

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

УДК 616.311.2+616.314+616.717

Литоненко М.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В ЄВРОПІ ТА СВІТІ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Резюме. У статті наведено аналіз методів прогнозування ефективності лікування захворювань пародонта, їх недоліки та перспективи застосування в оцінці якості лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: прогнозування, захворювання пародонта, оцінка якості

Історично сформувався образ зубного лікаря, дантиста, як ремісника, що володіє певними вміннями, рекламує свої послуги та працює в особливих, відокремлених від медицини умовах – окремих кабінетах, оздоблених значною кількістю спеціального, суто професійного оснащення. За своєю природою ця спеціальність характеризується відносною незалежністю й до сьогодні (за певними виключеннями). Стоматологічне обладнання може використовуватися стоматологом самостійно, без спеціального технічного супроводу, а унікальний характер відносин з хворим надає стоматології переважно особистісний характер. Навіть на теперішній час відносно міцні національні асоціації стоматологів у Західній Європі та світі підтримують незалежність приватних лікарів. Це сприяє тому, що стоматологи підтримують протидію сторонньому контролю та успішно відстоюють свій високий рівень самостійності [199, 200, 218].

В Європі стоматологічним асоціаціям вдається впливати на чисельність студентів, що поступають на стоматологічні факультети, та протидіяти «експертизам» (у формі ревізій), які вже достатньо звичні у сфері загальної медичної практики [278, 281]. За середнім стоматологічним персоналом, включаючи медичних сестер, спеціалістів з гігієни порожнини рота, зубних техніків, зберігається статус найманих робітників або субпідрядників.

У теперішній час більш за дві третини європейських стоматологів – приватні. Іншими словами, стоматологи у переважній більшості володіють малими медичними підприємствами, а, відповідно, є підприємцями. У країнах Скандинавії 30-50% стоматологів – наймані робітники, які отримують заробітну платню від держави. Більшість найманих стоматологів концентрують свої зусилля на клінічних аспектах, а не підприємстві та управлінні бізнесом, оскільки фінансування та управління не є їх основною функцією. У зв'язку із скороченням бюджетів наймані стоматологи прагнуть розвитку своїх підприємницьких здібностей, щоб добитися підвищення економічності своїх послуг.

Іншою особливістю стоматологічної допомоги є те, що стоматологічні послуги найдорожчі. Так у багатьох європейських країнах витрати на стоматологію займають третє або четверте місце у загальній структурі витрат на охорону здоров'я. Так у 1995 році витрати на стоматологію склали 3-9% усіх витрат на медичну допомогу з розрахунку на душу населення.

Стоматологія вважається однією з областей медицини, однак притаманний їй спосіб дій має мало аналогів у медицині. Так, зокрема, стоматологічні послуги, як правило, надаються амбулаторно та за дуже рідким виключенням – у лікарняних умовах. Такий стан справ обумовлений:

– переважно плановою (не екстреною) приро-

- дою лікування у стоматолога;
- у вищій мірі ступеню індивідуальним характером стоматологічної практики;
- відносно обмеженою участю середнього персоналу;
- хронічним характером більшості стоматологічних захворювань, без безпосередньої загрози життю пацієнта;
- незначною зацікавленістю стоматологів загального профілю у розвитку системи послуг, що надаються переважно у лікарняних умовах.

На теперішній час розвиток стоматології супроводжується активним впровадженням сучасних технологій практично в усі види стоматологічної допомоги – від профілактики до лікування, протезування тощо. Водночас подвійний образ стоматології як різновиду послуг та лікарської спеціальності створює для стоматологів низку проблем, що пов'язані з професійною самоідентифікацією та вибором майбутніх стратегій.

Розглядаючи особливості діяльності стоматолога щодо надання спеціалізованої допомоги при захворюваннях пародонта та їх профілактики, слід зазначити, що з одного боку, вона основана на стандартній повторюваності процедур та носить профілактичний характер, а це означає, що може бути делегована середньому медичному персоналу (медичним сестрам, помічникам лікаря або стоматологічним гігієністам). З іншого боку, за деяких умов категорично потребує участі висококваліфікованих клініцистів із широким спектром професійних можливостей. Таким чином, структура потреб у стоматологічній допомозі лише цій категорії хворих підказує, що заклади з надання такої допомоги повинні бути достатньо великими, щоб забезпечити як стандартні профілактичні та поточні, так і складні хірургічні та відновлювальні заходи.

