/O_Fedorchak.pdf.

239. Хожило І.І., Бородін Є.І., Шевцов В.Г. Обласна стоматологічна поліклініка як суб'єкт управління в умовах реформування медичної галузі: нові функції та завдання. *Право та державне управління*. 2020. №4. С. 292–300.

240. Худошина О.В. Державне регулювання ліцензування господарської діяльності з медичної практики в Україні: дис. …к.держ.упр.; спец. 25.00.02 – механізми державного управління. Київ: 2019.

241. Цивільний кодекс України : кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15.

242. Чемерис А.О. Оцінка інституційної ефективності державного управління: управлінський аспект. *Ефективність державного управління: зб. наук. пр.* 2004. Вип. 5. 2004. С. 17−31.

243. Чернов С.І., Гайдученко С.О. Текст лекцій з дисципліни "Публічне адміністрування". Х. : ХНУМГ, 2014. 98 с.

244. Чечель О. М. Принципи та механізми державного регулювання економіки. *Вісник АМСУ. Серія: "Державне управління*". 2013. №2 (9). С.103–111.

245. Чопчик В. Державно-приватне партнерство – модель для реформування університетської клініки. *Ukrainian scientific medical youth journal* . 2019. Вип. 4 (112). С.47–53.

246. Чопчик В.Д. Інвестування в університетські клініки на основі механізму державно-приватного партнерства. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2019. Вип.3. С. 109–113.

247. Шевцов В. Мобільність як ключовий принцип надання стоматологічної допомоги в об'єднаних територіальних громадах. *Державне управління та місцеве самоврядування.* 2019. № 3(42). С 160−166.

248. Шевцов В.Г. Удосконалення механізмів державного регулювання комунального сектора стоматологічної допомоги населенню в Україні: дис. …к.держ.упр. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2021. 208 с.

249. Шевцов В., Хожило І. Інституційний механізм державного регулювання комунального сектору стоматологічної допомоги в Україні. *Державне управління та місцеве самоврядування.* 2018. Вип. 4(39). С. 134–144.

250. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил: Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 379. URL: https:// moz.gov.ua/.

251. Якименко Ю.В. Еволюція партійної системи України: особливості аналізу та основні етапи. *Політологічний вісник : зб. наук. праць*. К. : ІНТАС, 2011. Вип. 52. С. 229–237.

252. Яременко В., Сліпушко О. Новий тлумачний словник української мови : у 4 т. 42000 слів. К. : Аконіт, 2005. Т. 3 (О-Р). 927 с.

253. ADA. URL: https://www. ada. org/en/science-research/evidence-based-dentistry.

254. Becker I.G. Investment in Human Capital / I.G. Becker // Journal of Political Economy. 1962. № 70 (5). P. 9-49.254.

255. Burrill, Alexander M. A Law Dictionary and glossary. New York, 1867. Vol. II. P. 398.

256. Collins English Dictionary − Complete& Unabridged 10th Edition. 2009. URL: http://dictionary.reference.com

257. Dentobus – mobilna opieka stomatologiczna dla dzieci. URL: https://www.cortenmedic.pl/dentobus.

258. Drucker P. The Practice of Management. Butterworth-Heinemann, 1999. 399 p.

259. Encyclopedia Britannika. URL: https://www.britannica.com/

260. Evaluation of Potentially Malignant Disorders in the Oral Cavity Clinical Practice Guideline. 2017. URL: https:// ebd. ada.org/en/evidence/guidelines/oral-cancer.

261. Fayol, Henri (1916), Administration industrielle et générale; prévoyance, organisation, commandement, coordination, controle, Paris, H. Dunod et E. Pinat. Режим доступу : http://www.worldcat.org/

262. Fretten, Christine. The European Union: a guide to terminology procedures and sources. *UK House Of Commons Library, International Affairs and Defence Section*. 2005. 21.07. P. 8.

263. Garbin, D. A. Comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil. *Health Systems and Oral Health Systems around the world*. DOI: 10.13140/RG.2.1.2224.2726

264. Global Forum for Health Research. URL : http://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/gfhr/en/

265. Guzman F., Patlolla U. Realizing Potential & Professional Development. Princeton University. URL : https://www.princeton.edu/hr/working/profiles/development/.

