



СЕРІЯ «Медицина»

УДК 616.31:614.2

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-11\(17\)-421-444](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-11(17)-421-444)

Богату Світлана Ігорівна кандидат медичних наук, лікар-стоматолог старший викладач кафедри фармакології та фармакогнозії, магістр державного управління, Одеський національний медичний університет, м.Одеса, Валіховський провулок 2, Одеса, 65082, тел.: (096) 280-30-65, e-mail: svetabogatu.sb@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7979-8232>

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ: ДОСВІД УКРАЇНИ ТА КРАЇН ЄС

Анотація. Стоматологічна допомога – один з наймасовіших видів медичної допомоги. Здоров'я порожнини рота визначає здоров'я всього організму, благополуччя людини, її соціальний статус. Процес реформування медичної галузі не обійшов стороною і сферу стоматології, залишивши її поза межами первинної ланки надання медичної допомоги, лише на вторинному та третинному рівні. Реформування стоматологічної галузі, яке триває не сприяє підвищенню доступності висококваліфікованої стоматологічної допомоги населенню. В статті висвітлено ситуацію щодо організації стоматологічної допомоги в Україні (кількість поліклінік державного та приватного сектору, поширеність стоматологічної патології серед населення країни, потребу населення в стоматологічній допомозі, забезпеченість стоматологічної галузі лікарями-стоматологами різних спеціальностей). В статті розглянуто досвід таких європейських країн як Великобританія, Німеччина, Франція, Італія, Іспанія, Греція, Румунія, Польща із організації стоматологічної служби та надання стоматологічної допомоги населенню за різними моделями (державна, приватна, страхова). У більшості країн світу системи стоматологічної допомоги поєднують в собі всі три моделі у різних співвідношеннях. Порівняння окремих аспектів організації роботи стоматологічної служби та надання стоматологічної допомоги населенню в Україні та окремих країнах-членах Європейського Союзу дозволило виявити певні відмінності в організації профілактичної роботи, наданні безкоштовної стоматологічної допомоги та стоматологічної допомоги за кошти фізичних та юридичних осіб. Стоматологічна галузь України потребує подальшого реформування на основі створення фонду медичного страхування.

Ключові слова: стоматологічна допомога, країни єс, організація стоматологічної допомоги, реформування, охорона здоров'я



Bohatu Svitlana Ihorivna Candidate of Medical Sciences, Dentist Senior Lecturer, Department of Pharmacology and Pharmacognosy, Master of Public Administration, Odessa National Medical University, Odessa, Valikhovsky Lane 2, Odessa, 65082, tel.: (096) 280-30-65, e-mail : svetabogatu.sb@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7979-8232>

ORGANIZATION OF DENTAL CARE: EXPERIENCE OF UKRAINE AND EU COUNTRIES

Abstract. Dental care is one of the most popular types of medical care. Oral health determines the health of the whole organism, human well-being, its social status. The process of reforming the medical sector has not bypassed the field of dentistry, leaving it outside the primary care, only at the secondary and tertiary levels. The ongoing reform of the dental industry does not increase the availability of highly qualified dental care to the population. The article highlights the situation regarding the organization of dental care in Ukraine (the number of public and private sector clinics, the prevalence of dental pathology among the population, the need of the population for dental care, the provision of the dental industry by dentists of various specialties). The article considers the experience of such European countries as Great Britain, Germany, France, Italy, Spain, Greece, Romania, Poland in organizing dental services and providing dental care to the population according to different models (public, private, insurance). In most countries of the world, dental care systems combine all three models in different proportions. A comparison of certain aspects of the organization of the dental service and the provision of dental care to the population in Ukraine and individual European Union member states revealed some differences in the organization of preventive work, free dental care and dental care at the expense of individuals and legal entities. The dental industry of Ukraine needs further reform based on the creation of a health insurance fund.

Keywords: dental care, EU countries, organization of dental care, reform, health care.

Постановка проблеми. Стоматологічна допомога – один з наймасовіших видів медичної допомоги. Здоров'я порожнини рота – важливий компонент здоров'я всього організму, який забезпечує медичний, соціальний та економічний компонент здоров'я та людського благополуччя. Захворювання зубів та слизової оболонки порожнини рота займають провідне місце в структурі загальної захворюваності: так на карієс страждають близько 3,5 млрд людей. За кількістю відвідувань стоматологія посідає друге місце (більше 43 млн звернень протягом 2017 р.) [1-3].

Незважаючи на важливість стоматологічного здоров'я для здоров'я людини в цілому, на масовість даного виду медичної допомоги та значній потребі населення України в різних видах стоматологічної допомоги (від лікування





кореневих каналів, пломбування зубів до протезування дефектів зубних рядів та імплантації), на сьогоднішній день стоматологічна галузь переживає важкі часи, коли внаслідок реформування системи охорони здоров'я загалом, стоматологія взагалі виключена із первинної ланки, профілактичні програми не затверджені, а тариф Національної служби здоров'я України на медичні послуги зі стоматологічної медичної допомоги в амбулаторних умовах станом на 2021 рік становить 116 грн, що не відповідає затратності даної галузі та є не вигідним для установ

Реформування сфери охорони здоров'я загалом та стоматологічної галузі зокрема не сприяли підвищенню доступності стоматологічної допомоги серед населення [4].

Тому актуальним залишається вивчення іноземного досвіду організації надання стоматологічної допомоги та можливість його імплементації в сферу охорони здоров'я в Україні в сучасних реаліях.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Важливі аспекти організації надання стоматологічної допомоги в Україні на різних рівнях, аспекти управління стоматологічною галуззю та її реформування в Україні вивчали такі науковці як І.П.Мазур, О.А.Канюра, О.В.Павленко, В.Г.Шевцов, О.В.Радучич, О.В.Возний, О.В.Савчук, А.В.Погоріла, В.І.Біда, С.М.Германчук [1-9]. Однак остаточного вирішення проблеми реформування стоматологічної допомоги в умовах децентралізації влади досягти на сьогодні все ще не вдалося [7]. Це спонукає до пошуку нових шляхів трансформації стоматологічної галузі, а також вивчення іноземного досвіду тих країн, які здійснили адміністративну реформу, реформу охорони здоров'я загалом та сфери стоматології зокрема, що сприяло підвищенню якості надання стоматологічних послуг, покращенню доступу до стоматологічної допомоги, та як наслідок покращення стоматологічного здоров'я населення.

Мета статті – дослідження особливостей організації надання стоматологічної допомоги в країнах ЄС та можливості впровадження європейського досвіду в стоматологічну галузь в Україні в умовах реформування.

Виклад основного матеріалу. 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.

Існує шість основних систем стоматологічної допомоги у країнах Євросоюзу (скандинавська модель, модель Бісмарка, модель Беверіджа,

південно-європейська, східно-європейська та змішана модель), на що вказують Павлено О.В. та співавт. [5]. У більшості розвинених країн світу національні системи стоматологічної допомоги складаються із трьох компонентів – приватного, суспільного та страхового. У зарубіжних країнах функціонують різні моделі медичного страхування. В одних країнах діє лише добровільне медичне страхування (ДМС), в інших державах успішно поєднується обов'язкове й ДМС.

Програми обов'язкового страхування 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 [5].

Є особливості в наданні стоматологічної допомоги населенню *європейських країн*, а також *США та Канади*. Співробітництво між країнами-членами *Європейського Союзу (ЄС)* значно розширилось у багатьох галузях. Хоча система надання стоматологічної допомоги 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 [5,10-20].

Стоматологічна допомога населенню *України* надається у державному та приватному секторах. Державний сектор стоматології представлений стоматологічними поліклініками, які в рамках медичної реформи в Україні з 01.04.2019р. змінили свою форму господарювання з «комунального підприємства» на «комунальне некомерційне підприємство». Стоматологічна поліклініка є основною спеціалізованою лікувально-профілактичною установою, що надає населенню висококваліфіковану і спеціалізовану допомогу при захворюваннях порожнини рота і зубів. Приватний сектор стоматології представлений стоматологічними клініками, кабінетами різної організаційно-правової форми.