У стоматології застосовуються в основному три моделі регулювання діяльності [374]:

- модель професійного регулювання (саморегулювання);
- технократична державна модель;
- модель, заснована на ринкових механізмах.

Принцип саморегулювання означає, що контроль за системою стоматологічних послуг здійснюється самими стоматологами. Основним інструментом такого контролю є навчання персоналу з метою розвитку певного стандартного набору навичок. Найбільш дієвим механізмом такого контролю є система періодичної професійної кваліфікаційної атестації лікарів-стомато-

логів із обов'язковою участю представників асоціації стоматологів. Іншим інструментом є професійний етичний кодекс, згідно якого стоматологічна практика повинна виходити суто з потреб хворого. В рамках цієї моделі державні органи управління відіграють роль органу, що встановлює вимоги до бажаючих працювати у стоматології, тобто вводить стандарти для ліцензування та обмежує притік нових робітників. Європейський союз видав низку директив, що відносяться до стоматології, включаючи Директиву про медичні матеріали та оснащення (Medical Devices

Directive 93/42/EEC), яка декларує правила протезування та застосування апаратури, а також правила застосування більшості матеріалів та приборів у стоматології [379]. Стоматологи, що мають ліцензію на роботу в будь-якій з країн Європейського союзу, можуть практикувати у будь-якій іншій країні, що є членом Європейського союзу [380]. Інша директива Європейського союзу – 686/78/EEC регулює навчання стоматологів у вищих навчальних закладах та їх подальше професійне удосконалення, тоді як директива 687/78/EEC – взаємне визнання дипломів по всьому Європейському союзу.

Органи державного управління відіграють додаткову роль у країнах, що спираються на «технократичну модель» регулювання. У таких країнах доступ до послуг регулюється шляхом встановлення цін та розподілу послуг. Якщо європейські реформи в цілому були спрямовані на стимулювання незалежності, саморегулювання й самоуправління на відносно низьких організаційних рівнях у самих системах охорони здоров'я, то у стоматології мале підприємництво домінувало ще до таких реформ. Хоча стоматологія (із змістовим наповненням поняття професійних асоціацій) у більшості європейських країн безпосередньо впливає на структуру та організацію стоматологічних послуг [381, 384].

У країнах з «бісмарковою» моделлю стоматологія фінансується головним чином через обов'язкове соціальне страхування, що включає, головним чином, лікування зубів і лише у деяких випадках – захворювань слизової оболонки порожнини рота, пародонта. Страхування покриває також більшу частину щелепно-лицевих операцій. Але надавачами таких послуг переважно є приватні лікарі. Органи державного управління визначають законодавчу та регулюючу схему, у рамках якої численні незалежні агенції організують рух фондів між хворими та власниками робо-

чих місць, з однієї сторони, та стоматологами – з іншої. Система страхування керується законом та регулюється шляхом перемовин між професійними організаціями [188, 189].

Значною проблемою, на яку вказують численні фахівці з економіки та організації охорони здоров'я у країнах Європейського союзу [252], є труднощі структурної інтерпретації зв'язків між характеристиками систем організації стоматологічної допомоги та рівнем стоматологічного здоров'я населення. Існують також приватні програми страхування, за яких пацієнти безпосередньо сплачують своєму стоматологу, а потім їхні витрати компенсуються страховою компанією.

У країнах Центральної та Східної Європи до початку реформ стоматологія була організована у значній мірі на тих чи принципах, що й інші області охорони здоров'я. При цьому основні особливості стоматології полягали у наступному:

- повне лікування надавалося безоплатно усьому населенню;
- стоматологи були найманими робітниками на державній службі; вони працювали у територіальних або відомчих поліклініках або у стоматологічних відділеннях лікарень;
- стоматологічне обладнання знаходилося у державній власності; розподіл персоналу, клінік, лікування та матеріалів були плановими;
- незначна частина дороговартісних послуг, зокрема, протезування, частково або повністю сплачувалася самими пацієнтами.

У деяких країнах Центральної та Східної Європи функціонували також приватні стоматологи, чийі послуги повністю сплачувалися хворими.