266. Hurwicz, L. Designing Economic Mechanisms.Cambridge : Cambridge University Press, 2006. 356 c.

267. Keeling, D. Management in Government. London: Allen & Unwin. 1972.

268. Liczba studentów stomatologii w UE – Polska w środku stawki. URL : http://www.infodent24.pl/edudentpost/liczba-studentow-stomatologii-w-ue-pol-ska-w-srodku-stawki,102308.html.

269. Management / Michael H. Mescon, Michael Albert, Franklin Khedouri. – 3rd ed. Cambridge, MA [etc.], 1988. 349 p.

270. Management of Patients with Prosthetic Joints Undergoing Dent al Procedures Clinical Practice Guideline. 2014. URL: https://ebd. ada. org/ en/evidence/guidelines/management-of-patients-with-prosthetic-joints.

271. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016 – 2020: program polityki zdrowotnej. URL : https://www.gov.pl/web/zdrowie/monitorowanie-stanu-zdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej-w-latach-2016-2020.

272. Nonsurgical Treatment of Chronic Periodontitis Clinical Practic e Guideline. 2015. URL: https://ebd. ada. org/en/evidence/guidelines/nonsurgi cal-treatment-of-chronic-periodontitis.

273. Obushna N., Selivanov S. Personal potehtial of public service as innovate object scientific research in Ukraine. *East European Scientific Journal* (Warsaw, Poland), 2018. №1 (29). P. 48–53.

274. Online Etymology Dictionary, © 2010 Douglas Harper. URL : http://www.etymonline.com/.

275. Pine, C.M., Dugdill, L. Analysis of a unique global public-private partnership to promote oral health. International Dental Journal. 2011. Vol. 61. Issue s2. P. 11–21.

276. Policy on Workforce Iss ues and Delivery of Oral Health Care Services in a Dental Home. *Oral Health Policies*. 2011. Vol. 35, № 6. P. 26–30.

277. Pollitt, C. Public Management Reform: A Comparative Analysis. Bouckaert. Oxford : University Press, 2004. 240 p.

278. Practical guidance on good governance in public-private partnerships. Economic Commission for Europe; United Nations. New York – Geneva: UN. 2008. 114 p.

279. Professionally-applied and Prescription-strength, Home-use Topical Fluoride Agents for Caries Prevention Clinical Practice Guideli ne. 2013. URL : https://ebd. ada. org/en/evidence/guidelines/topical-fluoride.

280. Public administration review, vol. 56. n 3 (may – jun., 1996). pp. 247–255.

281. Rensis, Likert, Management System Theory. URL : http://www.learnmanagement2. com/likert.htm

282. Schultz T. Investment in Human Capital / T. Schultz // The American Review. – 1961. – № 1. – P. 1–17.

283. Jones, M. Local governments. *International encyclopedia of public policy and administration.* Boulder : Westview, 1998. Vol. 3.

284. Weber, M. Political Writings. Cambridge University Press, 1994.288 p.

# ДОДАТКИ

## Додаток А

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

### Праці, які відображають основні наукові результати дисертації

*Статті у наукових фахових виданнях України*

1. Махінчук Н.В., Обушна Н.І. Теоретичні аспекти стратегічного управління в системі стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1708. DOI: https://doi.org/10.32702/2307-2156-2020.7.54

*Особистий внесок: обґрунтовано актуальність пошуку нових стратегічних управлінських рішень у системі СДН України на регіональному та місцевому рівнях у контексті реалізації реформ у сфері охорони здоров'я; проаналізовано теоретичні підходи до трактування сутності поняття "стратегічне управління"; окреслено основні еволюційні етапи розвитку стратегічного управління, а також його стадії та функції.*

2. Махінчук Н.В. Уніфікація механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. Випуск 21. с. 57−63. URL: http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/21-2021/13.pdf. DOI https:// doi.org/10.32843/ pma2663-5240-2021.21.11

3. Махінчук Н.В. Феномен державного регулювання в науковому дискурсі. *Наукові перспективи*. 2021. № 2(8). с. 172−191. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/154/155. DOI: https:// doi.org/10.52058/2708-7530-2021-2(8)-178-191

