

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

УДК 616.311.2+616.314+616.717.85]-084 (477)

Антоненко М.Ю.

СТАНОВЛЕННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ (СІМЕЙНОЇ) ПРАКТИКИ В СТОМАТОЛОГІЇ: ДОСВІД ТА ПРОБЛЕМИ

Резюме. У статті наведено досвід вирішення проблем стоматології, насамперед, профілактичного спрямування, в системі загальної практики/сімейної медицини.

Ключові слова: профілактика стоматологічних захворювань, загальна практика/сімейна медицина, сімейна стоматологія.

За умов реформування економіки країни в стоматологічній галузі поступово, але не уклінно змінюється форма власності, структура лікувально-профілактичних закладів, підготовка та перепідготовка кадрів стоматології. При розробці шляхів розвитку організації стоматологічної допомоги [1, 8] в таких мовах безперечно відіграють роль:

- зниження ролі централізованого управління та зміщення її ролі в регіони;
- підвищення ролі професійного управління через професійні асоціації;
- розвиток багатокладних форм власності в економіці;
- значна автономність стоматології як медичної спеціальності (власна мережа закладів, системи освіти, специфічні проблеми економіки);
- зниження ролі та розмірів бюджетних асигнувань та підвищення значення госпдоговірних відносин;
- тенденції в організації мережі стоматологічних закладів;
- зміни в підготовці кадрів стоматологів широкого профілю, зміцнення ролі середнього медичного персоналу, можливість переходу до обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування;
- перегляд усіх основних позицій в організації та управлінні стоматологією — юридичний та медичний статус, ресурсне забезпечення, організація та управління на всіх рівнях.

З урахуванням зазначеного автори пропонують замість громіздкої системи стоматологічних

закладів різного рангу — обласного, міського, районного тощо розрізнати їх на заклади, в яких надається кваліфікована та вузькоспеціалізована допомога [6, 18, 19].

Разом з тим, більш переконливими є першочергові завдання реформування галузі охорони здоров'я нашої держави щодо розвитку первинної ланки надання медичної допомоги населенню, наближенню медичної допомоги до громадян та здійснення її реальної доступності для кожного [22, 24].

Вирішення проблем стоматології в системі загальної практики/сімейної медицини за кордоном.

Внаслідок різниці у національних, історичних, економічних та інших умовах розвиток загальної лікарської практики в країнах Європи має свої особливості. Для організації загальних практик в деяких країнах передбачені відповідні законодавчі акти, які регулюють створення робочих місць (Італія, Австрія), в інших країнах такої нормативної бази немає (Бельгія, Нідерланди). У Швеції та Фінляндії, де лікарі загальної практики отримують фіксовану зарплатню, нові лікарі загальної практики отримують можливість працевлаштування тільки за наявності вакансій [3, 4].

Доля лікарів загальної практики в країнах Європи варіює в широких межах. Так, у Франції це становить 54% усіх лікарів, у Бельгії — 46%, у Великій Британії — 42%, в Італії — 26%, у Нідерландах — 18, Іспанії — 15%.

З метою ствердження центральної ролі загальної (сімейної) практики в системі охорони здоров'я Європи, а також для зміцнення здоров'я на індивідуальному та комунальному рівнях, Європейським Регіональним Бюро ВООЗ було розроблено спеціаль-

не «Керівництво з професіональних та адміністративних аспектів розвитку загальної практики/сімейної медицини в країнах Європи», в якому відображені усі суб'єкти охорони здоров'я: керівники галузі, фінансові, планові та керівні органи, академічні інститути, різні професійні організації, у тому числі сімейних лікарів, пацієнтів та їх представників [9, 21]. Відповідно до цього Європейського документу визначено, що загальна практика – це така форма організації первинної медичної допомоги, яка має наступні характерні риси:

1. Загальний обсяг охоплення (допомога, яка надається сімейними лікарями, не лімітована категоріями населення, вона надається кожній людині, незалежно від віку, статі, соціальної приналежності, раси, релігії, жодна скарга чи медична проблема пацієнта не може бути залишена без уваги).

2. Доступність (здійснюється вільний доступ до служб загальної практики з мінімальними термінами очікування; цей доступ не повинен обмежуватися фінансовими чинниками).

3. Інтегрованість (загальна практика включає лікувальну та реабілітаційну допомогу, а також зміцнення здоров'я та профілактику хвороб).

