

ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ.

Дискусія

О.В. Павленко¹, О.М. Вахненко²

¹Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДЗ «Центральна стоматологічна поліклініка МОЗ України», м. Київ

В Україні триває реформування системи охорони здоров'я. Прийнято Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», видано цілий ряд наказів МОЗ. Підготовлено проекти та відбувається громадське обговорення ряду нових нормативно-правових документів, зокрема Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», нових санітарних правил та норм в амбулаторно-поліклінічних закладах стоматологічного профілю. В обговоренні цих документів бере активну участь та надає свої пропозиції Асоціація стоматологів України. Ми неодноразово звертались до Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України, Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України, керівництва МОЗ України з пропозиціями щодо напрямків та шляхів реформування надання стоматологічної допомоги. На жаль, концепція її реформування, місце та роль стоматологічної допомоги в новій системі охорони здоров'я до цього часу не визначені.

У щорічному Посланні Президента України В.Ф. Януковича до Верховної Ради України «Модернізація України – наш стратегічний вибір» зазначається, що основними кроками на шляху реформування системи охорони здоров'я в Україні мають бути наступні:

- розроблення нормативної бази реформування, зокрема чітке нормативне закріплення розмежування первинного, вторинного і третинного рівня надання медичної допомоги;
- розроблення та ухвалення Національного проекту «Здорова нація»;
- запровадження реформування системи охорони здоров'я в трьох пілотних регіонах (у Донецькій, Дніпропетровській та Вінницькій областях);
- удосконалення механізмів фінансування системи охорони здоров'я та раціонального використання ресурсів;
- удосконалення організаційно-функціональної структури системи охорони здоров'я;
- підвищення якості медичного обслуговування;
- забезпечення профілактичного спрямування охорони здоров'я та переорієнтування традиційної системи охорони здоров'я на посилення її профілактичної складової.

Пропонуємо наше бачення реформування системи стоматологічної допомоги в Україні. Представлені пропозиції обговорені та отримали підтримку на розширеному засіданні групи експертів Координаційної Ради МОЗ України з питань стоматології 2 березня 2011 року (м. Вінниця), на спільному розширеному засіданні Координаційної Ради МОЗ України з питань стоматології та правління Асоціації організаторів стоматологічної служби України 7 жовтня 2011 року (м. Біла Церква), на спільних засіданнях Координаційної Ради МОЗ України та Координаційної Ради Асоціації стоматологів України 4 квітня 2012 року, 21 лютого 2013 року (м. Київ) та 29 травня 2013 року (м. Харків).

В Україні на 01.01.2013 р. функціонує потужна мережа медичних стоматологічних закладів, до яких належать 270 самостійних стоматологічних поліклінік та 4 336 стоматологічних відділень (кабінетів) у багатопрофільних медичних закладах. У комунальних та державних медичних закладах працює 21 680 лікарів стоматологічного профілю всіх спеціальностей, у приватних – 6 518. За кількістю лікарів та відвідувань пацієнтів стоматологія займає друге місце серед усіх медичних спеціальностей після терапевтичних.

Проведений останніми роками моніторинг говорить про дуже високий рівень стоматологічної захворюваності населення України, який значно перевищує такий в країнах Європи. Поширеність карієсу зубів тимчасового прикусу у 6-річних дітей становить 87,9 % (в країнах Євросоюзу – 20 %) при інтенсивності ураження КПВЗ – 4,6; поширеність карієсу зубів постійного прикусу у 12-річних дітей – 72,3 % при інтенсивності ураження КПВЗ – 2,75 (в країнах Євросоюзу – 1,5). Поширеність хронічного катарального гінгівіту серед дітей віком 12–15 років становить в середньому 70–80 %, сягаючи в окремих регіонах 95–98 %. Простежується чітка тенденція до зростання захворюваності карієсом та захворюваннями пародонту, особливо у дітей. Це ж стосується і зубо-щелепних аномалій, поширеність яких у дітей та підлітків віком 7–18 років перевищує 60,0 %.

Комунальні та державні медичні стоматологічні заклади надають стоматологічну допомогу переважно соціально незахищеним верствам населення, дітям, проводять планову профілактичну роботу. Існує цілий ряд регіонів, де мало розвинута приватна стоматологія, наприклад у сільській місцевості, а в багатьох аграрних районах її взагалі немає. Обсяг стоматологічної допомоги пільговим категоріям населення (діти, пенсіонери, ветерани, інваліди, учасники ліквідації аварії на ЧАЕС тощо) у комунальних та державних медичних закладах становить близько 60 % від загального обсягу допомоги. Пільгове зубне протезування та зубне протезування соціально незахищеним верствам населення надається виключно у комунальних та державних закладах.

Окремо стоїть питання надання стоматологічної допомоги дітям до 18 років, яка, відповідно до чинного законодавства, повинна бути безоплатною. Планова профілактична робота, що має проводитись, передусім, у організованих дитячих колективах, виконується силами виключно комунальних та державних медичних закладів.

