

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

До захисту

В.о. завідувача кафедри публічного

управління та державної служби

_____ Набока Л.В.

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

281 Публічне управління та адміністрування

28 Публічне управління та адміністрування

Виконавець

здобувач II курсу групи ЗПУА-5-23 _____ Н.М. Савельєва

Науковий керівник

к.е.н, проф. _____ В.Ф. Золотарьов

Харків – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	6
1.1 Історична ретроспектива стоматологічної допомоги населенню	6
1.2 Світовий досвід державного регулювання стоматологічної діяльності	16
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ.....	26
2.1 Нормативно-правове забезпечення системи стоматологічної допомоги.....	26
2.2 Сучасний стан діяльності закладів стоматологічної галузі в регіонах України	37
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ	46
3.1 Шляхи вдосконалення організації стоматологічних послуг для дітей та осіб похилого віку	46
3.2 Напрями вирішення актуальних питань в організації стоматологічної допомоги населенню України.....	53
ВИСНОВКИ.....	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я є ключовим елементом стратегічного управління країною в цілому. Сфера охорони здоров'я не тільки в Україні, а і в цілому світі, є одним із основних складових захисту населення, особливо в умовах воєнного стану.

Проблема забезпечення доступної для всіх громадян та якісної медичної допомоги є однією з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я, яка пов'язана з необхідністю задовольняти зростаючі потреби і очікування населення в доступній і якісній медичній допомозі з одночасним стримуванням витрат на неї.

В цьому контексті в практиці медичних закладів, а саме в лікувально-діагностичній діяльності виступає стоматологічна служба України, яка опинилася без фінансової підтримки держави. Соціально незахищені верстви населення України втрачають доступність до стоматологічної допомоги, а населення сільської місцевості на межі неможливості отримання послуг стоматологічного профілю.

Забезпечення стоматологічного здоров'я населення України сьогодні є не єдиним із головних проблем у контексті загального здоров'я громадян, але залишається важливим індикатором загального рівня добробуту та культури населення, відображаючи соціальний та економічний розвиток населення країни.

Проте, діяльність національної системи стоматологічної допомоги населенню як в теоретичній частині, так і в практичній відповідним чином не забезпечена нормативно-правовими, організаційними та фінансово-економічними засадами реалізації конституційного права громадян України на отримання гарантованого державою обсягу безкоштовної стоматологічної допомоги та дотримання стандартів стоматологічних послуг.

Одночасно з початком повномасштабної агресії Росії проти нашої країни

виникли значні виклики, які вимагають перегляду підходів до організації роботи в загальній системі охорони здоров'я, в тому числі в системі стоматологічної допомоги. Все це в умовах невизначеності актуалізує необхідність пошуку результативних та ефективних шляхів державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню, яка має ключове значення для життєдіяльності всіх верств населення, а особливо дітей, осіб похилого віку та наших оборонців.

Питаннями дослідження теоретичних-організаційних та практичних засад державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню займалися такі вітчизняні вчені, як: Н. Махінчук, К. Жуков, Б. Рогожин, С. Богату, В. Шевцов, Е. Павленко, Г. Білоклицька, О. Ашаренкова, О. Копчак, С. Черняк, О. Дорошенко, Т. Волосовець, О. Омеляненко, М. Дорошенко, О. Шепелинський, І. Мазур, І. Черненко, О. Павленко, Ю. Вороненко, Н. Левчук, Е. Діасамідзе та інших науковців.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є наукове обґрунтування теоретичних засад, розробка практичних рекомендацій щодо окреслення шляхів удосконалення державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні.

Для реалізації мети дослідження було передбачено вирішення таких завдань:

- дослідити історичні аспекти становлення стоматологічної служби в Україні;
- розкрити особливості розвитку стоматологічної діяльності у розвинених країнах світу;
- дослідити нормативно-правове забезпечення діяльності національної системи стоматологічної допомоги;
- проаналізувати сучасний стан показників стоматологічної допомоги в Україні;
- визначити основні напрями удосконалення державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню.

Об'єктом дослідження є процес становлення та розвитку системи стоматологічної допомоги в Україні.