4. Махінчук Н.В. Державно-приватне партнерство як інструмент інноваційного розвитку системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Наукові перспективи*. 2021. Випуск 4 (10). С. 123−137. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/208/210. DOI: https:// doi.org/10.52058/2708-7530-2021-4(10)-123-137

5. Обушна Н.І., Махінчук Н.В. Система стоматологічної допомоги населенню як об'єкт державного регулювання у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід.* 2021. №11. С. 65−71. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/11_2021/13.pdf. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.11.65

*Особистий внесок: обґрунтовано актуальність дослідження сутності, складу та особливостей функціонування системи СДН як об'єкта державного регулювання у сфері охорони здоров'я; визначено склад та структуру системи СДН; визначено особливості функціонування системи СДН як об'єкта державного регулювання.*

6. Махінчук Н.В. Особливості інституційно-правового механізму публічного управління розвитком системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). С. 29−35. URL: http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/6.pdf . DOI https:// doi.org/10.32836/2310-9653-2022-1.6

*Статті у закордонних наукових виданнях*

7. Махінчук Н.В. Особливості державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Věda a perspektivy*. 2022. № 8(15). С. 22−34. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/vp/article/view/2335/.
DOI: https://doi.org/10.52058/2695-1592-2022-8(15)-22-34

**Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

*Тези конференцій*

8. Махінчук Н.В. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Україна 2030: публічне управління для сталого розвитку* : матеріали щоріч. міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 2020 р.) : у 3 т. / за заг. ред. А.П. Савкова, М.М. Білинської, О.М. Петроє. Київ : НАДУ, 2020. Т. 2. С. 53−55. URL: https://www.researchgate.net/profile/Tetyana-Syvak/publication/349310794_STRATEGIC_COMMUNICATIONS_AS_THE_B

ASIS_OF_PUBLIC_ADMINISTRATION_PROCESS/links/602a195ea6fdcc37a829191d/STRATEGIC-COMMUNICATIONS-AS-THE-BASIS-OF-PUBLIC-ADMINISTRATION-PROCESS.pdf.

9. Махінчук Н.В. Підходи до визначення сутності дефініції "державне регулювання" в науковому дискурсі. *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку*: матеріали VI Міжнар. наук.-практ.конф. (Київ; Варшава, 07 лютого 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Варшава: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. С. 75−79. http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-6-2021.pdf.

10. Махинчук Н.В. Особенности государственного регулирования системы здравоохранения в Украине. *Реформа системы государственного управления и государственной службы: её современные эффективные модели* : материалы Международной научно-практической конференции (Душанбе, 05−06 марта 2021 года): сборник научных статей и докладов. Типография АГУППРТ. Душанбе, 2021 г. 533с. (с. 394−399).

11. Махінчук Н.В. Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню : сутність, основні завдання та функції. *Державне управління в Україні: виклики та перспективи*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 7–8 травня 2021 р.). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2021.С. 54-58

12. Махінчук Н.В. Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню : сутність та основні завдання. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку:* матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції (Київ; Афіни, 07 травня 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Афіни: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. С. 58-63 URL: http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-9-2021.pdf.

13. Махінчук Н.В. Особливості підготовки фахівців з публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Модернізація професійної підготовки державних службовців в умовах глобальних викликів та*

*сучасних змін в суспільстві*: зб. тез міжнар. круглого столу, Україна–Литовська Республіка, 08 лип. 2021 р., м. Київ / редкол. : О. Андрєєва, І. Криворучко, Н. Ларіна ; за заг. ред. Л. Комахи. Київ : Навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2021. С. 140−141. URL:http://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1850/files/1231.pdf.

14. Махінчук Н.В. Проблеми публічного управління розвитком системи стоматологічної допомоги населенню в Україні. *Шевченківська весна – 2022: публічне управління та державна служба* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених (Київ, 19 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. Л.Г. Комахи, О.М. Андрєєвої. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2022. С. 61-62 URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1928/files/e2d6b0e4-8b82-4770-bc40-87ce3af74f68.pdf.

15. Махінчук Н.В. Напрями трансформації державної політики в системі охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. *Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 7–8 черв. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : ННІ ПУДС КНУ імені Тараса Шевченка, 2022. С. 391−392 URL: https: //ipacs.knu.ua/pages/dop/316/files/dbca2488-6b24-4608-9db6-0931798c158b.pdf.