Статистика стоматологічної захворюваності в Україні також не тішить. Стоматологічні захворювання займають одну з провідних позицій в загальній системі захворюваності населення України, питома вага її становить понад 20% від загального числа осіб, які звертаються за медичною допомогою. За даними Мельник В.С. та співавт. поширеність карієсу зубів і його ускладнень в країні становить від 70 до 100%, а захворюваність тканин пародонту зустрічається у 65-90% населення [21].

Аналіз результатів епідеміологічних досліджень, статистичних даних МОЗ України, проведених Возним О.В. та співавт. (2019) [8], показав, що основні показники стоматологічної захворюваності в Україні впродовж останніх років залишаються на досить високому рівні. Це підтверджується і



даними професійних оглядів мобілізованих військових до антитерористичної операції на сході держави та призовників, серед яких потреба в санації ротової порожнини складає більше 95 % [22].

Аналіз даних стоматологічного обстеження дитячого населення України, проведений групою авторів (Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Дуганчик Я.І.), виявив різний рівень стоматологічних захворювань. Найнижчою була поширеність захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей: 4,15% у 6-річних, 4,77% у 12-річних, 4,68% у 15-річних; в той же час як поширеність карієсу у дітей становить майже 80 %, що в декілька разів вище, ніж у європейських країнах [21]. Возний О.В., Германчук С.М., Струк В.І., Біда В.І., Погоріла А.В. [8], провівши аналіз статистичних даних МОЗ України, встановили, що у період з 2008 по 2017 рік відбулося скорочення мережі лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) стоматологічного профілю на 31,6%; закладів, що мають стоматологічні відділення (кабінети), скорочено на 66,47 %. Аналіз кількості посад лікарів-стоматологів у ЛПЗ системи МОЗ України, проведений групою авторів під керівництвом Возного О.В (2019) [8], показав: з 2013 р. до 2017 р. кількість посад зменшилась на 1927 одиниць. Відбулося зменшення кількості фізичних осіб, які заняті на посадах, з 16 059 у 2013 р. до 13 782 у 2017 р., тобто фактичне скорочення лікарів стоматологічного профілю відбулося на 2277 осіб. Це підтверджується і даними, отриманими Мазур І.П. та співавт.(2017) [1]. Результати аналізу діяльності стоматологічної галузі, проведеного Мазур І.П. та співавт. (2017) [1], показали, що починаючи з 2010р. в Україні існує кадровий дефіцит серед лікарів-стоматологів. Так, у 2010 р. забезпеченість лікарями-стоматологами усіх спеціальностей становила 4,77 на 10 тис. населення, тоді як у 2015 р. цей показник знизився до 4,56, свого максимуму цей показник досягав у 2013 р. та, становив 4,9 на 10 тис. населення.

За даними Мазур І.П. та співавт. [1] укомплектованість стоматологічними кадрами була різною в різних регіонах України: найкраще забезпечені лікарями-стоматологами на *Львівщині* (8,15 на 10 тис.населення), *Івано-Франківщині* (7,57) та *м. Києві* (7,47). В той же час в південно-східних областях таких як *Херсонська, Миколаївська, Запорізька* цей показник був найнижчим по Україні. Викликає занепокоєння стан стоматологічної допомоги в сільській місцевості, оскільки у 2015 р. в 370 сільських амбулаторіях працювали лише 11,8% лікарів-стоматологів, що відповідно чинить негативний вплив не лише на стан здоров'я ротової порожнини, але і організму в цілому, призводить до підвищення показника потреби в протезуванні, погіршуючи якість життя людей, що переводить цю проблему із медичної у соціально-економічну площину. Слід звернути увагу на низьку укомплектованість штатних стоматологічних посад лікарями-стоматологами різного профілю в ЗОЗ в сільській місцевості, що станом на 2015 р. становила 89,2%. Спостерігається негативна тенденція щодо зниження цього показника: на 2000 рік – 95,7%,



у 2005 р. – 89,5%, найвищий показник спостерігався у 2010 р. – 99%.

Необхідно відмітити, що частка лікарів пенсійного віку серед загальної кількості стоматологів, які надають стоматологічну допомогу в закладах охорони здоров'я, зросла з 10,29% у 2010 р. до 11,43% у 2015 р. Разом з тим цей показник значно менший порівняно з таким у медичній галузі загалом (27%). Мазур. І.П., Павленко О. В., Близнюк В. Г. відзначають, що на фоні такої негативної тенденції старіння кадрів, викликає занепокоєння зменшення кількості студентів вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ), що здобувають освіту за фахом «Стоматологія». Так, у 2012р. 18 ВМНЗ закінчили 2337 осіб, з них 75 – за рахунок бюджетних коштів, а 2262 – коштом юридичних та фізичних осіб. Проте вже у 2016 р. за вказаною спеціальністю завершили навчання на 31,3% менше випускників, що становило 1555 студентів, з них 55 осіб навчалися за бюджетні кошти, а 1500 – за кошти юридичних та фізичних осіб. Кількість осіб, що навчалися за бюджетні кошти, у 2016 р. становила лише 4%. Тобто, спостерігається чітка тенденція до скорочення як обсягів прийому на навчання, так і частки випускників стоматологічних факультетів [1].

За результатами опрацювання статистичних звітів, що надаються лікарями-стоматологами щорічно, які були проведені українськими науковцями Мазур І.П. та співавт. (2017) [1], Возний О.В. та співавт. (2019) [8], можна говорити про потребу мешканців України в стоматологічній допомозі. Станом на 2016 рік лікарями-стоматологами в державних закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю планово було оглянуто 11 млн осіб, що становило 26% від загальної кількості населення України. Серед оглянутих пацієнтів потребували стоматологічної допомоги або санації 50,9%, з них: 52,7% – дорослі, 48,4% – діти віком до 17 років. Критичний аналіз статистичних звітів показав, що найбільш висока потреба в лікуванні була зареєстрована у дорослого населення *Закарпатської* (76,5%) та *Львівської* (70%) областей. Висока потреба в лікуванні хвороб ротової порожнини спостерігалася у мешканців *Чернігівської* (66,4%), *Тернопільської* (60,9%) та *Івано-Франківської* (60,9%) областей. Динамічний аналіз статистичних даних за 2006-2016 рр. свідчить про негативну тенденцію до збільшення потреби в стоматологічній допомозі в цих областях [1].

Збільшення потреби в стоматологічному лікуванні свідчить про відсутність або неефективність профілактичних заходів, що проводяться як серед дитячого, так і серед дорослого населення, на що звертає Шевцов В.Г. у своїй публікації [6]. Але є і позитивна динаміка стосовно зменшення потреби у стоматологічній допомозі, про що свідчать дані отримані Мазур І.П. та співавт.[1]. Так, у *Херсонській* (27,5%), *Харківській* (38,3%), *Сумській* (40,8%), *Кіровоградській* (43,7%), *Дніпропетровській* (44,3%) областях протягом останніх десяти років спостерігалась тенденція до зменшення потреби в стоматологічній допомозі, що може бути пов'язано з впровадженням ефективних систем профілактики та організацією надання





стоматологічної допомоги. Високий рівень забезпеченості стоматологами, застосування нових високоефективних технологій лікування зубів та хвороб порожнини рота зумовив суттєве зменшення потреби в лікуванні в м.Києві (з 80,7 до 53,9% у дорослого населення). У Полтавській, Одеській, Миколаївській, Київській та Вінницькій областях санації потребувала кожна друга особа, що звернулася до лікаря-стоматолога. За результатами професійних оглядів порожнини рота дітей (до 17 років включно) необхідність здійснення санації спостерігалася в 48,4% випадків: майже в кожній другій дитині виявлено показання для лікування в стоматолога. Найбільш висока потреба в лікуванні зареєстрована в дитячого контингенту Закарпатської (74,4%), Львівської (67,3%), Івано-Франківської (57,4%), Хмельницької (57,4%), Чернівецької (57,4%) областей [1].