Предметом дослідження є теоретичні та прикладні засади державного регулювання стоматологічної допомоги населенню в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження та розв'язання поставлених завдань використовувався комплекс загальнонаукових і спеціальних методів пізнання: історичний, функціональний, метод компонентного та статистичного аналізу, системний підхід. Основу дослідження становлять загальнонаукові прийоми дослідження та спеціальні методи, а саме: узагальнення і порівняльний аналіз, логіко-структурний аналіз – для розкриття понятійного апарату досліджуваної проблеми; експертного оцінювання.

Практичне значення отриманих результатів. Сформульовані у магістерській роботі теоретичні положення, висновки та пропозиції можуть бути використані: у практичній діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, у науково-дослідній – для подальших комплексних досліджень з питань державного регулювання системи стоматологічної допомоги під час реалізації медичної реформи, особливо в післявоєнний час; у навчальному процесі – у підготовці навчальних посібників і курсів лекцій у закладах вищої освіти з дисципліни «Управління сферою медичних послуг».

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

1.1 Історична ретроспектива стоматологічної допомоги населенню

В IV століття до нашої ери можна знайти свідчення щодо надання стоматологічної допомоги на теренах України. Саме про це свідчать зображення цілителя, на яких скіфський воїн лікує. На горщечку, який знайшли в кургані Куль-Оба археологи у Криму майстром тих часів було достовірно відтворено саме сцени військового побуту. На зображеннях горщику травмованим бійцям надається саме медична допомога. Деяких скіфських лікарів сьогодні ми знаємо з грецьких і латинських письмових джерел. Таким був Анахарсіс, в Афінах на згадку про якого було встановлено пам'ятник [63]. Саме до питань медичного забезпечення скіфського населення звертався історик В. Грицюк [11].

Внучкою князя Володимира Мономаха Євпраксією у XII столітті було складено лікарський poradnik, який дійшов до нашого часу. У цій книзі надається інформація щодо захворювань ротової порожнини, а також деякі поради з приводу профілактики стоматологічних захворювань у населення. В часи Київської Русі населення застосовувало рослини кропиви, подорожника та інші, а також листя липи та берези саме для припинення поширення карієсу [63].

Професор І. Мазур зазначає, що стоматологію як науку, яка під час формування у своєму розвитку пройшла декілька етапів, а саме від цілительства та народної медицини, коріння якої можна відслідкувати від часів палеоліту, а характерні риси набуває за часів Трипільської культури що документально зафіксовано в Київській Русі, до класично обґрунтованих знань наших часів [22].

Слід зазначити, що на теренах України становлення стоматології, як окремої медичної спеціальності відбувалося наприкінці дев'ятнадцятого та

початку двадцятого століття. В зазначені часи в Україні допомога населенню з питань стоматології була представлена тільки приватними зуболікарськими школами. Перші такі школи в Україні відкрилися саме наприкінці дев'ятого століття. Засновниками таких шкіл можна вважати в місті Одеса Т. Тичинського (1893 рік) та І. Марголіного (1896 рік), у місті Києві лікарів

Л. Головчинера, С. Лур'є та О. Плінера (1898 рік). Також в ці часи засновуються перші товариства по лікуванню зубів, задля побудови взаємозв'язку між лікарями-практиками та науковцями медичних.

При створенні в цей час аналогічних приватних шкіл в таких містах, як Харків, Львів, Катеринослав, переваги для викладання в них надавалася переважно фахівцям з вищою медичною освітою.

Потрібно зазначити, що у той час допомогу при лікуванні зубів надавали зубні лікарі та дантисти, які не мали освіти загально-медичну, а також, в свою чергу не вважалися лікарями. Дантисти та зубні лікарі здобували освіту за різними програмами та здавали іспити в різних закладах освіти. У дантистів, після навчання за індивідуальними програмами в приватних кабінетах зуболікування, приймали іспити комісії при університетах, а зубні лікарі, після навчання протягом 2,5 років в приватних школах, складали іспит на медичному факультеті.

Так само могли надавати допомогу в частині зуболікування одонтологи, тобто лікарі, які спеціалізувалися в питання щелепно-лицевій хірургії та мали вищу освіту [22].