16. Махінчук Н.В. Основні вектори відновлення системи охорони здоров'я України в післявоєнний період. *Державна служба України: сучасні виклики та перспективи повоєнної трансформації* : зб. тез щоріч. Міжнар. круглого столу (Київ, 17 черв. 2022 р.) ; за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : Навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2022. С. 164−165. URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/dop/308/files/83f6fe7a-0d2c-437f-952a-58f699c0bc46.pdf.

17. Махінчук Н.В. Проблеми державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління:* зб. тез за матеріалами круглого столу до Дня незалежності України, Київ, 22 серпня 2022 року. С.173-174. URL:https: //ipacs.knu.ua/pages/ osn/2/news/ 1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf.

# Додаток Б

## Підходи до визначення сутності дефініції “державне регулювання” в науковому дискурсі (через співвідношення сутності державного регулювання з державним управлінням)*

| Суть підходу | Автор, джерело | Визначення сутності поняття “Державне регулювання” |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| **1.** Ототожнює поняття “державне управління” та “державне регулювання” | Ткач М. [230] | У найбільш буденному змісті державне управління є діяльністю із організації певних елементів у єдине ціле таким чином, щоб була досягнута певна мета, задля якої воно здійснюється. Очевидно, що процес організації цих елементів неможливий без впорядкування їх статусу, діяльності тощо, а діяльність із впорядкування і буде регулюванням. |
| **2.** Визнає пріоритетність у науковому вжитку поняття “державне регулювання”, порівняно з поняттям “державного управління” | Вознесенська О. [33] | Прихильники такого підходу стверджують трансформацію державного управління в державне регулювання в умовах розвитку ринкової економіки та демократичних засад врядування, тому визнають пріоритетність у сучасному науковому вжитку саме поняття “державне регулювання”, яке поступово витісняє поняття “державного управління”. Тобто відстоюється думка, що управління більш притаманне адміністративно-командній системі економіки часів СРСР, а засади ринкової економіки передбачають повну господарську самостійність суб’єктів господарювання, яка ґрунтується на ефективному державному регулюванні. |
| **3.** Визнає “державне регулювання” поняттям більш широким, ніж “державне управління” | Бурик З. [25, с. 74] | ДР − загальний вплив держави на усі суспільні процеси та створення сприятливого середовища й умов для розвитку. |
| | Третяк Г. [233] | ДР економіки − вплив держави на діяльність суб'єктів господарювання та ринкову кон'юнктуру з метою забезпечення нормальних умов функціонування ринкового механізму. Це − складний процес, до якого належить процедура розробки економічної політики, обґрунтування її положень, вибір засобів та методів її проведення. |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| **4.** Передбачає визнання “державного регулювання” поняттям більш вузьким, ніж “державне управління”, оскільки державне регулювання розглядається частина (похідна) державного управління, його функція, вид/ форма організаціями управлінського впливу та ін. | Бодров В. [22] | Державне регулювання економіки − сукупність заходів, інструментів, методів і механізмів координації економічних взаємовідносин у суспільстві, суб’єктом якої є держава з властивими їм можливостями впливу на перебіг господарських процесів. |
| | Тихомиров Ю. [146] | Державне регулювання служить для забезпечення державою загальних правил поведінки суб’єктів суспільних відносин і коректування їх залежно від обставин. |
| | Словник-довідник [70] | Державне регулювання − здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, духовних та інших суспільних процесів з метою їх упорядкування, встановлення загальних правил і норм суспільної поведінки, а також запобігання негативним явищам у суспільстві. |
| | Малиновський В. [103, с. 48] | Державне регулювання − економічний метод державного управління, який є системою типових заходів як законодавчого, виконавчого і контрольного характеру, що здійснюється відповідними державними органами та громадськими організаціями з метою стабілізації та пристосування існуючої соціально-економічної системи до постійно змінюваних умов” |
| | Якименко О.[251] | Державне регулювання − сукупність інструментів, за допомогою яких держава встановлює вимоги до організацій і громадян. Воно включає закони, формальні і неформальні розпорядження і допоміжні правила, що встановлюються державою, а також недержавними організаціями або саморегулювання, яким держава делегувала регуляторні повноваження. |
| | Дідківська Л. [62] | Державне регулювання − одна з функцій державного управління, спрямована на забезпечення загальних правил поведінки (діяльності) суб‘єктів тих чи інших правовідносин. |
| | Білокур Є. [17, с. 167-168] | Державне регулювання − функція державного управління, зміст якої виражається у здійсненні органами державної влади впливу на суспільні відносини та зв’язки, які характеризуються високою суспільною значущістю і відсутністю дієвих механізмів саморегулювання, шляхом встановлення, відміни і коригування правил і рамок поведінки учасників зазначених відносин. |
| | Саніахметова Н. [219, с. 17] | Державне регулювання − форма державного впливу шляхом встановлення та застосування державними органами правил, спрямованих на коригування діяльності фізичних та юридичних осіб, що підтримується можливістю застосування правових санкцій при їх порушенні . |