Статистичні дані, які отримали Возний О.В. та співавт., в динаміці спостереження за 5 років (2019) [8], свідчать про наступну тенденцію серед українського населення: загальна кількість первинних відвідувань зменшилась на 19,2 %; кількість первинних відвідувань дорослого населення зменшилась на 20,4 %; кількість первинних відвідувань дітей зменшилась на 16,2 %.

Несвоєчасне звернення та надання стоматологічної допомоги спричинює виникнення таких ускладнень як втрата зубів (часткова і повна), що призводить до функціональних та естетичних порушень як з боку щелепно-лицьової ділянки, так і з боку шлунково-кишкового тракту, порушення мінерального обміну. Відсутність зубів призводить до погіршення дикції, знижує комунікаційні можливості людини, призводить до психологічних проблем і як наслідок соціальної дезадаптації особи, що загалом негативно позначається на рівні соціально-економічного розвитку країни [7]. На думку Шевцова В.Г. [6] саме сфера стоматології повинна бути в центрі уваги органів влади в період реформування сфери охорони здоров'я як соціально значуща сфера.

Українські науковці та лікарі-практики (Возний О.В. та співавт.[8], Шевцов В.Г. [7]) висловили думку про те, що медична реформа в Україні, яка наразі зараз ще триває, завданням якої було наближення медичної допомоги безпосередньо до споживача шляхом загального запровадження первинної ланки медичної допомоги й одночасне зменшення потреби та обсягів надання високоспеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, фактично ліквідувала стоматологічну службу у структурі первинної ланки медичної допомоги, оскільки було запропоновано передати стоматологічну допомогу в функції сімейних лікарів (які зазвичай тільки початково знайомляться зі стоматологічною нозологією та зовсім не вивчають технологію стоматологічних маніпуляцій). Отже, в частині організації та проведення програм стоматологічної профілактики ситуація залишається вкрай напруженою.

Стоматологічна допомога фактично залишилася тільки на вторинному та

третинному рівні. На сьогоднішній день ситуація, яка склалася в стоматологічній галузі, не сприяє належному наданню стоматологічної допомоги населенню та взагалі виключає можливість централізованого проведення стоматологічної профілактики у регіонах. Результати аналізу сучасного стану стоматологічної галузі в Україні та перспектив її розвитку, проведеного Возним О.В., Германчук С.М., Струк В.І., Біда В.І., Погорілою А.В., свідчать про необхідність реорганізації стоматологічної служби для підвищення її доступності та поліпшення якості послуг, що надаються [8]. Поряд з тим запровадження рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у країнах Європи щодо забезпечення профілактичних заходів довело значну соціальну й медичну ефективність для підвищення та збереження високого рівня стоматологічного здоров'я населення. Більшість країн Євросоюзу, які запровадили рекомендовані ВООЗ принципи, вже досягли цілей щодо стоматологічного здоров'я [6,7].

Далі розглянемо організацію стоматологічної служби в різних країнах ЄС.

Великобританія

Стоматологія 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 це стало 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.

Всі стоматологічні маніпуляції, які не входять до переліку гарантованої медичної допомоги, платні, 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.

Стоматологічне страхування у Великобританії має дві основні форми: оплата певного пакету послуг на рік, який включає в себе терапевтичну, ортопедичну, хірургічну допомогу, залежно від бажання пацієнтів, або оплата фіксованої суми на рік, яка вже витрачається за необхідністю.

Стоматологічна допомога у Великобританії надається трьома способами: а). вторинні і третинні стоматологічні послуги надаються в гострих лікарнях (і



деяких клініках однієї спеціальності); б). 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; в). амбулаторні послуги зі стоматології, що складають більшу частину стоматологічної діяльності, надаються в невеликих незалежних практиках.

Безкоштовна стоматологічна допомога за кошти державного бюджету надається наступним категоріям: діти до 18 років; матері та особам, що годують; особи, які отримують соціальні виплати. Решта населення отримує субсидовану допомогу там, де регулюються національними рамками оплати за пацієнта з трьох груп: група 1 - включає обстеження, діагностику, профілактичну допомогу 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) [13,18].

Німеччина

Стоматологічна допомога в Німеччині надається за страховкою. В Німеччині виділяють два види страхування – державне та приватне.

Надання стоматологічної допомоги населення відбувається в рамках обов'язкового медичного страхування (ОМС), введеного в Німеччині ще у ХІХст. Бісмарком. Сьогодні більшість населення країни – 86% – члени державної лікарняної каси, яка проводить повернення вартості стандартного пакету стоматологічних послуг, які надаються стоматологами, які уклали договір із системою медичного страхування. Значно менша кількість населення країни застрахована у приватних страхових компаніях.

У ФРН відповідальність за систему охорони здоров'я розділена між центральним урядом, 16 федеральними землями та органами самоврядування лікарів, лікарень, стоматологів, психотерапевтів та державних лікарняних кас.

Державне медичне страхування – Gesetzliche Krankenversicherung (GKV - SHI) – займає центральне місце в системі охорони здоров'я. Система медичного страхування вимагає обов'язкового членства в затвердженій державою «лікарняній касі». Більшість населення Німеччини є членами такого фонду, який повертає вартість стандартного пакету стоматологічних послуг, що надаються стоматологами, які уклали договір із системою медичного страхування. Найвищою національною установою, яка приймає рішення за схемою SHI, є Федеральний об'єднаний комітет (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA), створений у 2004 році на федеральному рівні, цей орган включає представників громадськості, лікарняних кас та професійних організацій та відповідає за визначення та перегляд пільгових пакетів для ОМС. Також існує декілька спеціальних страхових фондів для визначення

компаній або гільдій. Майже всі фонди надають однакові пільги. Послуги надаються на договірній основі [20].

На національному рівні надання стоматологічної допомоги організовано за системою SHI, а оплата праці стоматологів узгоджується із Федеральною асоціацією стоматологів ОМС – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV, а на місцевому рівні – регіональною стоматологічною асоціацією ОМС – Kassenzahnärztliche Vereinigungen, KZV, яка працює у тандемі із лікарняними касами. Регіональні стоматологічні асоціації SHI повинні надавати медичні послуги, визначені законом та договором із лікарняними касами, при цьому регіональні асоціації стоматологів гарантують лікарняним касама та застрахованому населенню відповідність наданих послуг усім юридичним та договірним вимогам.

Для лікарів загальної практики та стоматологів розроблені списки регульованих реамбурсацій. Для кожної професії існує два тарифних плана: один для послуг SHI і один для приватного лікування. Обидва гарантують безкоштовний доступ до широкого спектру основних медичних послуг застрахованих осіб [20].

У 2009 році був створений Національний фонд медичного страхування Gesundheitsfonds для централізації зборів всіх внесків в ОМС. В той же час розмір внесків в ОМС був встановлений на національному рівні та застосовувався до всіх окремих державних лікарняних кас. Національний фонд медичного страхування збирає та об'єднує внески на медичне страхування всіх членів медичного страхування, які раніше збиралися та об'єднувалися регіональними лікарняними касами.

Розмір внеску для членства в будь-якій лікарняній касі, яка входить в систему SHI, є фіксованим. Більшість стоматологів мають договір із системою SHI – і входять до складу регіональних Асоціацій стоматологів SHI (KZV). Членство у державній лікарняній касі надає право усім дорослим і дітям отримувати стоматологічну допомогу, тим паче, що діти та подружжя застрахованих осіб застраховані разом без додаткових внесків.