У країнах із бевериджівською моделлю стоматологія фінансувалася переважно з податкових надходжень, а стоматологічні послуги традиційно надавалися державними закладами. Ключовий елемент такого підходу – практично загальний або майже загальний доступ до стоматології. У Великій Британії Державна служба охорони здоров'я заключає угоди із незалежними практикуючими лікарями. Контракт передбачає ціни та параметри лікування, середні розміри прибутку та допомоги; у решті стоматологічні послуги не регулюються. Основні принципи «північної» моделі закріпилися та стали частково застосовуватися на практиці раніше (у 1910–1920 рр.), ніж з'явилася «Біла книга» Бевериджа. З початку модель передбачала, що стоматологи – наймані робітники – будуть надавати допомогу дітям, тоді як решта стоматологічних послуг будуть надаватися приватними лікарями. Пізніше «північна»

модель захопила також і стоматологію для дорослих (за виключенням Норвегії). З 1994 р. регіональні національні органи охорони здоров'я в Ірландії уклали зі стоматологами приватної практики контракти щодо надання стоматологічних послуг особам із низькими прибутками та безробітним (всього 35% дорослого населення) [280].

У країнах півдня Європи завжди переважала приватна стоматологічна практика без державного фінансування; держава приймала участь у наданні стоматологічної допомоги тільки тим групам населення, котрі не могли дозволити собі лікування у приватних клініках. У деяких небагатьох регіонах були запроваджені профілактичні та лікувальні заходи для дітей та окремих «груп ризику» [279]. Так у Греції медичні страхові агенції почали укладати контракти зі стоматологами для своїх членів.

Найкраще вектор змін організації стоматологічної допомоги у сучасній Європі аналізувати з точки зору двох параметрів – фінансування та надання послуг.

Параметр фінансування включає, з однієї сторони, державні прибутки (переважно податкові надходження), з іншої сторони, послуги фінансуються безпосередньо з кишені хворого або купуються приватними страховими компаніями, які у своїй більшості не регулюються державою. Проміжну позицію займає соціальне страхування, фонди якого поповнюються за податку на заробітну платню; ця система страхування регулюється державою та керується медичними страховими агенціями або професійними медичними асоціаціями.

Параметр надання послуг включає участь як державних закладів, так і приватних структур. Між цими двома полюсами – лікарі приватної практики, що уклали контракт з державними органами.

Поєднання вказаних параметрів дає типологічну схему, у якій можна виділити чотири категорії:

- I – стоматологічні послуги надаються переважно державними найманими лікарями, а фінансування є приватним. Таке поєднання, на думку авторів, не є частим [355, 381]. Однак у деяких країнах Центральної та Східної Європи, перш за все у країнах Балтії, Румунії, стоматологи, які ще працюють у державних закладах, беруть плату з дорослих хворих.
- II – стоматологічні послуги надаються державою, і фінансування також є повністю або майже державним. Такими є послуги для дітей та підлітків у країнах Скандинавії і

практично усі послуги у країнах Центральної та Східної Європи.

III – надання стоматологічних послуг здійснюється переважно приватними закладами за умов їх фінансування державною системою страхування. До цієї групи відносяться стоматологічні служби низки європейських країн.

IV – стоматологічна допомога фінансується приватним способом, а послуги надаються незалежними лікарями приватної практики. Такою є, зокрема, стоматологічна допомога для дорослих у Норвегії та більша частина стоматологічних служб у Італії, Португалії та Іспанії. У такий спосіб хворі сплачують за послуги або безпосередньо, або через приватні страхові компанії.

Упродовж останнього десятиріччя у низці країн Європи простежується спрямованість змін в сторону приватизації ринку стоматологічних послуг [325]. Найбільш природною є еволюцію від переважно державного фінансування до переважно приватного фінансування, при якому значну частину витрат покриває споживач. У країнах Скандинавії – Швеції, Фінляндії, Данії – це призвело до помітного зростання витрат хворих. У Нідерландах виключення стоматології для дорослих з системи національного медичного страхування призвело до того, що люди стали покупати додаткову страховку у медичних фондів приватних медичних компаній. Без урахування країн Центральної та Східної Європи, у аспекті постачання стоматологічних послуг особливих змін не спостерігається. Країни, які традиційно спиралися на систему комплексного державного постачання послуг для груп населення, продовжують притримуватися того ж підходу. Так, реформування фінансування стоматологічної допомоги, що відбулося у Швеції, стосувалося розподілу покупців та постачальників стоматологічних послуг, вільного вибору і контракції та призвело до фінансування допомоги дітям та профілактичних програм за рахунок надходжень з податків та соціального страхування, і відповідно, контролюється державою. А фінансування стоматологічної допомоги дорослим перейшло на контрактні умови приватних страхових компаній з лікарями приватної практики, при цьому державне регулювання втрачає свої позиції. У Німеччині відбувається перерозподіл сфер впливу на фінансування та діяльність стоматологів з можливостей державного контролю за умов участі системи державного соціального страхування у

практично повністю приватні страхові компанії. Як правило, розподіл витрат в стоматології як стосується дітей та інших пріоритетних груп. У інших країнах Європи обов'язкове медичне страхування покриває частину видатків споживача на відновне стоматологічне лікування, а стоматологічні служби стали своєрідним товаром, що доступний за певну ціну. Відповідно, ціни зростають, а доступність послуг зменшується [300, 303].

