УДК 616.31.-08:616.15(075.8)

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251147>

Вахненко О.М.

ГО «Асоціація стоматологів України»

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Світові моделі надання медичної стоматологічної допомоги

Резюме. У статті поданий аналіз організаційних та фінансових моделей надання стоматологічної допомоги в країнах далекого зарубіжжя та СНД. Надаються параметри фінансування різних моделей стоматологічної допомоги та доступність цього виду медичної допомоги для населення. Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що при переході держави на ринкову економіку існуюча система охорони здоров'я зазнає докорінного реформування. Населення в цей період відчуває значні труднощі в отриманні медичної допомоги. Україна має вибудувати свою систему надання медичної стоматологічної допомоги з огляду на світовий досвід.

Ключові слова: організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги; фінансування стоматологічної допомоги; зміни моделей надання стоматологічної допомоги при переході до ринкової економіки

Організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги в країнах далекого зарубіжжя та СНД характеризуються великим різноманіттям та відображують особливості систем охорони здоров'я в цих країнах, історичний досвід та шлях розвитку, через який вони пройшли. Як правило, моделі надання стоматологічної допомоги розвивалися 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 [8, 9, 11].

Існує 6 основних систем стоматологічної допомоги в країнах Євросоюзу: модель Бісмарка, модель Беверіджа, скандинавська, південноєвропейська, східноєвропейська та змішана моделі. Євросоюз та європейська економічна зона з населенням 456 млн осіб мали у 2000 році 900 тис. спеціалістів в галузі стоматології. Із них лікарі становили 300 тис., стоматологічні гігієністи — 19 тис., зубні техніки — 300 тис. Витрати на стоматоло-

гічну допомогу становили 54 млрд євро, або 8 % від всіх витрат на охорону здоров'я [8, 9, 11].

Система стоматологічної допомоги невіддільна від національної системи охорони здоров'я країни та функціонує і розвивається за її принципами [5, 6].

Ефективність діяльності стоматологічної служби, як й охорони здоров'я загалом, характеризується як показниками стану здоров'я, так і фінансовими показниками [5, 6].

Скандинавська модель (Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція) характеризується великим спектром державних стоматологічних послуг, що фінансуються за рахунок національних чи місцевих податкових зборів. При цьому передбачено безкоштовне лікування для дітей до 18 років та деяких категорій дорослих. Застосовується принцип роботи в стоматологічній бригаді з широким залученням стоматологічних гігієністів та медичних сестер. Більше 90 % дітей до 18 років та 60–90 % дорослих регулярно відвідують стоматолога. При цьому показники поширення карієсу в Фінляндії

та інших країнах Північної Європи одні із найнижчих у світі [9, 11].

Прикладом централізованої системи гарантовано-го фінансування стоматологічної допомоги за рахунок державної системи страхування всіх верств населення є досвід Швеції. Витрати на охорону здоров'я цієї країни становлять 7,5 % від валового національного продукту. Близько 80 % витрат здійснюється на рівні регіональних органів управління. Витрати на стоматологічну допомогу населенню країни становлять 6 % від всіх витрат на медичну допомогу. Завдяки державним програмам профілактики стоматологічних захворювань, насамперед карієсу, поширеність карієсу в дітей та його ускладнень у дорослих знижується та є найнижчою серед країн Європи, що приводить до зменшення витрат на стоматологічну допомогу, у тому числі за рахунок коштів страхування. Стоматологічна допомога дітям до 19 років надається безкоштовно, лише з 19 років стоматологічні послуги частково сплачуються за рахунок особистих коштів пацієнта. Пацієнт повністю оплачує витрати на стоматологічну допомогу лише у випадку, коли він лікується в лікаря, який не включений до системи соціального страхування. Усі лікарі зобов'язані дотримуватись чинної системи встановлених тарифів. Якість стоматологічної допомоги забезпечується жорстким контролем із боку державних органів влади в поєднанні з контролем громадських організацій на регіональному рівні. Забезпеченість лікарями-стоматологами найвища у світі — 11 на 10 тис. населення [9, 11].