Заклади приватного сектору охорони здоров'я можуть надавати повний спектр медичних послуг для тих, хто відмовився від участі в програмі SHI. Близько 11% працюючого населення є учасниками приватного сектору страхування. Внески по приватному страхуванню нижче, а схеми приватного страхування пропонують більш гнучкі пакети послуг. Однак покриття поширюється тільки на застрахованих осіб і виключає подружжя і / або дітей. Таким чином, членів сім'ї потрібно страхувати окремо.

SHI покриває 100% витрат на клінічні та рентгенологічні дослідження, діагностику, пломбування, хірургічну стоматологію, профілактичне лікування дітей, пародонтологію і ендодонтію. У разі використання фотополімерних композитів лікарняні фонди покривають витрати, що дорівнюють витратам на пломбу з амальгами, і пацієнтові доводиться оплачувати додаткові витрати. У разі ортодонтії фонди SHI оплачують 80% вартості догляду за дітьми, якщо



лікарняна каса визнає необхідність лікування. Якщо дитина не відповідає критеріям розпоряджень про лікарняному фонду, батьки повинні оплатити ортодонтичне лікування самостійно або через приватний страховий поліс [20].

Компенсація за розширене лікування з державного страхування підлягає системі фіксованих субсидій з 2005 року. Ця система «фіксованих субсидій на основі діагнозу» застосовується до всіх незнімних і знімних протезів і імплантатів. За ці процедури пацієнт отримує фіксовану суму незалежно від лікування і оплачує залишок.

Обмежена кількість стоматологів, близько 450, працює в Державній стоматологічній службі (PDS), яка в деяких федеральних землях Німеччини проводить обстеження порожнини рота всіх дітей у віці від 3 до 12 (а в деяких випадках до 16) років та забезпечує групову профілактику (навчання гігієни порожнини рота, скринінг, фторування тощо). Батьків інформують про будь-яке необхідне лікування, і тоді вони зобов'язані організувати таке лікування. Крім того, державні служби існують в стоматологічних відділеннях лікарень (з 250 стоматологами), в університетах (з 1900 стоматологами) і в Збройних силах (з 450 стоматологами) [20].

У федеральних землях, де обстеження порожнини рота практично не фінансується державою, приватно практикуючі лікарі надають більшу частину стоматологічних послуг.

Приватні стоматологи запровадили власну програму масового догляду за хворими, в рамках якої вони розробили профілактичну програму для місцевих дитячих садів і шкіл. Обласні стоматологічні палати (асоціації), Державне страхування здоров'я і громади заснували регіональні та національні ради з охорони здоров'я порожнини рота у дітей та підлітків. На федеральному рівні вони організовані в регіональні робочі групи з дитячої стоматології та стоматологічної гігієни і несуть відповідальність за реалізацію групової профілактики, яка була передбачена в федеральних законах про систему охорони здоров'я в 2000 році.

У 2012 році видатки системи обов'язкового медичного страхування на догляд за порожниною рота оцінювалися в 11,75 мільярда євро 11 (BMG 2013). Пацієнти внесли додатково 10,44 млрд євро, а витрати державного медичного страхування на групову та індивідуальну профілактику, включаючи герметизацію фісур, склали близько 512 млн євро в 2011 році.

Таким чином, загальні витрати на гігієну порожнини рота в Німеччині можна оцінити в 22,70 мільярда євро.

У 2010 році Німецька стоматологічна асоціація (BZÄK), Федеральна асоціація стоматологів-стоматологів (KZBV) і наукові організації спільно розробили проект реформи для літніх людей та інвалідів AuB-Konzept з метою поліпшення догляду за порожниною рота для людей, які потребують догляду. У цих групах існує велика потреба в догляді за порожниною рота, крім того, необхідно враховувати більш складні плани лікування, а також загальне

знеболення.

У 2012 році був прийнятий закон (Versorgungsstrukturgesetz), який можна розглядати як перший крок до реалізації AuB-Konzept. В тариф обов'язкового медичного страхування включена нова стаття «Плата за відвідування нерухомих пацієнтів». Це був перший крок до компенсації додаткових зусиль, але, на жаль, ніяких додаткових зборів за профілактику або лікування не стягувалося [20].

Франція

Французька стоматологічна система заснована на наданні стоматологічного лікування і побудована за моделлю з оплатою за одиницю лікування (надану послугу).

Система фінансується складною сумішшю державних та додаткових схем медичного страхування. Система успішна тим, що вона забезпечує доступ до доступного стоматологічного лікування для більшості французького населення. Однак Франція мала найвищі витрати на охорону здоров'я відносно частки валового внутрішнього продукту серед усіх країн Європейського Союзу в 2008 році та зростаюча нерівність у здоров'ї порожнини рота може посилюватися завдяки способу надання та фінансування саме стоматологічного сектору в галузі охорони здоров'я. В додаток, не існує організованої національної стратегії профілактики захворювань ротової порожнини або зміцнення здоров'я порожнини рота [13,17].

У більшості випадків медичне страхування покриває 70% фіксованої плати за предмети лікування, крім пацієнтів з 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. Однак договори сильно відрізняються за рівнем оплати зборів, що перевищують фіксовану плату, зокрема для стоматологічної допомоги, окулярів або слухових апаратів. Уряд запровадив доповнення до загальної системи державного медичного страхування у 1999 р для покращення доступу до допомоги для вразливих представників населення [13,17].

Італія

В Італії медичне обслуговування надається всім італійським громадянам і резидентам і надається в основному державними постачальниками, а також деякими приватними або приватно-державними організаціями. Система охорони здоров'я Італії – Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – організована Міністерством охорони здоров'я і управляється на регіональній основі. Вона фінансується за рахунок загальних податків, які забезпечують універсальне покриття, в основному безкоштовно в пункті обслуговування. Центральний уряд встановлює базовий національний пакет медичних послуг, який повинен однаково надаватися на всій території країни за допомогою послуг, гарантованих відповідно до положення NHS, яке називається LEA (Livelli



Essenziali di Assistenza (Основний рівень допомоги)), і розподіляє національні фонди по регіонах. Регіони через свої регіональні управління охорони здоров'я несуть відповідальність за організацію, управління і надання первинних, вторинних і третинних медичних послуг, а також за профілактичні та оздоровчі послуги. Регіонам надається велика ступінь автономії в тому, як вони виконують цю роль, і в прийнятті рішень про локальну структуру системи. Також є додаткове і додаткове приватне медичне страхування [10].

Однак, як і в більшості інших середземноморських європейських країн, 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. Догляд за порожниною рота включений до Закону про основні рівні догляду (LEAs) для певних груп населення, таких як діти, вразливі люди (з обмеженими можливостями здоров'я та люди з низьким доходом) і люди, яким потрібна стоматологічна допомога в деяких гострих / невідкладних випадках. У інших людей стоматологічна допомога зазвичай не оплачується. Крім національного пакету пільг, регіони можуть також автономно реалізовувати власні ініціативи, але повинні самі фінансувати їх. Кількість стоматологів, які працюють в Італії, стрімко зростало за останні кілька років [10].

Іспанія

Оральна медицина в Іспанії пережила дуже важливі зміни за останні три десятиліття.

Іспанія складається з центрального уряду і 17 високодецентралізованих областей (автономних громад), кожна з яких має власну автономію щодо політики охорони здоров'я. Однак є координаційний орган на державному рівні, який визначає базове пропоноване покриття іспанською національною системою охорони здоров'я, Servicio Nacional de Salud (SNS). Об'єм допомоги, що надається SNS, вперше був визначений у 1995 році королівським указом (Королівський указ 63/1995), який закріпив усі існуючі пільги як основне право для всіх іспанців.