*Джерело: узагальнено та систематизовано автором на основі [17; 22; 25; 33; 62; 70; 103; 146; 219; 230; 233; 251]

# Додаток В

## Узагальнення існуючих форм медичної власності в Україні та їх головні ознаки

| Рівень автономії | Державна медична установа | Комунальний заклад охорони здоров'я | Комунальне некомерційне підприємство (комунальне унітарне некомерційне підприємство) | Приватний заклад охорони здоров'я |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Власність / управління активами** | Підпорядкування органам державної/ муніципальної влади чи асоціації муніципальних органів влади:<br>а) жодних власних активів (матеріальних та нематеріальних);<br>б) відсутність статусу юридичної особи з повними правами | Підпорядкування муніципальному органу влади:<br>а) потреба у портфелі цінних паперів;<br>б) потреба у передачі цінних паперів для юридичного оформлення | Підпорядкування органу місцевого самоврядування:<br>а) потреба у портфелі цінних паперів;<br>б) потреба у передачі цінних паперів для юридичного оформлення | Підпорядкування власнику майна :<br>а) потреба у портфелі цінних паперів;<br>б) потреба у передачі цінних паперів для юридичного оформлення |
| | Рахунок бюджетної позиції | Можливі вимоги, що конфліктують | | |
| **Стратегія медичної діяльності** | − Тип необхідних послуг виключається планом держави/області;<br>− головні лікарі призначаються державою/областю;<br>− нав'язаний зв'язок з іншими медичними послугами;<br>− відсутність можливої стратегії отримання поточного прибутку від іншої медичної діяльності;<br>− клінічному шляху пацієнта заважають численні місцеві постачальники послуг. | −Головні лікарі призначаються державою/областю;<br>− створення міжлікарняного відділу спільного управління медичною допомогою(структура спільного управління);<br>− відповідність узгодженим нормам надання послуг;<br>− розподіл бюджету згідно ефективності роботи;<br>− спрощений розвиток мережі постачальників послуг. | − Відповідність плану ОЗ;<br>− нав'язаний зв'язок з іншими медичними послугами згідно корпоративної стратегії;<br>− призначення головних лікарів кожною лікарнею;<br>− клінічні бюджети розробляють на контрактній основі;<br>− самостійно розроблена медична стратегія;<br>− калькуляція та моніторинг в залежності від діяльності;<br>− розподіл бюджету відповідно до ефективності роботи. | − Обсяг медичних послуг визначається самостійно;<br>− самостійно розроблена медична стратегія діяльності;<br>− нав'язаний зв'язок з іншими медичними послугами відповідно до корпоративної стратегії;<br>− відповідність узгодженим нормам надання послуг;<br>− розподіл бюджету згідно ефективності роботи;<br>− Калькуляція та моніторинг в залежності від діяльності. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| **Фінансові правила та норми** | − Відсутність оподаткованого прибутку на певний момент;<br>− жодних амортизаційних відрахувань;<br>− відсутність доступу до банківських послуг (позики, кредити…);<br>− надзвичайна обмеженість інших надходжень від профільної діяльності ;<br>– обмежена кількість видів діяльності, яка могла б приносити додаткові доходи;<br>− фінансові рахунки одночасно є управлінськими. | −Відсутність оподаткування прибутку (державного) ;<br>− жодних амортизаційних відрахувань або фондів;<br>−міжлікарняні (суб)підряди з новою структурою операц. надходжень та видатків;<br>− можливість фінансування на рівні громади. | − Відсутність оподаткування доходу (державного);<br>− амортизаційні фонди та відрахування;<br>− можливість отримання операційних доходів;<br>− процедури фінансування та контрактування обґрунтовані реальними потребами. | − Оподаткування джерел іншого прибутку та корпоративний податок (приватний);<br>− амортизація та зниження вартості основних засобів;<br>− доступ до всього спектру банківських послуг<br>− капіталізація виробничих фондів. |
| **Економіка, управління персоналом та логістика** | − Нормативне регулювання кадрового забезпечення та рівня зарплатні, премій та надбавок;<br>− відсутність оцінки ефективності використання кадрових ресурсів та робочого навантаження;<br>− перерозподіл персоналу розглядається/ погоджується на рівні держави/області;<br>− недостатнє стимулювання/ мотивація персоналу. | −Гнучкіші правила кадрового управління ;<br>− контрактом передбачено можливість професійного росту;<br>− за необхідності – обов'язкове навчання/ тренінг персоналу. | − Об'єднання персоналу для оптимізації витрат;<br>− легше проводити спільні навчання для персоналу кількох лікарень;<br>− гнучкість використання людських ресурсів ;<br>− розширені можливості професійного росту медичного персоналу. | − Спрощена система перерозподілу персоналу;<br>− схема перерозподілу прибутків між персоналом компанії ;<br>− сучасні технології потребують більше технічних знань та навичок. |
| **Вплив на якість допомоги** | За існуючої інвестиційної політики можлива лише обмежена кількість змін за обмеженої кількості ресурсів та діагностичного обладнання. | Необхідні фонди та потреба в значних інвестиціях гальмують покращення якості допомоги. | Кращий доступ до технологій та певний рівень конкуренції між лікарнями-членами. | Очікуваний прибуток від інвестицій перетворює пацієнтів в замовників та клієнтів. |
| **Ризики** | Консервація централізованої моделі організації та управління на певному рівні та запобігання змінам. Неспівставність інвестиційних планів з прогнозованим моніторингом. | Лікарня використовує можливість отримання непрямих доходів, пов'язаних з процесом лікування/ діагностики. | Складнощі в утриманні повноважень "області та району". Потенціал області у здійсненні моніторингу та координації. | Приватні правила управління мають розходження з адміністрат.законодавством. Неконтрольована приватна діяльність. |
| **Загальна оцінка** | Розбіжність з цілями проекту та поточними тенденціями ЄС в плануванні та управлінні лікарнями (розділ замовник/постачальник). | Лише у випадку здійснення чіткого планування сфери охорони здоров'я на національному/обласному рівні. | Лише у вигляді перехідного рішення, так як не відповідає значним інвестиційним вимогам. | Потребує глибоких законодавчих та політичних змін в управлінні комунальними підприємствами. |