Модель Бісмарка (Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Голландія) базується на обов'язковому медичному страхуванні за рахунок працівників та працевластів. Вартість стоматологічних послуг повністю або частково відшкодовується відповідно до програми страхування. Ціни та тарифи узгоджуються між страховими компаніями та стоматологічними асоціаціями. У моделі Бісмарка дуже малий обсяг державної стоматологічної допомоги та нечасто застосовується принцип роботи в стоматологічній бригаді. В Австрії, Бельгії, Франції та Люксембурзі відсутні стоматологічні гігієністи [9, 11].

Аналіз системи організації та управління стоматологічною службою Німеччини свідчить про те, що домінуюче місце в структурі стоматологічної служби посідають державні клініки (їх питома вага становить близько 85 %), приватні клініки не перевищують 15 %. Такий стан речей для країни з ринковою економікою дозволяє стверджувати, що державними пріоритетами є не стільки економічна доцільність від діяльності стоматологічних організацій, скільки насамперед здоров'я нації. Державна система освіти обумовлює принцип відпрацювання, що означає: кожен спеціаліст, який отримав вищу освіту, робить свій внесок в оздоровлення населення країни, відпрацьовуючи певний час у системі державних лікувальних закладів. Діє продумана та збалансована політика з утримання та фінансування медичних закладів за рахунок коштів загальнодержавного медичного страхування, а також приватних страхових компаній. Делегування та розмежування функ-

цій між міністерством охорони здоров'я та асоціацією стоматологів Німеччини сприяють мобільності в системі організації та управління стоматологічною службою з урахуванням потреби та кон'юнктури цільового ринку [9, 11].

Модель Беверіджа (Великобританія) характеризується змішаним державним та приватним фінансуванням стоматологічної допомоги. Державне фінансування здійснюється у відносно невеликій кількості державних клінік або в приватних клініках, власники яких мають договір із державою. У країні створена система державного забезпечення та контролю фінансування стоматологічної допомоги населенню. Фінансування стоматологічних послуг населенню забезпечується місцевими органами влади. Надання стоматологічної допомоги регламентується низкою урядових документів, наприклад «Правилами загальнодержавного стоматологічного забезпечення» [9, 11].

Стоматологічна допомога в цій країні безкоштовна для дітей до 18 років та особливих категорій населення. Це молодь до 19 років, яка навчається повний день на денній формі навчання, вагітні та жінки, які мають дітей до 1 року, малозабезпечені (громадяни, які отримують допомогу з безробіття, інвалідності та ін.). Значно поширений принцип роботи в стоматологічній бригаді. Із року в рік збільшується кількість стоматологічних гігієністів та інших категорій середнього медичного персоналу. Близько 66 % населення регулярно відвідує стоматолога. Забезпечення стоматологічною допомогою в рамках програми державної служби охорони здоров'я проводиться місцевими органами охорони здоров'я через «довіреніх» лікарів державної служби (працюють у госпіталах чи закладах комун) чи лікарів-стоматологів загальностоматологічних поліклінік. Основний обсяг стоматологічної допомоги населенню Великобританії надається в рамках державної служби охорони здоров'я за медичною стоматологічною страховкою. Для дорослих пацієнтів стоматологічні процедури мають фіксовану оплату, що надходить на рахунок стоматологічної страховки страхової компанії. Реєстрація пацієнта здійснюється за рахунок його прикріплення до певного стоматолога, який його обслуговує. Стоматолог отримує оплату за лікування кожного пацієнта згідно з кількістю та видами виконаних процедур. Велика кількість лікарів-стоматологів надає стоматологічну допомогу на платній основі. Вона здійснюється поза системою державної охорони здоров'я та не оплачується за медичною страховкою. Паралельно ці ж лікарі можуть надавати допомогу за медичною стоматологічною страховкою.