4. Постійна основа (загальна практика не обмежується тільки приватним випадком надання медичної допомоги чи будь-яким захворюванням, а забезпечує хворим індивідуальну медичну допомогу на довготривалій основі впродовж тривалого періоду їх життя).

5. Бригадний підхід (сімейний лікар повинен працювати у складі добре злагодженої мультидисциплінарної бригади).

6. Цілісність (медичні проблеми людини, сім'ї та суспільства повинні розглядатися в плані фізичних, психологічних та соціальних перспектив).

7. Персональний характер (загальна практика повинна бути, насамперед, орієнтованою на особистість, а потім вже на хворобу; вона заснована на особистісних взаємовідносинах пацієнта та лікаря).

8. Орієнтованість на родину (в загальній практиці проблеми вивчаються в контексті родини та соціальних контактів людини).

9. Орієнтованість на контингент обслуговування (проблеми пацієнта повинні розглядатися в контексті його життя в місцевих умовах; сімейний лікар має бути в курсі проблем населення, яке обслуговується на місцевому рівні, співпрацювати з іншими професійними робітниками та службами інших секторів, а також з групами взає-

модопомоги з метою вирішення місцевих проблем медико-санітарного плану).

10. Координованість (хоча переважна більшість медичних проблем пацієнтів при першому контакті можуть бути вирішені сімейним лікарем, однак в деяких випадках виникає необхідність направляти пацієнтів на консультації; сімейному лікарю слід повідомляти пацієнта про результати таких консультацій, слід також інформувати про всі наявні служби та як ними користуватися найкращим чином та бути координатором зі всіх порад та призначень, які отримує пацієнт).

11. Довірчість (пацієнти повинні очікувати дотримання повної конфіденційності з боку сімейного лікаря, а також конфіденційності в тому, що стосується всієї інформації про них).

12. Адвокатська функція (сімейному лікареві слід у всіх випадках бути «адвокатом» пацієнта по всіх питаннях, що пов'язані з його здоров'ям, а також щодо його відносин з іншими фахівцями, які надають медичну допомогу).

Збалансоване поєднання вище позначених принципів сімейного лікаря створює таку інфраструктуру загальної практики, яка в змозі забезпечити покращення здоров'я населення через зниження та контроль за хронічними захворюваннями, визначення специфічних медичних проблем дітей, молоді, жінок, осіб похилого віку, а також груп пацієнтів, які пропагують здоровий спосіб життя та покращення навколишнього середовища на місцевому рівні. Це сприяє наданню відповідної медичної допомоги та підтримки в розвитку служби здоров'я через інформацію та наукові дослідження, а також розвиток партнерства та дотримання високих етичних стандартів [17].

Аналіз джерельної бази щодо зарубіжного досвіду загальної лікарської практики свідчить про відсутність інституту сімейного лікаря-стоматолога, а спеціалізована стоматологічна допомога надається стоматологами загальної практики разом з гігієністами та асистентами. Вирішення сімейних стоматологічних проблем покладено на сімейних лікарів загальної практики. Вочевидь, надання кваліфікованої стоматологічної допомоги можливо тільки професіоналами, і тому лікар загальної (сімейної) практики здійснює рекомендації з профілактики основних стоматологічних захворювань та направляє до стоматолога на кваліфіковану консультацію та лікування захворювань зубів, пародонта, скронево-нижньощелепного суглобу та іншої патології щелепно-лицевої ділянки.

У США сімейні лікарі (лікарі загальної практики) опікуються дітьми з самого раннього віку, коли

в них починаються стоматологічні проблеми, які пов'язані з прорізуванням зубів та з приводу яких батьки ще не звертаються до стоматолога. До 6-місячного віку сімейний лікар надає рекомендації щодо оптимального використання добавок з фторидом до харчування дитини, знаючи про те, що це слугує засобом профілактики розвитку карієсу в більш пізньому віці, і водночас, пам'ятаючи про флюороз. Сімейні лікарі забезпечують батькам необхідні консультації, які пов'язані з доглядом за зубами, щодо упередження та наслідків травм зубів та їхніх захворювань. Ці відомості публікуються також в американському журналі «Сімейний лікар». Розвиток карієсу в ранньому дитинстві є дуже важливою проблемою охорони здоров'я в США. У Північній Кароліні програма профілактики карієсу починає здійснюватися з народження дитини до його 35-місячного віку [12]. В цій програмі беруть участь педіатри та сімейні лікарі, які читають лекції, проводять спільні заняття. У 2010 році число відвідувачів таких занять з профілактики карієсу досягло понад 10 тисяч осіб. До занять були залучені і стоматологи [13].