Протягом понад 30 останніх років забезпечення адекватної стоматологічної допомоги є одним з важливих проблем, що стоїть перед країнами Європи. Про масштаби цієї проблеми можна судити за обсягом стоматологічних служб, охопленням ними населення, чисельності стоматологічного персоналу в кожній країні, за долею національного бюджету охорони здоров'я, яка виділяється на стоматологічні служби. У період 80-90 років XX століття в країнах Європи – Франції, Італії, Німеччині, а також країнах соціалістичного табору – Чехословаччині, Польщі, Угорщині – стоматологічні служби становили найбільший сегмент амбулаторних служб у країні.

Забезпечення доступної та якісної стоматологічної допомоги населенню залишається однією з важливих проблем, що стоять перед розвинутими країнами. Про масштабність цієї проблеми можна судити за обсягом розвитку стоматологічних служб, охоплення ними населення, чисельності стоматологічного персоналу в кожній країні, за тією долею національного бюджету охорони здоров'я, яка виділяється на стоматологічну допомогу.

Значні досягнення в організації стоматологічної допомоги населенню спостерігаються у країнах Західної Європи, у яких діяльність страхових компаній, що працюють з надавачами стоматологічних послуг, проводиться в умовах державного або суспільного регулювання [308].

У організації стоматології таких країн, як Німеччина, Франція, Швеція, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, домінує принцип соціальної солідарності, який заснований на профспілковому русі та діяльності релігійних благодійних організацій. Це призвело до значного збільшення обсягу стоматологічної допомоги, яке знаходить відображення у базисних страхових полісах. Так, від доплат за стоматологічні послуги звільняються особи із низьким рівнем доходу, хронічні та тяжко хворі. Високий рівень страхування обумовлено значними урядовими субсидіями, а також зазначеним законами порядком перерозподілу фондів між страховими компаніями. Це забезпе-

че кожній особі, що застрахована, можливість звернення до будь-якого стоматолога із наступним простим методом сплати за допомогу. У вище зазначених європейських країнах розроблено систему стримування цін на стоматологічні послуги [139]. Закон та встановлена практика переговорів між страховими компаніями та стоматологічними асоціаціями допомагають стримувати ціни на достатньо низькому рівні, враховуючи рівень інфляції.

Система приватного страхування у стоматології має вагомий недолік: значна частина населення виявляється не застрахованою. Це пов'язане також із швидким зростанням цін на стоматологічні послуги. Лише деякі урядові програми забезпечують певну допомогу тим, хто не в змозі за неї платити, в першу чергу, малозабезпечені та старезні верстви населення. Водночас значна доля наданих стоматологічних послуг сплачуються за рахунок застрахованих і у першу чергу у приватному порядку [78, 103, 111].

Таким чином, фінансування стоматологічної допомоги переважно за рахунок приватного страхування, з одного боку, та фінансування за рахунок урядових програм для малозабезпечених старезних верст населення лише певної, незначної в масштабах країни, кількості осіб, не гарантує рівності всім верствам населення у наданні стоматологічної допомоги, обмежує можливості проведення системи профілактичних заходів стосовно основних стоматологічних захворювань. Запорукою рівності у отриманні населенням стоматологічної допомоги має бути система державного контролю витоків її фінансування.

Соціальна справедливість все ще залишається одним з пріоритетів державної політики у більшості європейських країн. І значну пересторогу викликає гальмування або призупинення профілактичних програм. Так, в Угорщині та Румунії, де вперше в Європі були застосовані методи профілактики з геобіодефіцитом йоду та фтору, що пов'язаний із особливостями Карпатського регіону, зупинення фторування води не викликало зростання захворюваності на карієс [255], однак відомо, що саме у цих країнах, де провідним є не централізоване, а індивідуальне водопостачання, вже давно, ще з 1986 р. запроваджено використання фтор-йодованої солі [244].