Відсутність адміністративного підпорядкування та утримання амбулаторій лікування зубів – це характерні ознаки амбулаторій зуболікування для простих людей. В таких закладах, наприклад, міста Києва наприкінці XIX ст. надання безкоштовної невідкладної допомоги у лікуванні зубів відбувалося в нічні години, а роботу лікарів оплачували меценати [24].

Вже з другої половини 19 ст. сферу лікування зубів переходить під контроль земств. В той же час, відбувається розвиток вже існуючих та створення при університетах нових факультетів медицини, що в свою чергу. Все це вимагає при лікуванні зубів наявності у лікарів відповідної фахової

освіти. В свою чергу медичні університети стали відігравати особисту роль у формуванні саме професійного середовища та стали тими самими центрами професійної освіти [22].

У м. Києві, при об'єднанні приватних шкіл лікування зубів у 1919 році засновується Державний Зуболікарський Інститут з терміном навчання – 4 роки; одонтологічний факультет Київського медичного інституту з'являється вже у 1920 році, через рік – в Харківському медичному інституті та Одеському медичному інституті. Через декілька років, а саме в 1928 році відкриваються саме кафедри стоматології в інститутах вдосконалення лікарів, а саме в Київській, Харківській та Одеській областях. Саме в цей час було засновано в м. Одеса діючий й зараз Інститут стоматології, як установа Міністерства Охорони Здоров'я УРСР [5]. На нашу думку, цей період можна визначити, як процес фактичної передачі зуболікарської освіти саме до медичних факультетів університетів.

Можна зазначити, що саме радикальні зміни в освіті лікування зубів, а також в питаннях практичної допомоги зуболікування відбулися після запровадження системи охорони здоров'я М. Семашка, який відстоював можливість побудування медичної системи без принципу –і для тих, хто дає, і для тих, хто бере, вважаючи це пережитком капіталістичного ладу» [8].

Вже в двадцятому році XX століття формується державна система організації та запроваджується регулювання стоматологічної служби в Україні. [21]. Отже, законодавчими актами в цей час запроваджено зовсім нову організаційно-економічну модель стоматологічної допомоги:

- по-перше – визнання стоматологічної допомоги невід'ємною складовою медичної допомоги, що має бути заснована на таких принципах як доступність, кваліфікованість, комплексність і обов'язковість запровадження профілактики захворювань зубів;

- по-друге – реорганізація приватних клінік лікування зубів в державні заклади та безоплатність для населення при кваліфікованій допомозі населенню.

Отже, можна вважати, що з 1919 року розпочинається наступний історіографічний період саме регулювання на рівні держави процесів формування в сфері стоматологічної допомоги та розвиток наукової

стоматологічної школи, що визначається в наступному:

- стоматологічна допомога — невід’ємна складова медицини та її галузь, з використанням її наукових та практичних досягнень, а також застосування нових діагностичних, профілактичних та лікувальних методів захворювань порожнини рота;
- повне руйнування приватних лікарень та практики з застосуванням націоналізації стоматологічної допомоги населенню;
- запровадження таких принципів, як загальнодоступність, безоплатність, кваліфікованість персоналу та повна комплексність медичної допомоги;
- підпорядкованість Міністерству охорони здоров’я української радянської соціалістичної Республіки з державним регулюванням через обласні одонтологічні підвідділи та джерелом фінансування за рахунок загальних податків [21].

Таким чином, було запроваджено централізовану модель управління стоматологічної допомоги населенню, яка протрималася до кінця 80-х — початку 90-х років XX ст.. Така централізація визначала необхідність забезпечення в стоматологічних лікарнях для вирішення питань щодо раціонального використання стоматологічних кадрів наступне:

- визначення однієї стоматологічної поліклініки задля запровадження в екстрених випадках надання допомоги цілодобово у великих містах;
- поступове переведення обслуговування населення на дільницях;
- запровадження роботи поліклінік, відділень і кабінетів стоматологічної допомоги у дві зміни, а також роботи у вихідні та святкові дні за принципом чергувань персоналу [68].

Саме заборонаю приватної стоматологічної практики визначалася централізація управління стоматологічною сферою в часи колишнього радянського союзу. В цей час вживалися заходи щодо рішучих обмежень приватної стоматологічної практики з подальшою ліквідацією її в установленому порядку [22].