Відповідно до штатних нормативів, встановлених наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33, посади лікарів для надання стоматологічної допомоги населенню в центральних районних поліклініках сільських районів, поліклініках (амбулаторіях) міст і селищ міського типу з чисельністю населення до 25 тис. чоловік встановлюються з розрахунку: 0,30 посади лікаря-стоматолога, лікаря-стоматолога-хірурга (сумарно) на 1000 населення та 0,25 посади лікаря-стоматолога дитячого, лікаря-стоматолога-ортодонта (сумарно) на 1000 дитячого населення.

Як показує аналіз співвідношення кількості посад лікарів стоматологічного профілю та населення, в ряді сільських районів такий показник значно відрізняється від норматив-

ного (так, в деяких районах Херсонської області він становить від 0,04 до 0,1, Вінницької області – 0,1, Миколаївської області – 0,09, Рівненської області – 0,11).

Така ситуація склалася через те, що стоматолог відсутній на первинній ланці, посади лікарів-стоматологів не передбачені у структурах первинної медико-санітарної допомоги. При переведенні існуючих посад до структур вторинної ланки частина з них була втрачена. Окрім того, в ряді випадків керівниками закладів охорони здоров'я допускається необґрунтоване перепрофілювання посад лікарів стоматологічного профілю на лікарські посади інших спеціальностей.

У період 2011–2012 р. на підставі Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» всі посади лікарів-стоматологів були виведені із структур первинного рівня та передані закладам вторинного рівня.

Стоматологічні кабінети на первинному рівні продовжують функціонувати, але фінансуються з бюджету вторинного рівня, і лікарі-стоматологи перебувають у штаті закладів вторинного рівня. Це призводить до певних проблем в оплаті витрат на стерилізацію матеріалів, технічного обслуговування обладнання, оплаті роботи електриків, слюсарів тощо та розрахунків за комунальні платежі. Крім того, у сільській місцевості лікарі-стоматологи втратили пільги, які передбачені чинним законодавством для медичних працівників сільської місцевості. У молодих спеціалістів відсутня мотивація для роботи в сільській місцевості: порівняно із заробітною платою лікарів сімейної медицини 3–6 тис. грн, у стоматологів, багато з яких працюють на 0,75 посади, вона становить 850–1200 грн. Стоматологічне обладнання цієї ланки зношене на 80–90 % і перспективи його оновлення відсутні. Враховуючи ці проблеми, багато посад стоматологів у сільській місцевості залишаються вакантними. Окрім того, переважна більшість сільських лікарів-стоматологів мають похилий вік (старше 60 років).

У 2013 р. при створенні госпітальних округів визначається місце та структура стоматологічної допомоги вторинного рівня. Основний напрямок – об'єднання стоматологічної служби у стоматологічні центри, що мають мережеву структуру.

Досвід реформування стоматологічної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві показав, що вона повинна надаватись на первинному, вторинному та третинному рівнях. Стоматологічні заклади вторинного рівня повинні здійснювати організаційно-методичне керівництво стоматологічними кабінетами первинного рівня.

Потребує чіткого визначення гарантований рівень безоплатної стоматологічної допомоги.

Слід розробити та затвердити у відповідному порядку перелік видів стоматологічної допомоги, ціни на які повинні регулюватись державою, що забезпечить доступність такої допомоги для населення. Крім того, необхідно розробити та затвердити методику розрахунку цін та тарифів, вартісні показники видів стоматологічної допомоги.

Окремої уваги потребує стоматологічна допомога первинного рівня. На первинному рівні в обов'язковому порядку повинен бути стоматологічний кабінет, де має працювати лікар-стоматолог загальної практики (як варіант – приватний підприємець з ліцензією на медичну практику згідно з чинним законодавством). Лікар має право отримувати бюджетні кошти відповідно до виконаної роботи за надання стоматологічної допомоги в межах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, допомоги дітям та окремим пільговим категоріям населення у визначеному обсязі (про-

цедура оплати проводиться відповідно до чинного законодавства про державні закупівлі).

Необхідно включити стоматологічну допомогу до первинної медичної допомоги та ввести стоматологічні кабінети з посадами лікарів-стоматологів на рівні первинної медичної допомоги. У стоматології, відповідно до кваліфікаційних характеристик, вже є лікарі первинної ланки (лікарі-стоматологи) та вторинної ланки (лікарі-стоматологи терапевти, хірурги, ортопеди, ортоданти, дитячі), що надають спеціалізовану стоматологічну допомогу.

На вторинному рівні лікарі стоматологічного профілю мають працювати в медичних стоматологічних центрах, некомерційних, неприбуткових підприємствах, в які реорганізуються медичні стоматологічні заклади. Стоматологічні відділення та окремі кабінети багатопрофільних медичних закладів також мають бути включені до складу відповідних структур як підрозділи. Підприємства, як і приватні стоматологічні структури, можуть отримувати бюджетні кошти за виконання відповідного державного замовлення відповідно до чинного законодавства про державні закупівлі (надання стоматологічної допомоги в межах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, допомоги дітям та окремим пільговим категоріям населення у визначеному обсязі).

У Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» медична допомога у стоматолога фігурує лише в статті 35-2 «Вторинна (спеціалізована) медична допомога»: «Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показів надається безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладені договори про медичне обслуговування населення, у разі звернень пацієнтів до акушер-гінеколога, стоматолога, педіатра та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які знаходяться на диспансерному обліку у закладі охорони здоров'я вторинного рівня, а також у разі необхідності надання екстреної медичної допомоги».

Стоматологічна служба має свої особливості, відмінні від інших медичних спеціальностей і, фактично, функціонує як окрема підгалузь охорони здоров'я, що відповідає практиці більшості європейських країн.

Мета реформування: проведення організаційно-економічної перебудови в підгалузі системи охорони здоров'я – стоматології з метою наближення організаційних принципів роботи до таких, що існують в провідних європейських країнах, що дасть можливість покращити показники стоматологічної захворюваності, посилити профілактичну спрямованість при збереженні принципу доступності населення до основних видів стоматологічної допомоги.

Пропонуємо внести відповідні зміни в Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я», а саме виділити стоматологічну допомогу в окремий вид медичної допомоги, яка має надаватись на первинному, вторинному та третинному рівнях. У МОЗ України триває громадське обговорення проекту Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування». Пропонуємо статтю 4 цього проекту доповнити підпунктом 7: «Зклади охорони здоров'я (спеціалізовані медичні центри), що забезпечують надання стоматологічної допомоги первинного, вторинного та третинного рівня».

Внесення запропонованих змін до законодавства відкриє шлях до подальшого розвитку стоматологічної допомоги населенню України як окремої підгалузі охорони здоров'я. Запрошуємо стоматологічну спільноту до дискусії щодо шляхів реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України.

Павленко О.В. – проф., Головний позаштатний стоматолог МОЗ України, президент Асоціації стоматологів України, директор Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Вахненко О.М. – к.мед.н., віце-президент Асоціації стоматологів України, головний лікар ДЗ «Центральна стоматологічна поліклініка МОЗ України».

Zirkontek

MILLING CENTER

CAD-CAM фрезерование каркасов из диоксида циркония



Коронки и каркасы мостовидных протезов протяженностью до 14 единиц



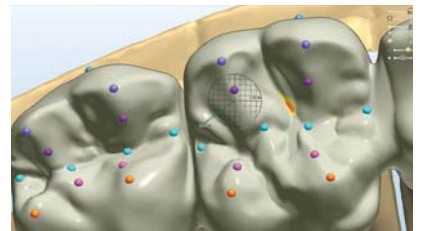
Вкладки, полукоронки, культевые вкладки



КОНСТРУКЦИИ ЛЮБОЙ СЛОЖНОСТИ



Цельноциркониевые анатомические коронки для фиксации высоты прикуса



Адгезивные мостовидные конструкции



www.zirkontek.ukrbiznes.com

(044) 451-69-95;

(044) 546-40-72



Bulk Fill

Достаточно прочный,
чтобы называться Filtek™

Реставрация? Легко и быстро с Filtek™ Bulk Fill от 3M ESPE.

Filtek™ Bulk Fill – лучшее решение, когда нужен текучий композит,
вносимый одной порцией.

- Он на 50% прочнее, чем аналоги, представленные на рынке*
- В 2 раза износоустойчивее*
- Возможность выбора формы доставки: лёгкие в использовании капсулы или шприцы
- Оранжевый цвет легко идентифицировать – и запрашивать
- Текучая консистенция материала позволяет легко добиться хорошей адаптации

*по результатам внутренних лабораторных исследований

3M ESPE. Забота о качестве.

www.3MESPE.com.ua





4

**ВОПРОСА,
КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ
ЗАДАТЬ
ПЕРЕД ВЫБОРОМ
МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА**

**НЕ СОДЕРЖИТ ЛИ
ВАШ АНЕСТЕТИК
ЛАТЕКСА?**

1–6 % всего населения планеты потенциально чувствительны к белкам, содержащимся в латексе. Такая чувствительность, связанная с применением латекса, есть не что иное, как аллергическая реакция, которая может проявляться просто в появлении сыпи, а может проявиться и в виде анафилактического шока.

**ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЛАТЕКСА – ЭТО
ПОЛНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ВАШИХ
ПАЦИЕНТОВ.**

SEPTANEST

эталон качества

Septanest with adrenaline 1/ 100 000

Septanest with adrenaline 1/ 200 000

**КАРТРИДЖИ SEPTANEST
АБСОЛЮТНО
НЕ СОДЕРЖАТ ЛАТЕКСА**

- ни картридж, ни поршень, ни крышечка не содержат природного латекса;
- ... для того чтобы обеспечить полное отсутствие белков природного латекса, компания SEPTODONT сделала важный шаг:



**SEPTANEST СОВЕРШЕННО НЕ
КОНТАКТИРУЕТ С ЛАТЕКСОМ
ВО ВРЕМЯ
ПРОИЗВОДСТВЕННОГО
ПРОЦЕССА**



CRYSTAL PHARMA
ООО «КРИСТАЛЛ ФАРМА»

г. Одесса 65055; ул. Дорожная, 25; тел.: 0 (482) 333 00 5; факс: 0 (48) 777 333 7
e-mail: info@kristall-odessa.com; www.kristall-odessa.com; www.septanest.com.ua