Джерело: узагальнено автором на основі [32; 47; 174; 196; 198; 241]

# Додаток Г

## Проблеми функціонування механізмів державного регулювання (ДР) системи СДН в Україні*

| Механізми ДР системи СДН | Деталізація проблем функціонування механізмів державного регулювання системи СДН |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Інституційно-правовий | − Правове поле у сфері регулювання розвитку системи СДН є необґрунтовано розпорошеним або ж у деяких випадках − колізійним і архаїчним, що штучно ускладнює взаємовідносини у цій сфері;<br>− відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у сфері СДН;<br>− низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи у сфері СДН;<br>− складність проходження законопроєктів про охорону здоров'я загалом у Верховній Раді Україні;<br>− наявність недосконалих обмежуючих регуляторних механізмів у сфері: а) ліцензування, в основному, закладів охорони здоров'я, а не професіоналів і фахівців; б) добровільної акредитації закладів охорони здоров'я в умовах відсутності страхової медицини;<br>− обумовленість сертифікації систем управління якістю в закладах охорони здоров'я акредитацією та неадаптованість до вітчизняних умов міжнародних стандартів медичних технологій;<br>− неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки у сфері СДН;<br>− недостатнє використання позитивного зарубіжного досвіду щодо регулювання ССДН в Україні;<br>− чинна правова база розвитку системи СДН не ґрунтується на єдиній узгодженій концепції, тому й розвивається абсолютно не гармонійно; та ін. |
| Ресурсний | – До початку повномасштабної військової російської агресії на території України у сфері СДН спостерігався масовий виїзд кваліфікованих лікарів за кордон (зовнішня трудова міграція);<br>− починаючи, з 24.02.2022 року, відбувається постійний відток кадрів: частина лікарів-стоматологів приєдналася до лав ЗСУ на початку війни, значна кількість фахівців виїхала на захід України або ж взагалі за кордон. При цьому багато лікарів на окупованих територіях працюють без молодшого медичного персоналу;<br>– незважаючи на позитивні зміни в системі підвищення кваліфікації, протягом останніх 10 років питома вага атестованих лікарів-стоматологів лишається на рівні 73%–74%;<br>– реалії сьогодення вимагають фахівців більш вузької спеціалізації, наприклад стоматологів-ендодонтистів, хірургів-імплантологів, які потребують інших підходів до оцінки якості їхньої роботи і, відповідно, до атестації, сертифікації, ліцензування таких спеціалістів;<br>− дефіцит фінансового забезпечення розвитку сфери СДН: а) з набуттям чинності Закону України № 2168-VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" вітчизняна стоматологія фактично залишилася без фінансової підтримки держави; б) має місце недостатній рівень фінансування СДН місцевими органами влади;<br>− брак обґрунтування та невідповідність фактичних і запланованих витрат на розвиток системи СДН; |

Продовження Додатку Г

| 1 | 2 |
|---|---|
| | − відсутність цільових національних програм для забезпечення розвитку системи СДН, у яких були б зазначені головні напрями та джерела фінансування стоматологічної діяльності;<br>− залишається недосконалим механізм нарахування заробітної плати медичним працівникам сфери СДН;<br>− слабке матеріально-технічне забезпечення та значний знос стоматологічного обладнання (насамперед, у закладах державної форми власності);<br>− відсутність єдиної комунікативної стратегії у сфері СДН;<br>− неадекватність сучасних програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері ІКТ та ін. |
| Науково-дослідний | − Потребує завершення процес реформування освіти з уведенням рівнів бакалавра й магістра, удосконалення освітніх програм відповідно до вимог Всесвітньої федерації медичної освіти;<br>− відсутність єдиної узгодженої наукової концепції розвитку системи СДН в Україні, яка має стати як головним науковим документом (теоретико-методологічні засади функціонування системи СДН), так і політичним документом (формулювання вимог до законодавчої бази, політики держави у сфері СДН) в умовах повоєнної відбудови економіки України;<br>− невизначеність понятійного апарату у сфері СДН та його неузгодженість з міжнародними стандартами;<br>− методологічна неузгодженість процесів обміну інформацією у сфері СДН;<br>− дефіцит державного фінансування сфери наукових досліджень у сфері СДН та ін. |

*Джерело: узагальнено, адаптовано та систематизовано автором

# Додаток Д

## Довідки і акти про впровадження результатів дисертації

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**
**ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ**
**ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ**

04050, м. Київ, вул. Академіка Ромоданова, 12/2
телефон (044) 481-21-61

16.11.2022 № 074-16-07-362

**ДОВІДКА**
**про участь у науково-дослідних роботах**

Видана **МАХІНЧУК Наталії Валеріївні** з підтвердженням про те, що вона дійсно брала участь у виконанні науково-дослідних роботах за комплексним науковим проектом "Державне управління та місцеве самоврядування" (номер державної реєстрації 0199U002827) Національної академії державного управління при Президентові України, а саме:

– у 2021 році – виконавець на громадських засадах (наказ Національної академії: від 15 березня 2021 року № 182-ос "Про залучення до виконання науково-дослідних робіт") науково-дослідної роботи «Інституалізація публічної служби в Україні: теорія та практика», номер державної реєстрації *0120U101668*.

Довідка видана на підставі оригіналів наказів Національної академії "Про залучення до виконання науково-дослідних робіт", які зберігаються в архіві Київського національного університету імені Тараса Шевченка за адресою Навчально-наукового інституту публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка (м.Київ, вул.Антона Цедіка, 20).