У Великобританії лікарі-стоматологи можуть працювати в загальностоматологічній поліклініці — 78 % від загальної кількості лікарів країни, стоматологічному відділенні при госпіталі — 10 %, стоматологічній службі громади (комуни) — 7 %, університетській стоматологічній клініці — 2,5 % чи в стоматологічній службі Збройних сил — 2,2 %. У поліклініках стоматолог може працювати як лікар — професійний стажер, лікар-асистент, співвласник чи господар клініки. Клі-

ніка може бути приватною, працювати в системі державної служби охорони здоров'я чи змішаною. Стоматологічні відділення госпіталів приймають на роботу лікарів-стоматологів із виплатою їм фіксованої заробітної плати та на посади від молодшого помічника лікаря до лікаря-консультанта відділення за спеціалізаціями: «ортодонтія», «хірургія» та «відновлювальне загальне лікування зубів». Стоматологи стоматологічної служби громад (комун) проводять моніторинг стану порожнини рота жителів комун, навчання методам гігієни порожнини рота, впроваджують заходи з профілактики стоматологічних захворювань та проводять лікування зубів та порожнини рота в школярів. Невелика кількість стоматологів працює в університетських клініках, де вони проводять дослідницьку роботу та навчають студентів. Разом із лікарями-стоматологами, яких в країні близько 28 тис., або близько 5 на 100 тис. населення, працюють 24 тис. стоматологічних медсестер, 3,9 тис. зубних гігієністів, 8 тис. зубних техніків та 0,3 тис. зубних лікарів (їм дозволені видалення молочних зубів, найпростіші види пломбування, проведення інфільтраційної анестезії, пришліфовування та поліровка зубів, видалення зубного каменю та проведення гігієни порожнини рота) [9, 11].

Південноєвропейська модель (Кіпр, Мальта, Греція, Італія, Португалія, Іспанія) заснована на приватних стоматологічних послугах без втручання держави. Обмежена кількість державних клінік та програм страхування. Навіть для дітей можливості безкоштовного лікування обмежені. У результаті відсоток регулярного відвідування стоматолога в Португалії та Іспанії становить всього 30 % на рік [8].

Східноєвропейська модель (Чехія, Естонія, Угорщина, Латвія, Польща, Словенія, Словаччина) характеризується віддаленням від великого державного сектора, що надає безкоштовні стоматологічні послуги, у бік приватного. Це негативно вплинуло на стоматологічне здоров'я незахищеного населення, тоді як у країнах «старого» Євросоюзу знижується поширеність карієсу в молоді, стає менше осіб із повною адентією, підвищується кількість випадків попиту на косметичне лікування [9, 11].

У США в 1987 році працювали 140 тис. стоматологів, або 5,78 на 10 тис. населення. 80–85 % стоматологів займалися загальною практикою, решта працювала в спеціалізованих галузях стоматології. Більше 90 % лікарів зайняті в приватній практиці. Для США не характерна робота стоматологів у бригадах чи групах, більше 70 % лікарів працюють одноосібно. У 2000 році кількість стоматологів становила 154 тис. Добровільним страхуванням на отримання стоматологічної допомоги охоплено близько 130 млн осіб, 108 млн осіб не мають страховки на стоматологічні послуги. Після виходу на пенсію більшість осіб старших вікових груп втрачають страховку, 26 млн дітей позбавлені страховки на отримання стоматологічної допомоги. У дітей, які мають страховку, потреба в лікуванні стоматологічних захворювань у 3 рази нижча порівняно з дітьми, які не мають стоматологічної страховки. У матеріалах звіту головного хірурга США відмічено, що 80 % нелікованих зубів

припадає на 25 % населення і ці 25 % — в основному особи з бідних шарів суспільства. Тільки приблизно 5 % населення отримують стоматологічну допомогу за рахунок державних джерел фінансування. Загальні витрати на стоматологічну допомогу становлять 6,5 % від загальних витрат на охорону здоров'я [9, 11].

У країнах СНД відсутні сформовані організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги населенню цих країн. Може йтися лише про тенденції та шляхи подальшої трансформації радянської системи охорони здоров'я (у тому числі і стоматологічної допомоги) в інші моделі. Причому в доступних літературних джерелах вдалося знайти аналітичні матеріали щодо організаційних та фінансових принципів надання стоматологічної допомоги лише Російської Федерації, Республіки Білорусь та Казахстану. Наведений невеликий аналіз стану стоматологічної служби Республіки Таджикистан [2, 9].