Розсилка анкет 1,5 тис. сімейних лікарів та 1 тис. педіатрів у США з питаннями про ризики розвитку карієсу у 12-річних дітей дозволила виявити, що, по-перше, у відповідях взяли участь лише 43% сімейних лікарів та 52% педіатрів і, по-друге, що ризик виникнення карієсу у дітей становить більш ніж 90% в зв'язку з чим вони повинні відвідати стоматолога як можна раніше [380]. Дітей зі знизеним ризиком розвитку карієсу відмітили 19% сімейних лікарів та 14% педіатрів. Відсутність відповідей майже від половини опитаних сімейних лікарів та педіатрів показала, що ці спеціалісти не регулярно проводять перевірку для виявлення ранніх ознак карієсу. Рієсе зі співторами провели детальний аналіз ситуації у Північній Кароліні, оскільки ураження зубів карієсом є для дітей Америки найбільш частим захворюванням серед загальної патології. Тому сімейні лікарі, які мають контакт з дітьми, які не відвідують дитячі організовані колективи (дитячий садок) можуть відігравати важливу роль у попередженні карієсу та контролі стану зубів та пародонта в сім'ях, які знаходяться під їх патронатом. Перевірка ефективності їх діяльності показала, що педіатри цілком можуть виявляти стоматологічні захворювання та своєчасно направляти дітей до стоматолога.

Сімейним лікарям у США належить головна роль у попередженні стоматологічних захворювань – карієсу, захворювань пародонта, малігнізації уражень слизової оболонки порожнини рота

тощо [14]. Це, як вважають автори, робить сімейних лікарів історично відповідальними за покращення здоров'я порожнини рота усіх американців.

Вибіркове опитування батьків 155 дітей та підлітків в Англії дозволило встановити, що у 15% випадків ураження зубів було виявлено лікарями загальної (сімейної) практики при скаргах на зубний біль. Його лікували аспірином, антибіотиками. Це показало, що часто діти терплять біль тижнями, а тому батьки не звертаються за спеціалізованою допомогою. В зв'язку з цим лікарям загальної практики було рекомендовано особливо звертати увагу на стан зубів у дітей та підлітків [19].

У Великій Британії «Національна програма здоров'я» наказує лікарям загальної практики виділяти в загально медичних проблемах догляд за особами похилого віку та звертати увагу на сухість у них слизової оболонки порожнини рота та наявність ксеростомії, оскільки це погіршує якість їхнього життя [26, 28]. У випадках необхідності їм слід залучати лікарів-стоматологів до вирішення подібних проблем у старечих пацієнтів.

У Італії спільна діяльність лікаря загальної практики та стоматолога передбачена у боротьбі з раком слизової оболонки порожнини рота [29]. Його раннє виявлення дозволяє у 90% випадків продовжити життя на 5 років. Вважається, що саме ці лікарі повинні проводити ранню діагностику рака слизової оболонки порожнини рота. Вони зобов'язані інформувати населення про фактори ризику, звертати увагу на стан порожнини рота у курців після 40 років. Це буде сприяти більш ранній інструментальній діагностиці та продовженню життя.

В Нідерландах значна увага лікарів-стоматологів та сімейних лікарів звернута на лікування крайніомандібулярних захворювань, у тому числі бруксизму [17, 23]. В таких випадках лікування рекомендовано проводити із залученням широкого кола фахівців, включаючи фізіотерапевтів, психологів, ортодонтів, щелепно-лицевих хірургів.

Таким чином, у доступній нам літературі ми не знайшли повідомлень про сімейних лікарів-стоматологів, їх функції та підготовку, що дозволяє зробити висновки про спеціалізовану стоматологічну допомогу в зарубіжних країнах та вирішенні деяких стоматологічних проблем лікарями загальної (сімейної) практики, в основному, з профілактики стоматологічних захворювань. Разом з тим, завдяки успішному реформуванню стоматологічної служби з орієнтацією, у першу чергу, на первинну медико-санітарну допомогу, в ряді розвинутих країн світу досягли значних успі-

хів в покращенні стоматологічного здоров'я населення. Так, в країнах Скандинавії наприкінці 70-х років поширеність карієсу наближалась до 100%. КПВ у групі 12-річних дітей становив 10,0-11,0, а у 1995 р. КПВ серед тієї ж вікової групи становив: у Фінляндії – 1,4; в Данії – 1,0; в Швеції – 1,5. Поширеність карієсу у 1995 році в цій віковій групі у Фінляндії становила 20%, в Норвегії – 40% [25].