У Великій Британії первинна стоматологічна допомога практично не зазнала впливу внутрішнього ринку. У країнах Скандинавії основні принципи надання стоматологічних послуг залишилися незмінними – при тому, що на рівні вирі-

шення специфічних проблем відбулися численні зміни. Ці зміни, що спікали організацію стоматологічної допомоги, як свідчать дані [250, 333, 342], можуть бути охарактеризовані у наступні способи, що не виключають один одного:

- вони є частиною реформи системи охорони в цілому – так відбувалося у Великій Британії після створення Державної служби охорони здоров'я, а також реформи можуть бути частиною корінних політичних перетворень, як у країнах Центральної та східної Європи, у тому числі й України та Росії.
- стоматологічна допомога стає предметом політичних маніпуляцій – подібне відбулося, наприклад, у Нідерландах, де стоматологія була виключена за національної системи медичного страхування, а пропозиція Шведського державного секретаря з питань охорони здоров'я включити стоматологічні послуги в пакет національного медичного страхування було сприйняте лише як політичний жест [363].

Слід відмітити, що реформи охорони здоров'я часто впливають на стоматологію на відносно пізніх стадіях впровадження перетворень. Про це свідчать закони, що регулюють стоматологічну допомогу, які були прийняті у Данії, Норвегії, Швеції [186, 252].

Специфічні особливості стоматологічної допомоги можуть слугувати поясненням того, чому даний сектор виявився менш причетним до реформ у тих європейських країнах, де охорона здоров'я в цілому була реформована достатньо радикально.

В області стоматології вже затвердилася більшість підприємницьких установок, котрі позитивно оцінювалися політикою реформ охорони здоров'я в Європі. Сам по собі бюджет стоматології відносно невеликий. Відповідно, зміни у даній області не принесуть суттєвих вигід у політичному, адміністративному та фінансовому відношеннях. Ти більш, що саме стоматологічні послуги найчастіше є предметом скарг та незадоволення споживачів, і у першу чергу, стосовно нееконічності та недоступності.

Щодо кількості лікарів-стоматологів у Європейському регіоні, то вона цілком задовольняє потреби населення [184]. Хоча, у деяких країнах – Норвегії, Великій Британії тощо – стоматологи розподілені нерівномірно, проблеми із кадровим забезпеченням населення не визивають непокоєння.

Аналіз літературних даних щодо набутого досвіду функціонування стоматологічної допомоги у країнах Європи [377] свідчить, що внаслідок соціально-економічного розвитку суспільства відбулися значні зміни у відношенні населення європейських країн до лікування та профілактики захворювань порожнини рота, зокрема, тканин пародонта. Порівняння характеру стоматологічного обслуговування у сьогоденній Європі та обслуговування 50 років тому дозволяє авторам зробити наступні висновки.

Мотивація, що сприяє корисним з точки зору здоров'я змінам відношення до хвороб та їх профілактики залежить від рівня життя та освіти [96]. Із підвищенням життєвого рівня людей змінюються їх думка про значення стану порожнини рота для забезпечення загального благополуччя й комфорту. Цей момент лише з недавнього часу враховують виробники продукції для догляду за порожниною рота, активно нарощуючи темпи зростання обсягів та асортименту продукції, і, нажалі не враховують організатори служб охорони здоров'я багатьох країн, коли попит на стоматологічну допомогу зростає швидше, ніж на інші компоненти системи охорони здоров'я.

Перший етап формування ставлення до стану порожнини рота та стоматологічної допомоги — це коли хвороби зубів та їх наслідки не відіграють суттєвої ролі в житті населення. Якщо стоматологічні проблеми ускладнюють повсякденне життя, питання вирішують радикально, наприклад, видаленням зуба тощо. Однак стан змінюється за умов підвищення життєвого рівня. У другому етапі на перший план висувуються естетичні або косметичні міркування, і люди починають звертатися за відновним лікуванням та протезуванням [150, 151, 156]. Такий стан вже понад 40 років є характерним для країн Європи, і стає актуальним для України сьогодні.

Третій та найбільш прогресивний етап в становленні відношення до стоматологічної допомоги характеризується тим, люди приходять до розуміння розвитку хвороб порожнини рота і змінюють свою поведінку таким чином, щоб не допустити їх виникнення. В Європі цей процес, вірогідно, поширений достатньо давно. Це призводить до зростання потреб змінити характер стоматологічного обслуговування [162].

Біологічні чинники викликають об'єктивну потребу у лікуванні захворювань зубів та порожнини рота серед населення; чинники, що пов'язані з поведінкою та її мотивацією, формують попит на стоматологічне обслуговування,

контроль його якості та доступності [164-167].