Стоматологія Казахстану в 1992 році, зразу після проголошення незалежності Казахстану, пішла по шляху приватизації практично всіх лікувально-профілактичних стоматологічних закладів та їх підрозділів і створення та розвитку системи приватної стоматологічної допомоги. Основна мережа закладів була роздержавлена, стоматологія розвивається в основному за рахунок недержавного сектора, накоплений значний досвід із впровадження ринкових відносин у стоматології [3, 7].

Разом із цим були згорнуті профілактичні програми. Для деяких верств населення стоматологічна допомога стала недоступною, відсутня державна політика з надання стоматологічної допомоги. Ці та низка інших питань призвели до росту стоматологічної захворюваності та одонтогенних ускладнень, виникнення інших проблем, що потребували вирішення.

У 2007 році стоматологічна спільнота разом із державними органами управління охороною здоров'я визначила завдання на найближчі роки:

- формування державної політики з надання стоматологічної допомоги населенню Казахстану;
- розробка та прийняття програми профілактики серед дітей та підлітків;
- формування та прийняття на законодавчому рівні гарантованого обсягу безкоштовної стоматологічної допомоги;
- розробка та затвердження методики формування тарифів на стоматологічні послуги, порядку фінансування стоматологічних установ та організацій шляхом розміщення держзамовлення;
- впровадження державної політики з підготовки кадрів, у тому числі зубних лікарів та зубних техніків.

У Республіці Білорусь більша частина стоматологічної допомоги надається в державних структурах. У 2007 році в країні функціонували 72 стоматологічні поліклініки, у складі яких були 98 бюджетних та 37 платних лікувально-профілактичних відділень, 61 ортопедичне відділення [4].

У 770 державних закладах охорони здоров'я працювали стоматологічні підрозділи: 104 бюджетні лікувально-профілактичні відділення, 939 бюджетних кабінетів

та 131 платний кабінет. Також працювали 313 стоматологічних структур різних відомств, 618 суб'єктів підприємницької діяльності. Діють державні програми профілактики стоматологічних захворювань [132].

Ситуація у сфері стоматологічної допомоги населенню Російської Федерації багато в чому близька до такої в Україні. Існує невідповідність положень Основного закону країни — Конституції умовам розвитку стоматологічної служби та допомоги в нових соціально-економічних умовах. Відсутні законодавчі основи щодо організації, управління та діяльності стоматологічної служби та надання стоматологічної допомоги населенню, а також відсутні державні програми первинної профілактики основних стоматологічних захворювань. Не виконуються державними органами влади всіх рівнів й органами місцевого самоуправління основні положення законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян, зокрема в розділах надання безкоштовної медичної допомоги, проведення профілактичних заходів, формування та фінансування державних програм, відповідальності органів державної влади у сфері охорони здоров'я та фінансування охорони здоров'я, інформаційного забезпечення населення, діяльності професійних громадських організацій [2].

Середній міжнародний показник фінансування витрат на охорону здоров'я по країнах ЄС становить 8 %. У Росії частка витрат на охорону здоров'я не перевищувала 3,1–3,5 % від ВВП. Частка витрат на стоматологічну допомогу в структурі витрат на охорону здоров'я провідних країн світу становить 6–10 %. При цьому витрати на стоматологію окремо в структурі видатків бюджету не виділяються. В Росії такі офіційні показники відсутні. За опосередкованими даними, цей показник значно нижчий [2].

Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що при переході держави на ринкову економіку існуюча система охорони здоров'я зазнає докорінного реформування. Населення в цей період відчуває значні труднощі в отриманні медичної допомоги. Це пов'язано з тим, що старі механізми управління охороною здоров'я стають неадекватними, а на пошук нових витрачається багато часу, що потребує додаткових коштів. Ситуація ускладнюється і тими обставинами, що у світі ще не накопичено достатнього досвіду, що можна було б успішно використовувати в різних країнах із перехідною економічною системою [1].

Без реформ у ринкових відносинах державний сектор охорони здоров'я далі існувати не може. Нестача фінансів призведе до його поступового занепаду, впливу кадрів, руйнування матеріально-технічної бази. Чинна державна система управління не справляється зі своїми функціями, вона неефективна, призводить до зниження всіх раніше досягнутих охороною здоров'я результатів [1].