Становлення та розвиток інституту лікаря-стоматолога загальної практики в системі охорони здоров'я України. Стоматологічний персонал є важливішою складовою в системі лікувально-профілактичної допомоги населенню. Від якості підготовки лікарів-стоматологів залежить її доступність та якість охорони здоров'я [17, 20]. Тому протягом багатовікової історії розвитку зуболікарської допомоги та стоматології в світі також постійно удосконалювалася система підготовки персоналу для цієї галузі медицини. Вища стоматологічна освіта в Україні, як і інших країнах пострадянського простору, розвивалася у вигляді оригінального напрямку радянської стоматологічної школи, якій була притаманна тісна інтеграція медицини та стоматології як її складової. Лікар-стоматолог, за міжнародним визнанням, був підготовлений значно краще за загально медичними дисциплінами у порівнянні з дантистом «західного зразка». Однак проблеми у підготовці стоматологів були (одна з них – невизнання диплому лікаря-стоматолога у більшості країн світу), а, відповідно, завдання щодо подальшого удосконалення стоматологічної освіти актуальні і донині. За ініціативи професора О.І Дойнікова, декана стоматологічного факультету Московського медичного стоматологічного інституту і віце-голови Експертного Комітету ВООЗ у 1962 році був підготовлений ключовий для стоматологічної освіти документ “Dental Education” [WHO TRS 244, 1962]. Актуальними в контексті нашого дослідження є деякі, серед інших, основні рекомендації, визначені цим документом, зокрема:

- забезпечення взаємозв'язку стоматологічної освіти та потреби населення в стоматологічній допомозі;
- підготовка стоматолога загальної практики;
- орієнтація стоматолога на профілактику.

В зв'язку з рекомендаціями ВООЗ щодо орієнтації стоматологічної освіти на суспільство особливе значення, на наш погляд, має предмет «комунальна стоматологія». Серед питань, які включає цей розділ, поряд з проблемами стоматологічного здоров'я в суспільстві та шляхів їх вирішення, організації стоматологічної служби в

країні, методів епідеміологічних досліджень, є такі, як методи стоматологічної просвіти населення та профілактична стоматологія.

В країнах СНД до теперішнього часу не ліквідована важлива проблема підготовки головної ланки ефективної стоматологічної допомоги населенню, на думку П.А. Леуса, - лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики [16]. Він рекомендує ввести предмет «поліклінічне комплексне лікування пацієнтів», який би включав профілактику, консервативну терапію, амбулаторну оральну хірургію та ортопедичне лікування.

В Росії впровадження та розвиток загальної практики розпочато з 1995 року. Важливе значення мало створення офіційної документальної бази. На теперішній час, за даними Юдіної Н.А. [29], ведеться розробка федеральної цільової програми «Загальна лікарська (сімейна) практика стоматологічної допомоги населенню» [31, 33].

Дільнично-територіальний принцип лікарської допомоги, який існував у радянській охороні здоров'я з 1925 року, супроводжувався проведенням диспансеризації у стоматолога пацієнтів із соматичною патологією, котра організаційно дозволяла проводити і сімейну диспансеризацію. На основі цього сформувався досвід використання стоматолога як сімейного лікаря. У системі сімейної диспансеризації особливо ефективним виявилось проведення профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки [15, 16].

Найбільш гостро проблема створення інституту лікаря-стоматолога загальної практики постала при наданні стоматологічної допомоги сільському населенню. Кризисний стан російської економіки кінця 80-х років минулого століття продиктував необхідність приймати належні міри по розвитку ресурсозберігаючих технологій та створенню більш економічної моделі надання стоматологічної допомоги сільському населенню [7, 9].