На першому етапі формування потоку хворих з широких верств населення до стоматологічної служби потреби у стоматологічному лікуванні обмежуються первинною профілактикою. Потреба залишається скритою, якщо хворий не знає про наявну в нього хворобу або ігнорує її, але вона перетворюється у попит на лікування під впливом мотивації на користь останнього. Якщо мотивація слабка, то перехід потреби у попит відбувається повільно і «запас» прихованого (латентного) попиту зростає. Терапевтичні служби скорочують обсяг попиту на лікування. Швидке лікування сприяє мотивації та підсилює процес перетворення потреби у попит [161].

Попит на лікування характеризується динамічністю. Якщо попит на лікування серед певної групи населення не задовольняється, то він веде до підсилення соціального тиску на адміністративні органи з метою розширення стоматологічного обслуговування. Але просте, екстенсивне розширення стоматологічного обслуговування несе в собі тягар фінансових, кадрових та інших соціальних проблем, тісно пов'язаних та детермінованих матеріально-технічним станом галузі охорони здоров'я в цілому, і стоматологічної служби зокрема.

Наявність легкодоступної та ефективної стоматологічної служби сприяє підвищенню попиту на стоматологічне лікування, тоді як за наявності малодієвої або важкодоступної служби процес перетворення потреб у обслуговуванні у попит на нього стримується.

Практично у всіх європейських країнах все існує велика потреба у лікуванні, не перетворена на попит на нього [159]. Це у деякій мірі стосується лікування карієсу зубів, але головним чином — лікування хвороб пародонта та відновлення втрачених зубів. Можливе розширення обсягу лікувальної допомоги не залежить, однак, безпосередньо від життєвого рівня населення; вона обмежується низкою факторів. Під впливом цих факторів загальний попит на стоматологічне обслуговування серед населення може зростати швидше, ніж спроможність існуючих служб задовольнити його. Тому важливою проблемою удосконалення сучасної системи стоматологічної служби є пошук організаційних засобів для того, щоб компенсувати цей вплив.

У організації стоматологічної допомоги практично у всіх європейських країнах у теперішній час відбуваються зміни, що обумовлені зростанням мотивації населення до здорового способу

вартість, перенесення пріоритетів на підтримку здоров'я, підвищення ролі профілактики у медицині в цілому й у стоматології у тому числі. [158].

Зрозуміло, що кожна країна має свої характерні риси системи стоматологічної допомоги, які обумовлені політичними, економічними, культурними, етнічними чинниками. Але провідне місце серед цих чинників займають механізми фінансування стоматологічної допомоги, детерміновані у першу чергу, станом соціально-економічного потенціалу країни.

Отже, за умов існуючої організаційної структури стоматологічної служби у великих містах України ні розвиток та розширення арсеналу сучасних потужних методів лікування, що використовуються в пародонтологічній практиці (медикаментозних, оперативних, інструментальних та їх комбінацій), ні розширення можливостей імплантології та сучасного високотехнологічного протезування не призводять до вагомого покращання стану пародонтологічного здоров'я населення [185]. Навпаки, має місце значна тривалість, недостатня ефективність й не виправдана

вартість спеціалізованих стоматологічних послуг.

На теперішній час стоматологічні служби, що існують у Європейському регіоні ВООЗ, лише на перший погляд характеризуються різноманітністю, оскільки окремі країни різняться рівнем соціально-економічного розвитку, політичними інститутами та місцевими традиціями; окрім того, в межах країн співробітники установ, що планують діяльність та організатори стоматологічних служб, викладачі стоматології та члени національних стоматологічних асоціацій можуть притримуватися принципово різних думок відносно основних проблем та певних шляхів їх вирішення [113, 131]. Існування різних підходів та точок зору дозволяє зрозуміти різні фактори, що впливають на формування вітчизняної стоматологічної служби, та загальний характер стоматологічної допомоги в Європі.

У відповідності з сучасними принципами організації стоматологічної допомоги система стоматологічної служби повинна базуватися на науково обґрунтованих фактах, підкорятися соціальним і економічним потребам.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ЕВРОПЕ И МИРЕ

Антоненко М.Ю.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Резюме. В статье приведен анализ методов прогнозирования эффективности лечения заболеваний пародонта, их недостатки и перспективы применения в оценке качества лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: прогнозирование, заболевания пародонта, оценка качества