Тоді як загальнодоступний SNS пропонує широке медичне обслуговування, стоматологічна допомога дорослим обмежується хірургією порожнини рота та фармакологічним супроводом, яке виконують зарплатні стоматологи, які працюють у лікарнях та державних клініках і складають менше 5% робочої сили Іспанії. Відсутність базового стоматологічного покриття може пояснюватися соціальними очікуваннями. Іспанці звикли шукати медичного обслуговування порожнини рота в приватному порядку, і тому не було серйозного соціального та політичного тиску на його включення до SNS, хоча ця тема часто є у маніфестах майже всіх політичних партій на час виборів. Добровільні приватні схеми охоплюють близько 13% населення, додатково до їх основних SNS охоплення, хоча є деякі регіональні варіації. На Балеарських островах, в Каталонії та Мадриді більше 20% населення придбати

приватну страховку. Купівля добровільного приватного страхування не означає відмову від SNS, а навпаки – швидше придбання додаткового пакету послуг таких як спеціалізована допомога або стоматологія для дорослих та догляд за ротовою порожниною [23].

З початку 1980-х державна система пропонує медичну допомогу для порожнини рота дітям до 14 років, крім ортодонтичних маніпуляцій. Стоматологічна допомога в Іспанії характеризується великою різницею за рівнем виплат залежно на регіону, де проживають діти. Це породжує серйозну несправедливість у доступі до стоматологічного лікування дітей по всій Іспанії. Як зазначалося раніше, стоматологічна допомога в основному надається в приватному секторі шляхом плати за послуги, в якій працює понад 90% іспанських стоматологів. Більшість автономних громад розробили стоматологічні програми в галузі охорони здоров'я з профілактичною діяльністю (переважно профілактика захворювань ротової порожнини, освіта з питань охорони ротової порожнини та застосування фісурних герметиків), тоді як деякі також створили базове покриття для постійного зубного ряду дітей (6-15 років) з державним фінансуванням та державним або приватним наданням послуг [23].

До 2008 року, намагаючись узагальнити основні пільги щодо стоматологічної допомоги дітям у різних регіонах, щоб уникнути несправедливості в рамках Національного плану охорони ротової порожнини SNS, центральна державна адміністрація профінансувала широкий спектр заходів з профілактики та догляду за порожниною рота, у тому числі: щорічні клінічні огляди зубів та ротової порожнини та лікування зубів (пломби, ендодонтія, екстракція та стоматологічна профілактика). На жаль, з 2009 року, внаслідок економічного спаду, фінансування дитячої стоматології значно скоротилося, навіть незважаючи на те, що система покращила доступ до медичного обслуговування порожнини рота. Несправедливість серед деяких іспанських дітей все ще існує залежно від регіону, де вони проживають. Більше того, більшість програм було скорочено, але на різних рівнях залежно від кожного регіонального міністерства охорони здоров'я.

Як уже зазначалося, SNS забезпечує широке охоплення загального стану здоров'я, але мало для здоров'я порожнини рота. Лише кілька основних послуг для дорослих охоплюються SNS: невідкладна допомога; видалення зубів державними стоматологами. Переважна більшість маніпуляцій із лікування зубів здійснюється за приватним договором, за яким пацієнт платить безпосередньо стоматологу [23].

Стоматологічні компанії (еквівалент корпоративних об'єднань у Сполученому Королівстві) швидко розвиваються, цьому процесу, ймовірно, сприяє значне збільшення кількості молодих спеціалістів, які шукають місце для роботи, і більший ризик започаткування власної стоматологічної практики. Право власності на стоматологічні клініки вже не є виключною сферою



діяльності стоматологів, і тому швидко зростає кількість інвесторів з-поза стоматологічного світу. Більше того, більшість медичних страхових компаній почали відкривати і управляти власними стоматологічними центрами, замість того, щоб замовляти свої послуги незалежним стоматологам, як це було в минулому. Це призвело до відкриття сотень нових стоматологічних клінік, у кожній з яких працювало по кілька стоматологів, і часто вони розташовувались на міських вулицях чи у великих центрах міста [23].

Греція

Система медичного страхування в Греції є комплексною та включає в себе елементи державного та приватного сектору.

Грецька система охорони здоров'я та здоров'я порожнини рота фінансується 3 різними способами: 1. За рахунок державного бюджету через NHS та відділення первинної медико-санітарної допомоги. 2. За рахунок внесків співробітників та роботодавців через фонди соціального страхування, які об'єднані в національну сервісну організацію охорони здоров'я (ЕОРУУ). 3. В основному на пряму – виплати від пацієнтів через приватний сектор

У 2011 р. була проведена значна реструктуризація системи охорони здоров'я. Всі фонди соціального медичного страхування були об'єднані в єдиний фонд – Національну організацію охорони здоров'я (ЕОРУУ), яка охоплює переважну більшість населення (робочі, утриманці та пенсіонери), на основі страхового статусу, виступаючи єдиним покупцем медичних послуг. Пакети виплат різних фондів соціального медичного страхування, об'єднаних в ЕОРУУ, були стандартизовані для надання тих самих послуг, що підлягають відшкодуванню, створивши новий загальний пакет виплат, основною характеристикою якого є зменшення та обмеження виплат, на які страхувальники мають право [12].

Економічна криза в Греції призвела до зменшення державних витрат та збільшення податкових надходжень, вплинула на фінансування системи охорони здоров'я та сприяла значному збільшенню прямих виплат від пацієнта клініцисту як у загальній медицині, так і в стоматології.

Сфера стоматології в Греції є найбільш приватизованою серед інших країн-членів ЄС. Витрати громадян на стоматологічні послуги складають найбільшу частину витрат на медичні послуги взагалі, що складає значну частину від загального сімейного бюджету. Так, в 2008 р. стоматологічна допомога в Греції складала більше 1% ВВП, в 2014 р. греки витратили на стоматологію в середньому 7,2% сімейного бюджету.

До 2011 р. стоматологи працювали за контрактом з одним із 30 фондів та отримували заробітну плату, або працювали в фондах стоматологічних кабінетів або у приватній стоматологічній клініці. Фінансову сторону наданих стоматологічних послуг оплачує пацієнт самостійно. До 2010 р. основним постачальником стоматологічних послуг був інститут соціального страхування (ІКА), потім уряд його відмінив і було впроваджено соціальне медичне

страхування – Social Health Insurance (SHI) та створено новий орган із надання медичних послуг National Health Services Organisation (EOPYY) у 2011 р. та PEDY в 2014 р. Проте незважаючи на злиття страхових фондів, Національний банк Греції (NBG) все ще має Центри стоматологічного здоров'я в Афінах, Салоніках та Патрах, які надають стоматологічне лікування з дуже незначним внеском застрахованих осіб. Цими центрами керують п'ятдесят п'ять стоматологів, 23 асистенти, два зубні техніки та два рентгенографи, а також адміністративний персонал [12].

Національна служба охорони здоров'я (відома як ESYB Греції) фінансується з державного бюджету через прямі і непрямі податкові надходження і про-відео для швидкої, долікарської, первинної, і стаціонарне охорону здоров'я. Вартість профілактичних послуг з гігієни порожнини рота не покривалась фондами страхування, за виключенням тих, хто отримував банківські кошти. Приватний сектор і оплата безпосередньо пацієнтом виступають як заміна в страховому покритті стоматології. Є загальне невдоволення набором існуючих послуг з боку державного сектора.

У зв'язку з тим, що витрати на стоматологію складають значну частину сімейного бюджету, відповідно громадяни із низьким доходом зможуть розраховувати лише на приватну стоматологічну допомогу більш низького рівня.

Приватні стоматологи і приватні лікарні грають важливу роль в наданні стоматологічної допомоги в країні. Для оплати цих послуг приватні страхові компанії розробили різні страхові пакети для фізичних осіб або сім'ї. Ці пакети гнучкі і з урахуванням індивідуальних бюджетів, вони включають в себе профілактичні відвідування стоматолога (певну кількість разів на рік, періодичні огляди і планування лікування безкоштовно), або в деяких випадках для екстрених ситуацій. В інших випадках, фізична особа доплачує суму, тобто в деяких випадках до однієї п'ятої чи більше від загальної вартості конкретного стоматологічного лікування [12].