Сімейна стоматологія – це форма організації стоматологічної допомоги дорослим і дітям, побудована за принципом сімейного лікаря. Сімейний стоматолог – спеціаліст, який широко орієнтований в основних стоматологічних спеціальностях, може надавати багатопрофільну амбулаторну допомогу при найбільш поширених захворюваннях та невідкладних станах. Статус сімейного лікаря-стоматолога є оптимальним для проведення профілактичних заходів усім членам сім'ї, незалежно від статі та віку. Він має широкі можливості надавати наступні послуги з профілактики стоматологічних захворювань [23]:

- оцінити індивідуальний ризик, тобто визначити звички та умови, що містять ризик для органів та тканин порожнини рота і організму в цілому;
- надати практичну пораду членам сім'ї щодо усунення чинників ризику;
- виявити стоматологічне захворювання на ранній стадії його розвитку;
- скористатися консультаціями вузьких спеціалістів (ортодонт, імплантолог тощо) та при необхідності провести сумісне лікування стоматологічного захворювання.

У повідомленні російських колег [25, 26] підведений підсумок динамічного спостереження впродовж двох років за станом здоров'я дітей та членів родин з проведенням санації порожнини рота, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів. Дослідження показало, що позитивна атмосфера прийому у одного спеціаліста створила якісно інший психологічний клімат, що підвищило інтерес до профілактичних бесід та навчання заходам гігієни порожнини рота, усуненню страху перед стоматологічним лікуванням та збільшенню довіри до лікаря-стоматолога. Це сприяло засвоєнню гігієнічних навичок та їх закріпленню.

Соціально-сімейний підхід до практики стоматології дозволяє перейти від пасивної медичної профілактики з орієнтацією на хворобу до формування у «родини-пацієнта» активної позиції, спрямованої на збереження здоров'я [268, 269]. При цьому зростає роль середнього медичного персоналу щодо забезпечення форм медико-соціального патронажу у сучасних умовах.

Використання індивідуальної програми з метою гігієнічного виховання за сімейної диспансеризації дозволяє створювати сприятливий психологічний клімат для гігієнічного виховання в сім'ї. Однак при цьому у стоматолога одночасно має проводитися санація порожнини рота всієї родини. Сімейна диспансеризація може стати основою профілактики та лікування стоматологічних захворювань, у тому числі захворювань пародонта [27]. Останнє було доведено на підставі результатів генеалогічного аналізу 26 родоходів.

Для післядипломної підготовки лікаря-стоматолога загальної практики – сімейного, на думку Сагіної О.В. [29], необхідно планувати наступне:

1) розвиток основ та методів професійної підготовки і підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів для загальної лікарської (сімейної) практики з урахуванням первинної стоматологічної допомоги для удосконалення освітніх програм та

впровадження нових технологій;

2) розробку методичних підходів та системи підготовки викладацького складу із загальної лікарської (сімейної) практики та їх реалізацію;

3) розробку та формування системи професійної підготовки сестринського персоналу (у тому числі з вищою освітою) для загальної лікарської (сімейної) практики,

4) розробку системи освітніх стандартів для післядипломної підготовки спеціалістів в області загальної лікарської (сімейної) практики та порянок їх введення в дію);

5) удосконалення навчальних та навчально-методичних матеріалів із загальної (сімейної) практики для загальноосвітнього процесу та використання у практичній діяльності;

6) розробку та апробацію системи (програми, процедури тощо) атестації, сертифікації та ліцензування лікарів-стоматологів загальної практики (сімейних лікарів) та сестринського персоналу;

7) типовий трудовий договір для лікаря-стоматолога загальної практики (сімейного лікаря).

Проведення такої підготовки лікарів-стоматологів загальної практики (сімейних) дозволить сформуванню «прошарок» найбільш перспективних спеціалістів для надання первинної лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги [21].

На думку Образцова Ю.Л. [26], підготовка сімейного лікаря-стоматолога у період навчання у вузі нереальна, оскільки випускник, який отримав спеціальність лікаря-стоматолога загального профілю, не готовий до виконання багатограних функцій сімейного стоматолога. Однією з форм підготовки таких спеціалістів може стати навчання в клінічній ординатурі за спеціальною програмою, у складі якої повинні взяти участь провідні вчені-стоматологи. Поетапне рішення проблеми сімейного лікаря-стоматолога може полягати в наступному:

- визначення цілей та завдань підготовки;
- розробка кваліфікаційних вимог;
- визначення змісту навчання;
- складання програми та навчального плану;
- наукова розробка форм діяльності на основі клінічного та організаційного експерименту.