Відповідно до Указу Президента України від 05 листопада 2020 року № 487/2020 "Про впорядкування використання об'єктів державної власності, що перебувають в управлінні Державного управління справами", розпорядження Кабінету Міністрів України "Деякі питання реорганізації закладів освіти" від 24 лютого 2021 року № 147-р, наказу Міністерства освіти і науки України від 16 березня 2021 року № 316 "Про реорганізацію закладів освіти" (зі змінами) Національну академію реорганізовано шляхом приєднання до Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Історична довідка: Київський національний університет імені Тараса Шевченка (Указ Президента України від 25 листопада 1999 року № 1496/99

"Про Київський національний університет імені Тараса Шевченка" носив назви:

**з 1959 р.** – Київський ордена Леніна державний університет ім.Т.Г.Шевченка;

**з 1984 р.** – Київський ордена Леніна і ордена Жовтневої революції Державний університет ім.Т.Г.Шевченка (Статут зареєстровано в міністерстві УРСР за № 6. Наказ Міністерства вищої і середньої спеціальної освіти УРСР від 29 квітня 1984 року № 290).

Директор Інституту **Лариса КОМАХА**

ВЕРХОВНА РАДА УКРАЇНИ

**Комітет з питань зовнішньої політики та міжпарламентського співробітництва**

01008, м. Київ-8, вул. М. Грушевського, 5, тел.: 255-35-49

№ _____ "____" _____ 20__ р.

**ДОВІДКА**
**про впровадження результатів наукового дослідження аспірантки кафедри публічної політики Навчально-наукового інституту публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка Махінчук Наталії Валеріївни**

Цим засвідчується, що результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри публічної політики Навчально-наукового інституту публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка Махінчук Наталії Валеріївни на тему "Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні" на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 "Публічне управління та адміністрування" впроваджені в практичну діяльність Комітету Верховної Ради України з питань зовнішньої політики та міжпарламентського співробітництва.

Зокрема в діяльності Комітету Верховної Ради України з питань зовнішньої політики та міжпарламентського співробітництва в контексті координації програм технічної допомоги Європейського Союзу (ЄС) Верховній Раді України та спеціальних навчальних програм використано рекомендації дисертаційного дослідження щодо удосконалення механізмів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах невизначеності (в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я), які враховують принципи та стандарти організації стоматологічної діяльності, що існують в провідних країнах Європейського Союзу.

Наслідком практичної реалізації наданих дисертанткою пропозицій має стати якісне задоволення потреб громадян у підтриманні та відновленні їх стоматологічного здоров'я (у тому числі й на деокупованих територіях, в обсягах і якості не меншими довоєнного рівня), що призведе до зниження показників стоматологічної захворюваності серед населення та посилення профілактичної спрямованості при збереженні принципу доступності населення до основних видів стоматологічної допомоги в Україні.

Керівник секретаріату Комітету ВР України
з питань зовнішньої політики та
міжпарламентського співробітництва В.БОГДАНОВА

Підпис В. Богданової підтверджую
Управління кадрів
Апарату Верховної Ради України

Апарат Верховної Ради України
04-19/16-2022/186550 від 03.11.2022
1039957

Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie
Warsaw Management Academy
UKRAIŃSKO-POLSKI INSTYTUT ZARZĄDZANIA
03-772 Warszawa, ul. Kawęczyńska 36, tel. +48 (22) 59 00 856, fax +48 (22) 59 00 713

Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie
Ukraińsko-Polski Instytut Zarządzania
03-772 Warszawa
fax 59 00 713

## ДОВІДКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Цим засвідчуємо, що результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри публічної політики Навчально-наукового інституту публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка Махінчук Наталії Валеріївни на тему "Державне регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні" на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 "Публічне управління та адміністрування" впроваджені в практичну діяльність Варшавської Вищої Школи Менеджменту.

Зокрема окремі наукові результати дисертаційного дослідження щодо ідентифікації феномену "державне регулювання" в науковому дискурсі та запропонований до нього авторський понятійно-категорійний апарат, а також сформовані рекомендації щодо перспективних векторів розвитку системи СДН в Україні в повоєнний період використовуються в навчальному процесі під час викладання навчальної дисципліни "Суспільні трансформації в країнах Східної Європи" в межах магістерської програми "Адміністрація публічна" за напрямом підготовки слухачів "Адміністрація та право".

З щирою повагою

Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie
MENEDŻER PROJEKTÓW POLSKO-UKRAIŃSKICH