У 2003 і 2012 роках збільшилася приватне медичне страхування. Однак воно все одно нижче, ніж у багатьох інших країнах-членах ЄС. Пояснення цьому низький середній дохід домогосподарства і високий рівень безробіття. Державний сектор (обов'язкове страхування) не дає можливості оновлення існуючих схем страхування.

До 1992 року існувало обов'язкове страхове відшкодування витрат на стоматологічне лікування для тих, хто працює в державному секторі. Приватні дантисти, які уклали договір з пабом ліцензійним сектору отримали угоду про відшкодування коштів за надане лікування. Через низькі комісії, які залишалися дуже низькими впродовж багатьох років грецькі стоматологічні асоціації розірвали всі контракти. З 1992 р стоматологічні пацієнти повинні були сплатити повну вартість лікування.



У 2008 р. Міністерство охорони здоров'я оголосило п'ятирічний План дій щодо здоров'я порожнини рота на 2008–2012 роки. Головною метою цього плану було встановити політику, спрямовану на профілактику захворювань порожнини рота / зубів, зміцнення здоров'я порожнини рота, ефективне лікування та вдосконалення стоматологічних послуг (як з точки зору ефективності, так і якості) у приватному та державному секторах. Крім того, план мав на меті реалізувати ефективну політику щодо зміцнення здоров'я порожнини рота у дітей, дорослих на виробництві та людей похилого віку, використовуючи спеціальні навчальні програми для інвалідів, біженців, бездомних та ромів. Він також включав освітні програми для пропаганди актуальних даних щодо фтору та екологічних аспектів (тобто захисту від забруднених та токсичних одноразових зубів та догляду за навколишнім середовищем). Цей амбіційний та корисний план не був реалізований, оскільки через економічну кризу не можна було фінансувати всі його аспекти [12].

Румунія

Як і у Великобританії, медичне обслуговування в Румунії оплачується як приватними, так і публічним коштами. Надається первинна медична допомога лікарями, які володіють власною практикою (офіси) і мають договори як з державною системою страхування, так і з приватними страховиками і окремими пацієнтами. Лікарні також фінансується як з державних, так і з приватних джерел.

На відміну від ситуації до 1990 року, коли майже всі дантисти отримували зарплату державних службовців, лише меншість зараз на окладі. Вони працюють в університетах. Всі інші стоматологи працюють у приватному секторі. У 1990 році, незабаром після закінчення комуністичної епохи, приватні стоматологічні практики були швидко встановлені.

Зараз в Румунії існують два типи приватної стоматологічної практики. Один з них – невелика стоматологічна практика (кабінет), що в якому працює лише один стоматолог та/ або декілька співробітників як команда. Інший тип – крупні компанії ITED з лікування зубів, які мають більше двох стоматологічних практик (офісів) з великою кількістю співробітників [15].

Догляд за порожниною рота фінансується системою державного медичного страхування з 1998 года. Однак компенсація стоматологічної допомоги згідно з державною системою медичного страхування обмежена.

Діти і підлітки молодше 18 років підлягають: щорічному огляду; профілактичному лікуванню (гігієна порожнини рота, герметизація фісур); стоматологічна рентгенографія (в тому числі інтра- і екстраоральні знімки); консервативне лікування (включаючи композитні пломби); ендодонтичне лікування; пародонтологічне лікування; протезування (акрилові протези, полімерні коронки, пластмасові протези з металевими коронками); ортодонтичне лікування (знімний і функціональний ортодонтичні апарати, фіксатори простору); оральна хірургія (видалення, альвеолярна хірургія;

екстрена іммобілізація верхньої щелепи при переломі); і обстеження з приводу проблем слизової оболонки порожнини рота (рак, виразки і так далі) [15].

Схема обов'язкового страхування також платить 60% витрат на стоматологічне лікування дорослих: екстракції, акрилові повні та часткові протези і акрилові протези з металевими коронками. В цілому було підраховано, що пацієнти платять 90% вартість їх стоматологічного лікування, в той час як витрати на протезування (керамічні коронки, протези на металевій основі, протези на імплантатах), незнімні ортодонтичні апарати, пародонтальна хірургія і дентальна імплантація взагалі не покриваються.

Пацієнти, або незмінно їх батьки повинні платити стоматологу за виконання цих маніпуляцій. Лише деякі стоматологічні практики мають контракти з Державним медичним страхуванням (NHI), що призводить до серйозних проблем доступу пацієнтів до допомоги [15].

Польща

Принципи, на яких базується система охорони здоров'я у Польщі, викладені у статті 68 Конституції Польщі, згідно із якою держава повинна забезпечити право на безкоштовну стоматологічну допомогу всім громадянам на умовах та в обсягах, визначених законодавством, а також повний спектр послуг дітям, вагітним жінкам, інвалідам та людям похилого віку. Ці групи мають пільги в польській системі охорони здоров'я.

Рішення про запровадження універсального медичного страхування було прийнято в 1997 році. Суспільство та окремі люди повинні взяти на себе більшу відповідальність за своє здоров'я, а також фінансову відповідальність. Відсутність такого почуття відповідальності призвело до недостатнього інтересу до профілактики [14].

Сьогодні за організацію охорони здоров'я відповідає уряд та адміністрація територіального самоврядування. Парламентський закон від 27 серпня 2004 р. «Про послуги охорони здоров'я, що фінансуються з державних фондів», містить список осіб, охоплених державним медичним страхуванням, і складає основу для розрахунків універсальних внесків на медичне страхування. Люди без цієї страховки, але які мають польське громадянство та проживають у Польщі, які не досягли 18 років або вагітні або годуючі мами, також мають право на пільги в галузі охорони здоров'я, що фінансуються з державних коштів. Як і особи зі статусом біженця, студенти бакалаврату та аспірантури, а також члени релігійних орденів та випускники семінарій.

Державна система охорони здоров'я в Польщі базується на соціальній солідарності. Фінансування базується на обов'язкових щомісячних внесках роботодавців та працівників, що дорівнюють 9% від основної заробітної плати або інших доходів найманих працівників або самозайнятої особи, однак це може бути не менше 9% від 3 104 злотих (530 фунтів стерлінгів) для самозайнятих осіб, включаючи фермерів.

Другим елементом, на якому базується система охорони здоров'я в Польщі, є контракти на надання пільг для охорони здоров'я з державними та



непублічними закладами охорони здоров'я. Спеціалізована амбулаторія охорони здоров'я та стаціонарна допомога фінансуються залежно від кількості проведених медичних та стоматологічних процедур (плата за товар). В лікарнях ціноутворення базується на системі однорідних груп пацієнтів [14].

Національний фонд охорони здоров'я (NHF) укладає контракти зі стоматологами, які працюють як у державних клініках, так і в приватних практиках. Вони подають тендер на надання державного медичного обслуговування порожнини рота, а потім проводяться переговори про лікування та тарифи, які NHF оплачує за клінічні процедури.

У Польщі є багато приватних страхових компаній або медичних компаній, у яких приватні особи можуть придбати додаткові страхові пакети, що надають конкретні стоматологічні послуги. Ці компанії мають власні центри охорони здоров'я або підписують контракти з приватними або державними надавачами медичних послуг [14].

Слід підкреслити, що неможливо співфінансувати державне стоматологічне лікування, тобто пацієнту не дозволяється платити за різницю в цінах між лікуванням, що надається в державній системі та відшкодовується NHF, та подібним лікуванням, що проводиться в приватному порядку.

Після падіння комунізму стоматологія була тією сферою, в якій більшість державних послуг відносно швидко переходили до приватних операторів. Сьогодні догляд за порожниною рота здійснюють як приватні клініки, так і стоматологи, які працюють за власною або груповою практикою. Є 7300 приватних клінік / практик. стоматологи, які працюють у приватній практиці, можуть і укласти контракт із наданим державою (NHF) доглядом та лікуванням. Державні стоматологічні послуги або послуги, що перебувають під наглядом держави, здійснюються в десяти стоматологічних школах, 21 державній лікарні та 1170 державних стоматологічних клініках.