Формування лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики за російською моделлю [1] пропонується вести двома шляхами. По-перше, виховання та навчання у вищому навчальному стоматологічному закладі, по-друге, післядипломна підготовка лікарів-стоматологів, які мають певний стаж роботи. При цьому підготовка спеціаліста повинна бути спрямована на те, щоб

лікар-стоматолог загальної (сімейної) практики повинен володіти лікарськими маніпуляціями терапевтичного профілю, тобто вмінню надавати кваліфіковану стоматологічну допомогу дорослим та дітям при найбільш поширених стоматологічних захворюваннях та проводити основні (базові) лікарські лікувально-діагностичні заходи (надавати первинну стоматологічну допомогу при суміжних захворюваннях та невідкладних станах), а також володіти методами формування здорового способу життя родини та неухильно дотримувати вимоги лікарської етики та деонтології при проведенні серед населення лікувально-діагностичних та профілактичних стоматологічних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах та вдома.

При підготовці лікаря-стоматолога слід враховувати, як вважають автори [11, 15, 23], що загальна практика – це область недиференційованої медицини. Добре підготовлений лікар-стоматолог загальної практики повинен бути в змозі самостійно забезпечити надання стоматологічної допомоги близько 80% пацієнтів, які звертаються в стоматологічні заклади амбулаторного типу, що значно знижує потреби у вузьких спеціалістах на цьому етапі надання стоматологічної допомоги.

Якщо сімейний лікар-стоматолог володіє основними терапевтичними, пародонтологічними, хірургічними та ортопедичними навичками, то практично він зможе задовільними 80-90% всієї потреби населення у стоматологічній допомозі. Однак слід враховувати одну з актуальних проблем для сімейної стоматології – надання стоматологічної допомоги членам родин похилого та старечого віку та інвалідам. Потреба у стоматологічному лікуванні нетранспортабельних членів родин становить 100%. Єдиним виходом з цієї ситуації, на думку авторів [14, 16, 25], є обслуговування вдома сімейним лікарем-стоматологом, кваліфікація якого дозволяє провести обстеження хворого, обґрунтувати діагноз, скласти план лікувальних заходів, здійснити усі невідкладні заходи та санацію порожнини рота у повному обсязі. При здійсненні діяльності в межах компетенції сімейного лікаря-стоматолога у самого спеціаліста обов'язково повинна бути внутрішня потреба та матеріальна зацікавленість в даному виді стоматологічної допомоги.

В Росії, де впроваджена система обов'язкового медичного страхування, нормативно-правові документи сьогодні характеризуються гнучкою системою оплати праці в залежності від якості та її обсягу, що дозволяє утримувати висококваліфікованих фахівців та стимулювати досягнення

ними певних показників [14]. Адміністрація медичного закладу має право зберегти в якості основи базову (гарантовану) заробітну платню за Єдиною тарифною сіткою та порядок виплат стимулюючого характеру: визначати та встановлювати самостійно збільшуючи – при покращенні показників якості праці та знижуючи – за наявності зауважень експертних служб страхових компаній та медичних закладів на якість медичних послуг, обґрунтованих скарг пацієнтів, дисциплінарних зисків. Це дозволяє, як стверджує В.Д.Вагнер, 2003 [16], керівникам медичних закладів спиратися на сучасні ринкові механізми управління. Таким чином, заробітна платня лікарів-стоматологів, які працюють за сімейним принципом в умовах обов'язкового медичного страхування, може бути диференційованою: за Єдиною тарифною сіткою та індивідуальною додатковою за результатами роботи за місяць [4].

Досвід стоматологів Російської Федерації, в певній мірі регламентований постановою Уряду РФ «Про програму державних гарантій надання Російської Федерації безоплатної медичної допомоги» від 24.07.2001 р. № 550, свідчить, що модель розвитку стоматологічної допомоги на принципах сімейної медицини може розглядатися як найбільш ефективна та економічно вигідна форма лікування та профілактики стоматологічних захворювань, яка може використовуватися не тільки державними медичними закладами, а й приватними медичними структурами [18].

В організаційному аспекті початок становлення інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики в Російській Федерації відраховується з видання наказу МОЗ РФ «про поетапний перехід до надання первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря)» від 26.08.92 г. №237, де в розділі кваліфікаційних вимог до лікаря загальної практики до п.11 включено стоматологічні захворювання та визначена необхідність лікувально-профілактичних заходів в обсязі первинної медичної допомоги, а у п. 14 відображено обсяги необхідних знань в межах загальної стоматології. Однак така постановка питання не дозволяє надавати висококваліфіковану стоматологічну допомогу, яку в змозі надати тільки лікар-стоматолог сімейний.