На нашу думку, система допомоги у стоматологічній сфері, яку Україна успадкувала від тоталітарної держави була зосереджена, при майже відсутній

профілактики, на лікуванні гострих випадків, в якій не було реагування на сучасні виклики та орієнтації на задоволення потреб споживачів послуг стоматології. Все це було породженням міфу про «безкоштовну медицину» в країні де права і здоров'я громадян зовсім не були реальним пріоритетом [63].

Можна зазначити, що Україна в 1991 році вже мала розгалужену систему стоматологічної допомоги населенню, яка розкривалася функціонуванні широкої мережі закладів стоматологічних послуг (рис. 1.1).

В свою чергу, міські та сільські рівні охорони здоров'я за своєю структурою були пов'язані саме з адміністративним поділом на райони, за чисельністю населення і т.ін. За принципом цеховим, тобто за підприємствами, або територіальним відбувалося надання лікувально-профілактичної допомоги населенню [24].

З моменту незалежності України, під час існування централізованої системи сфери стоматології, починають дозволяти, у складі обласних поліклінік стоматології, створення госпрозрахункових відділень як елементів ринкових відносин. Саме така модель управління проіснувала в нашій країні до початку двадцять першого століття [68].

Терапевтична, хірургічна та ортопедична допомога надавалася у стоматологічних поліклініках, а також стоматологічних відділеннях. В свою чергу у стоматологічних кабінетах можна було отримати терапевтичну та хірургічну допомоги. Тобто такі кабінети у складі амбулаторій, здоровпунктів на підприємствах, фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарень забезпечували прийом споживачів стоматологічних послуг за змішаним принципом.

Основними завданнями існуючої мережі стоматології можна визначити проведення наступних кроків [24]:

- 1) профілактичних заходів для збереження здоров'я зубів та ясен у населення на підприємствах, в установах, організаціях та ін.;
- 2) заходів, які спрямовані саме на виявлення захворювань на ранніх стадіях;
- 3) діагностики, профілактики та лікування та допомоги в амбулаторних умовах.