Клінічні процедури, що відшкодовуються NHF, та стоматологічні матеріали, що будуть використані, визначені державними нормативними актами.

Усі застраховані особи мають право на: консервативне лікування зубів за допомогою амальгами або композиту; лікування кореневих каналів різців та іклів; видалення зубного нальоту та зубного каменю; видалення зуба; протезування акриловими протезами (частковими або повними); рентгенологічна діагностика за допомогою внутрішньоротових та панорамних зображень [14].

Годуючі та майбутні матері, діти та молодь до 18 років та інваліди мають більші переваги, і їм гарантується повне консервативне лікування та хірургія порожнини рота. Стоматологічне лікування під загальним наркозом доступне всім молодим людям до 16 років та інвалідам [14]

Лікування знімними ортодонтичними апаратами безкоштовне для дітей віком до 12 років. Ортодонтичні утримуючі апарати можуть надаватися у віці



до 13 років, що фінансуються з державних коштів. В якості особливої переваги можна застосовувати фотополімерні наповнені матеріали у молодих осіб, якщо це виправдано медичними показаннями. Діти та підлітки з вродженими черепно-лицьовими дефектами направляються на повне ортодонтичне лікування знімними та незнімними апаратами до 18 років, а при необхідності і після цього віку. Протезування таких пацієнтів фінансується державою лише на знімні протези. Постійні протези, в тому числі на основі імплантатів, повинні оплачуватися пацієнтами з власних коштів [14].

У Польщі є державні клініки охорони здоров'я, які мають підписаний контракт з Національним фондом охорони здоров'я та надають комерційні послуги. Існують також приватні клініки охорони здоров'я, які уклали контракт з NHF та надають комерційні послуги, приватні заклади охорони здоров'я, що надають суто комерційні послуги, приватні практики, що надають послуги в рамках NHF та комерційні послуги, а також приватні практики, що надають лише комерційні послуги. Стоматологи можуть працювати в одному закладі або декількох закладах з різними джерелами фінансування.

Однак, незважаючи на такий вибір варіантів, більшість стоматологів, які працюють у Польщі, надають клінічні послуги на комерційній основі в приватних практиках або медичних центрах.

Приватна стоматологічна практика здійснюється великими національними стоматологічними компаніями, в місцевих стоматологічних клініках (центрах), а також в індивідуальних та групових стоматологічних практиках. Ціни на стоматологічні послуги, що надаються приватно, не регулюються жодним законодавством, а їх рівень визначається лише ринковими силами [14].

Висновок. Порівняння окремих аспектів організації роботи стоматологічної служби та надання стоматологічної допомоги населенню в Україні та окремих країнах-членах Європейського Союзу дозволило виявити певні відмінності в організації профілактичної роботи, наданні безкоштовної стоматологічної допомоги та стоматологічної допомоги за кошти фізичних та юридичних осіб. У більшості європейських країн дітям до 16 років надається майже повний спектр стоматологічної допомоги безкоштовно (а в деяких, наприклад в Польщі – і ортодонтична допомога дітям до 12-13 років безкоштовна), об'єм стоматологічної допомоги, що надається дорослим, за умовами страхового договору різний в усіх країнах і визначається типом страхування (добровільне або обов'язкове); в жодній країні дентальна імплантація та протезування зубів високоестетичними матеріалами не покривається ані бюджетними коштами, ані страховкою. Стоматологічна галузь України потребує подальшого реформування з включенням профілактичної ланки та поверненням стоматології на первинну ланку, з урахуванням соціальної нерівності населення, яка існує в Україні, щоб усі





прошарки населення мали доступ до базової стоматологічної допомоги, що покривається за рахунок державних коштів, необхідне створення фонду медичного страхування.

Література:

1. Мазур І.П. Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні / І. П. Мазур, О. В. Павленко, В. Г. Близнюк // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». – 2017. – № 18 (415) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://health-ua.com/article/31266-suchasnij-stan-stomatologchno-dopomogi-v-ukran>
2. Канюра О.А. Шляхи удосконалення стоматологічної допомоги населенню / О.А.Канюра// Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – №4. – Т.3 (115). – С.295-298.
3. Радучич О.В. Медична реформа: бідна стоматологія – багата первинна ланка. Український медичний часопис. – 2019. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/136995/medichnareforma-bidna-stomatologiya-bagata-pervinna-lanka>
4. Богату С.І. Соціальне підприємництво в стоматологічній галузі: досвід зарубіжних країн / С.І.Богату// Публічне управління і адміністрування в Україні. – 2021. – №24. – 7-15.
5. Павленко О.В. Медична стоматологічна допомога в моделях медичного страхування різних країн / О.В.Павленко, О.М.Вахненко, Л.Г.Єрмакова [та ін.] // Сучасна стоматологія. – 2019. – №5. – С.100-103.
6. Шевцов В. Г. Програмно-цільове управління як основа розвитку комунального сектору стоматологічної допомоги населенню / В. Г. Шевцов. // Публічне адміністрування: теорія та практика. – 2018. – Вип. 2. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp_2018_2_13
7. Шевцов В.Г. Мобільність як ключовий принцип надання стоматологічної допомоги в об'єднаних територіальних громадах / В.Г.Шевцов // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2019. – № 3(42). – С.160-167.
8. Возний О.В. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню / О.В.Возний, С.М.Германчук, В.І.Струк, В.І.Біда, А.В.Погоріла // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2019. – Т.12. – №2 (30). – С.228-234.
9. Савчук О.В. Комплексне медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги із залученням сучасних клінічних інноваційних технологій та менеджменту [автореф. дис. докт. мед. наук]. – Ужгород, Ужгородський національний університет, 2019. – 46 с.
10. Bindi M. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 8: Italy / M. Bindi, C. Paganelli, K. A. Eaton, E. Widström // British Dental Journal. – 2017. – VOL.222. – № 10. – P.809-817.
11. Bravo M. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain / M.Bravo, L.San Martín, E.Casals, K.A.Eaton, E.Widström // British Dental Journal. – 2015. – Vol.19(11). – P.547-51. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.922. PMID: 26657443.
12. Damaskinos P. The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece / P. Damaskinos, H. Koletsi-Kounari, C. Economou, K. A. Eaton, E. Widström // British Dental Journal. – 2016. – Vol.220. – №5. – P.253-260.
13. Garbin D. A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil / D.Garbin, C.Quiñonez // Health Systems and Oral Health Systems around the world. – DOI: 10.13140/RG.2.1.2224.2726
14. Malkiewicz K. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union Member States. Part 6: Poland / K. Malkiewicz, E. Malkiewicz, K. A. Eaton, E. Widström // British Dental Journal. – 2016. – Vol.221. – №8. – P.501-507