В Україні посада лікаря-стоматолога загальної практики прийнята у 2005 році. Але питання повноважень та фінансування потребують подальшого опрацювання. При цьому змістовне наповнення функції посади лікаря-стоматолога загальної практики «сімейною медициною» до

теперішнього часу не визначено.

Лікар-стоматолог загальної практики — найбільш придатний варіант організації первинної стоматологічної допомоги, реалізації принципів диспансеризації, втілення принципів первинної та вторинної профілактики [11].

В Україні мають місце лише поодинокі приклади впровадження засад «сімейної стоматології», які досі носять експериментальний характер та не мають юридичного закріплення. Так, 10 червня 2002 року, у рамках реалізації проекту партнерства Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я "Одеса-Боулдер", було відкрито Клініку сімейної стоматології Одеського державного медичного університету. Це був один із перших заходів, спрямованих на виконання Указу Президента України щодо реалізації розробленої Міністерством охорони здоров'я України програми профілактики і лікування стоматологічних захворювань (2002). У пошуках нових форм організації стоматологічної допомоги, перш за все — дітям і підліткам м. Одеси, учасники проекту зупинилися на моделі сімейної стоматології, за якої один висококваліфікований лікар-стоматолог надає відповідну допомогу людям, які мешкають на обслуговуваній території, незалежно від їхнього віку. Було розпочато впровадження адаптованої до конкретних соціально-економічних умов регіону "Програми профілактичних заходів у сімейній стоматології", нею передбачалися розвиток і впровадження первинної профілактики основних стоматологічних захворювань, починаючи з внутрішньоутробного періоду формування зубощелепної системи, з використанням сучасних стоматологічних технологій і матеріалів. Відкриття Клініки сімейної стоматології дало змогу організувати надання стоматологічної допомоги населенню міста на засадах сімейної медицини; розпочати реалізацію профілактичних

програм щодо запобігання стоматологічній патології; започаткувати відпрацювання організаційної моделі інтегрованої стоматологічної допомоги населенню на засадах сімейної медицини. Організоване на базі клініки післядипломне навчання сприяло впровадженню у практику найсучасніших стоматологічних технологій і матеріалів, розроблених у США, Чехії та Одеському національному (на той час державному) медичному університеті.

Висновки

В світовій практиці накопичено значний досвід функціонування інституту лікаря загальної (сімейної) практики, який дозволяє вирішувати стоматологічні проблеми в обсязі профілактичної роботи та просвітницької діяльності. Водночас повністю відсутній інститут сімейного лікаря-стоматолога. Наприкінці 80-х років минулого століття у радянській охороні здоров'я організаційні основи диспансеризації при наданні стоматологічної допомоги дозволили в окремих містах успішно здійснювати принцип використання стоматолога як сімейного лікаря. Найбільш активно цей процес відбувається в країнах східного сусідства, зокрема, РФ, Казахстані, де ведеться становлення інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики. Актуальними залишаються принципово важливі питання для подальшого розвитку інституту лікаря-стоматолога загальної (сімейної) практики, і насамперед, підготовки спеціаліста та його сертифікації. Нові економічні умови, за яких з'являються позабюджетні стоматологічні заклади та платні медичні послуги, збільшення обсягу підготовки лікарів-стоматологів у ВМНЗ на контрактних умовах, у тому числі, визначають необхідність наукового обґрунтування концепції подальшого розвитку та впровадження в охорону здоров'я України інституту сімейного лікаря-стоматолога.

СТАНОВЛЕНИЕ ИНСТИТУТА ВРАЧА ОБЩЕЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В СТОМАТОЛОГИИ: ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ

Антоненко М.Ю.

Резюме. В статье приведены опыт решения проблем стоматологии, прежде всего, профилактического направления в системе общей практики / семейной медицины.

Ключевые слова: профилактика стоматологических заболеваний, общая практика / семейная медицина, семейная стоматология

THE INSTITUTE PHYSICIANS (FAMILY) DENTISTRY PRACTICE: EXPERIENCES AND CHALLENGES

Antonenko M.

Abstract. The article presents the experience of solving problems of dentistry, especially preventive orientation in the system of general practice / family medicine.

Key words: prevention of dental diseases, general practice / family medicine, family dentistry.