Результати досліджень переконують, що стоматологічний статус значно впливає на стан здоров'я загалом, а стоматологічні проблеми негативно впливають на показники якості життя хворого та значно знижують його. Це примушує суспільство шукати оптимальні системи забезпечення населення стоматологічною допомогою.

Висновки

У світі існує 6 основних моделей системи надання стоматологічної допомоги. Ці системи формувалися історично з урахуванням особливостей систем медичної допомоги країн. Основна їх відмінність лежить у моделях фінансування та забезпеченості населення цих країн стоматологічною допомогою. У країнах, де останніми десятиліттями здійснено перехід до ринкової економіки, все ще триває процес реформування системи медичної допомоги та не створено усталених моделей надання стоматологічної допомоги населенню. Це негативно впливає на доступність цього виду медичної допомоги і, як результат, призводить до погіршення показників стоматологічного здоров'я. Необхідно пришвидшити ці процеси та більш активно працювати над формуванням системи надання стоматологічної допомоги, найбільше прийнятної для даних країн.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Гуменюк О.М. Досвід роботи фахівців стоматологічного профілю в США, Канаді та перспективи реформування стоматологічної освіти в Україні. *Новини стоматології*. 1998. № 2. С. 70–71.
2. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. *Нижний Новгород*, 2003. 280 с.
3. Леус П.А. *Стоматология Республики Казахстан*. Стоматологический журнал. 2008. № 2. С. 187–188.
4. Леус П.А. Тенденции стоматологической заболеваемости в Европе и СНГ. *Эпидемиология основных стоматологических заболеваний*. Ивано-Франковск, 2004. С. 9–10.
5. Мазур І.П., Вахненко О.М. Моніторинг основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2019 рік. *Oral and General Health*. 2020. № 1(Т. 1). С. 11–16. <http://www.mif-ua.com/archive/article/49717>
6. Мазур І.П., Вахненко О.М. Сторіччя української стоматології: здобутки та сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. Т. 13. № 1(84). С. 70–76. <https://umv.com.ua/storichchya-ukrainskoi-stomatologii-zdobutki-ta-suchasni-vikliki/>
7. Нургазина Г.К. Проблемы частной стоматологии Казахстана. *Новое в стоматологии*. Алма-Ата, 2003. № 1. С. 68–70.
8. Павленко А.В., Бугорков И.В. Анализ системы организации стоматологической помощи в Германии. *Дентальные технологии*. 2009. № 2–3(41–42). С. 13–18.
9. Юлдашев И.М. Составляющие стоматологической службы Великобритании. *Проблемы стоматологии*. 2003. № 2. С. 42–43.
10. Lawton R. Burns, Gilbert Gimm, Sean Nicholson. The financial performance integrated health organization. *Journal of health-care management*. 2005. Vol. 50. № 3. P. 191–211.
11. Steven B. Cohen. Date collection organization effect in the national utilization and expenditure survey. *Journal of economic and social measurement*. 1986. № 14. P. 367–378.

Отримано/Received 23.11.2021

Рецензовано/Revised 05.12.2021

Прийнято до друку/Accepted 12.12.2021 ■

Information about author

Olexander Vakhnenko, MD, PhD, Vice-President of the NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine; e-mail: ovahnenko@gmail.com, contact phone: +38 (050) 332-26-73.

Conflicts of interests. Author declares the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

O.M. Vakhnenko

NGO "Ukrainian Dental Association", Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Global models of medical dental care

Abstract. The article presents an analysis of organizational and financial models of dental care in foreign and CIS countries. The parameters of financing different models of dental care and availability of this type of medical care to the population are provided. The experience of many countries around the world shows that with the transition of the state to a market economy, the existing health care system undergoes radi-

cal reform. The population during this period experiences significant difficulties in obtaining medical care. Ukraine needs to build its system of providing dental care based on world experience.

Keywords: organizational and financial models of dental care; financing of dental care; changes in models of dental care during the transition to a market economy