15. Oancea R. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states: Part 5: Romania / R.Oancea, C.Amariei, K.A.Eaton, E.Widström // *British Dental Journal*. – 2016. – Vol.220(7). – P.361-366. – doi: 10.1038/sj.bdj.2016.265.
16. Pälvärinne R. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 9: Sweden / R. Pälvärinne, E. Widström, B. C. Forsberg, K. A. Eaton, D. Birkhed // *British Dental Journal*. – 2018. – Vol.224. – №8. – P.647-651.
17. Pegon-Machat E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in EU Member States: France / E.Pegon-Machat, D.Faulks, K.A.Eaton [et al.] // *British Dental Journal*. – 2016. – Vol.220(4). – P.197–203. doi:10.1038/sj.bdj.2016.138
18. Sinclair E. The healthcare systems and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 10: comparison of systems and with the United Kingdom / E.Sinclair, K.Eaton, E.Widström // *British Dental Journal*. – 2019. – Vol.227. – P.305-310. – DOI 10.1038/s41415-019-0661-4.
19. Widström E. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries / E.Widström, H. Agustsdottir, L.I. Byrkjeflot, R. Pälvärinne, L.B. Christensen // *Tandlægebladet*. – 2015. – 119 (9). – P.702-711.
20. Ziller S. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany / S.Ziller, K.E.Eaton, E.Widström // *British Dental Journal*. – 2015. – Vol.218(4). – P.239-44. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.95. PMID: 25720894.
21. Мельник В.С. Структурний аналіз стоматологічної захворюваності дітей шкільного віку м.Ужгорода/ В.С.Мельник, Л.Ф.Горзов, Я.І.Дуганчик // *Inter Medical Journal*. – 2017. – II (10). – С.52-56.
22. Резолюція засідання «круглого столу» на тему: «Напрями розвитку системи організації стоматологічної допомоги в Україні». – Режим доступу: [www. http://www.komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30794.pdf](http://www.komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30794.pdf)
23. Соціальне підприємництво в Україні. Зелена книга. Під загальною редакцією Валерія Кокотя. – Київ, 2020. – 89 с. – Режим доступу: https://drive.google.com/file/d/1yfrAPFZ2fB66i7hAgEkn_WVK3jAaDTd4/view

References:

1. Mazur, I.P., Pavlenko, O.V. & Blyznyik, V.G. (2017). Suchasnyi stan stomatolohichnoi dopomohy v Ukraini [The current state of dental care in Ukraine]. *Medychna hazeta "Zdorovia Ukraini 21 storichcha"*. – *Medical newspaper "Health of Ukraine of the 21st century"*, 18 (415). Retrieved from <https://health-ua.com/article/31266-suchasnij-stan-stomatologchno-dopomogi-v-ukran>[in Ukrainian].
2. Kanyura, O.A. (2014). Shlyahy udoskonalennya stomatolohichnoi dopomohy naseleennyu [Ways to improve dental care]. *Visnyk problem biolohii i medycyny. – Bulletin of problems of biology and medicine*, 3(115), 295-298 [in Ukrainian].
3. Raduchych, O.V. (2019). Medychna reforma: bidna stomatolohiya – bahata pervynna lanka [Medical reform: poor dentistry is a rich primary link]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys. – Ukrainian medical journal*. Retrieved from <https://www.umj.com.ua/article/136995/medichnareforma-bidna-stomatologiya-bagata-pervinna-lanka> [in Ukrainian].
4. Bohatu, S.I. (2021). Socialne pidpryemnutstvo v stomatolohichnii haluzi: dosvid zarubizhnyh krain [Social entrepreneurship in the oral health care: the experience of foreign countries]. *Publichne upravlinnya i administruvannya v Ukraini. – Public administration in Ukraine*, 24, 7-15 [in Ukrainian].
5. Pavlenko, O.V., Vahnenko, O.M., Yermakova, L.G. et al. (2019). Medychna stomatolohichna dopomoha v modelyakh medychnogo strahuvannya riznyh krain [Medical dental



care in health insurance models of different countries]. *Suchasna stomatolohiya. – Modern dentistry*, 5, 100-103 [in Ukrainian].

6. Shevtsov, V.G. (2018). Programno-tsilyove upravlinnya yak osnova rozvytku komunalnogo sektoru stomatolohichnoi dopomohy naselennyu [Program-targeted management as a basis for the development of the municipal sector of dental care]. *Publichne administruvannya: teoriya I praktika. – Public administration: theory and practice*, 2. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/Patp_2018_2_13 [in Ukrainian].

7. Shevtsov, V.G. (2019). Mobilnist yak klyuchovyiy pryntsyp nadannya stomatolohichnoi dopomohy v obyednanyh terytorialnyh hromadah [Mobility as a key principle of dental care in the united territorial communities]. *Derzhavne upravlinnya ta mistseve samovryaduvannya. – Public administration and local self-government*, 3(42), 160-167 [in Ukrainian].

8. Voznyi, O.V., Germanchuk, S.M., Struk, V.I., bida, V.I., Pohorila, A.V. (2019). Stan i perspektivy rozvytku stomatolohichnoi dopomohy naselennyu [Status and prospects of dental care development]. *Aktualni pytannya farmatsevtichnoi I medychnoi nauky ta praktyky. – Current issues of pharmaceutical and medical science and practice*, Vol.12, 2(30), 228-234 [in Ukrainian].

9. Savchuk, O.V. (2019). Kompleksne medyko-sotsialne obgruntuvannya restrukturyzatsii munitsipalnoi systemy stomatolohichnoi dopomohy iz zaluchennyam suchasnyh klinichnyh innovatsiinyh tehnologii ta menedzhmenty [Comprehensive medical and social substantiation of the restructuring of the municipal system of dental care with the involvement of modern clinical innovative technologies and management]. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Uzhorod: UzhNU [in Ukrainian].

10. Bindi, M., Paganelli, C., Eaton, K.A. & Widström, E. (2017). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 8: Italy. *British Dental Journal*, Vol.222, 10, 809-817 [in English].

11. Bravo, M, San Martín, L., Casals, E., Eaton, K.A. & Widström, E. (2015). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain. *British Dental Journal*, Vol.19(11), 547-51 [in English].

12. Damaskinos, P, Koletsi-Kounari, H., Economou, C., Eaton, K.A. & Widström E. (2016). The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. *British Dental Journal*, Vol.220, 5, 253-260 [in English].

13. Garbin, D. & Quiñonez, C. (2014). 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* [in English].

14. Malkiewicz, K., Malkiewicz, E., Eaton, K.A. & Widström, E. (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union Member States. Part 6: Poland. *British Dental Journal*, Vol.221, 8, 501-507 [in English].

15. Oancea, R, Amariei, C., Eaton, K.A. & Widström, E. (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states: Part 5: Romania. *British Dental Journal*, Vol.220(7), 361-366 [in English].

16. Pälvärinne, R., Widström, E., Forsberg, B.C., Eaton, K.A. & Birkhed, D. (2018). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 9: Sweden. *British Dental Journal*, Vol.224, 8, 647-651 [in English].

17. Pegon-Machat, E., Faulks, D., Eaton, K.A. [et al.] (2016). The healthcare system and the provision of oral healthcare in EU Member States: France. *British Dental Journal*. Vol.220(4), 197–203 [in English].

18. Sinclair, E., Eaton, K.A. & Widström, E. (2019). The healthcare systems and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 10: comparison of systems and with the United Kingdom. *British Dental Journal*, Vol.227, 305-310 [in English].

19. Widström, E., Agustsdottir, H., Byrkjeflot, L.I., Pälvärinne, R. & Christensen, L.B. (2015). Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. *Tandlägebladet*, 119 (9), P.702-711 [in English].



20. Ziller, S., Eaton, K.A. & Widström, E. (2015). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany, Vol.218(4), 239-44 [in English].
21. Melnyk, V.S., Gorzov, L.F. & Duganchyk, Ya.I. (2017). Strukturnyi analiz stomatolohichnoi zahvoryuvanosti ditei shkilnogo viku mista Uzhhorod [Structural analysis of dental morbidity of school-age children in Uzhhorod]. – Inter Medical Journal, II (10), 52-56 [in Ukrainian].
22. Rezolyutsiya zasidannya “kruglogo stolu” na temu: “Napryamky rozvytku systemy organizatsii stomatolohichnoi dopomohy v Ukraini” [Resolution of the round table on the topic: "Directions of development of the system of organization of dental care in Ukraine"]. Retrieved from <http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30794.pdf> [in Ukrainian].
23. Kokot, V. (2020). Sotsialne pidpryyemnytstvo v Ukraini. Zelena knyha [Social entrepreneurship in Ukraine. Green Paper]. Kyiv. Retrieved from https://drive.google.com/file/d/1yfrAPFZ2fB66i7hAgEkn_WVK3jAaDTd4/view [in Ukrainian].