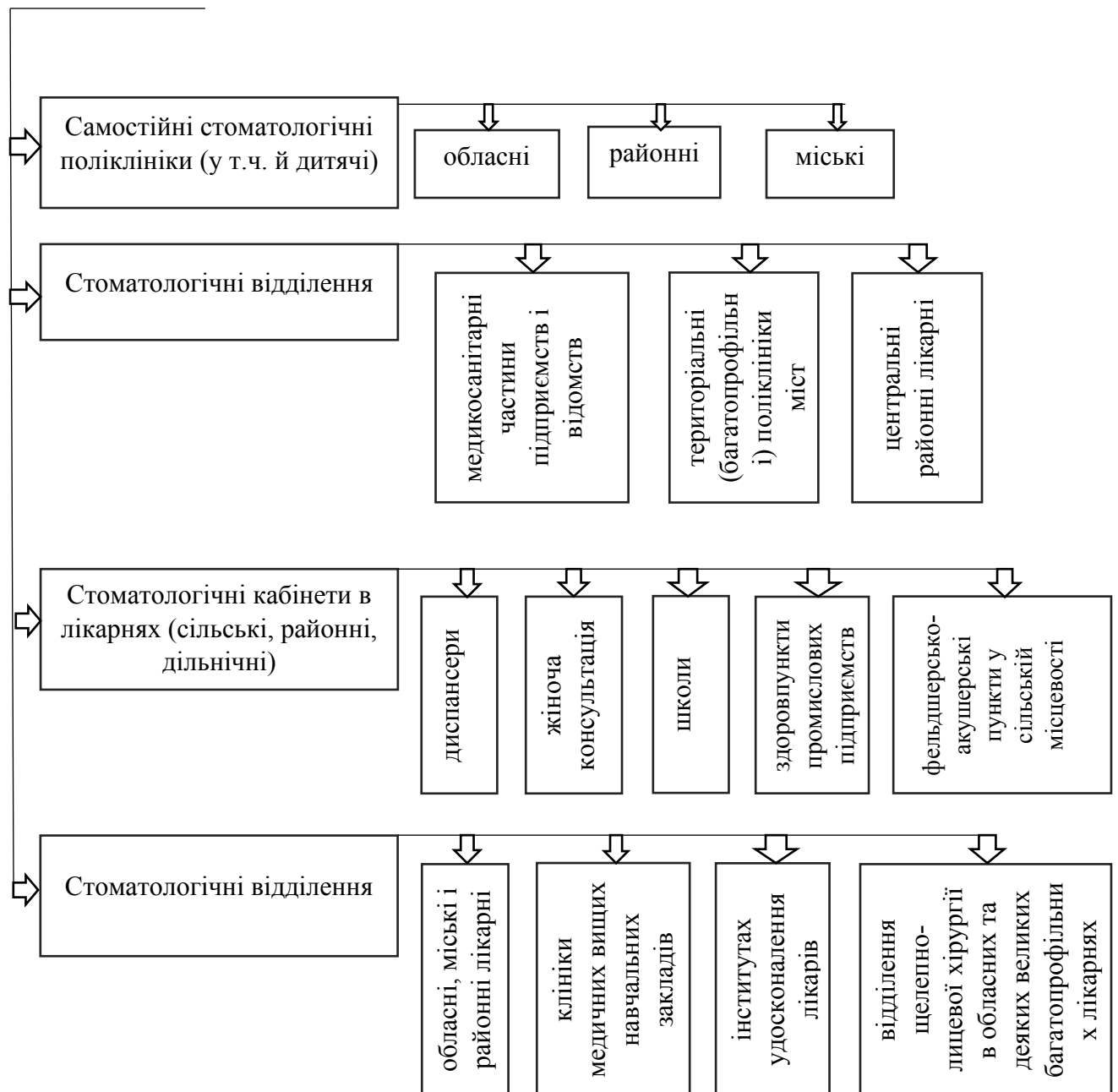


Рисунок 1.1 – Мережа стоматологічних закладів в Україні (1991 рік)

За для виконання вищезазначених завдань стоматологічна служба має охоплювати майже весь спектр діяльності, а саме від профілактики до лікування та реабілітації. Отже, діяльність стоматологічної допомоги населенню включає в себе наступне [24]:

- регулярність профілактичних оглядів в колективах задля виявлення захворювань на ранніх стадіях з одночасним їх лікуванням;

- повне обстеження порожнини рота таких категорій населення, як допризовники та призовники;
- невідкладна допомога при гострих захворюваннях і травмах порожнини рота;
- диспансерне спостереження за здоров'ям певних груп пацієнтів стоматологічного профілю;
- кваліфікована допомога при амбулаторних умовах, а також що стаціонарне лікування за потребою;
- оцінка непрацездатності хворого та видача лікарняного листа (лікарсько-трудова експертна комісія);
- реабілітаційне лікування патологій зубів та щелеп, а також протезування зубів та їх подальше ортопедичне лікування;
- проведення аналізу особливостей захворювань стоматологічного профілю, серед працівників промислових підприємств, які розташовані на території певного району з подальшим запровадженням заходів за для усунення причин захворювань ротової порожнини;
- застосування при діагностики та лікуванні ротової порожнини сучасних методів та засобів;
- проведення просвітницької роботи серед населення щодо питань здоров'я ротової порожнини, в тому числі застосовуючи громадськість, пресу, телебачення та інші засоби масової агітації;
- навчання, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

З прийняттям у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» розпочинається новий етап розвитку не тільки стоматологічної сфери, а й медичної галузі взагалі [42].

На сьогоднішній день, можна зазначити, що сфера стоматології й надалі продовжує своє функціонування за межами галузевого реформування, не дивлячись на кардинальні зміни в загальній системі охорони здоров'я України, а саме: створення підґрунтя до певної автономії комунальних та державних

закладів медицини; активізація роботи медичних асоціацій; обґрунтування діяльності приватних медичних структур первинної допомоги; запровадження підприємницьких форм діяльності медичних установ з господарських питань [34].

В галузі охорони здоров'я стоматологічна допомога населення в нашій країні відповідно до діючого законодавства є вторинною, тобто спеціалізованою, та третинною, відповідно високоспеціалізованою медичною допомогою [27]. Натомість, потрібно зауважити, що більшість лікарів стоматологічного профілю надають саме первинну допомогу з лікувань ротової порожнини. У зв'язку з цим можна зробити висновок, що наразі не має врегулювання цього питання за законодавчому рівні, а саме:

- де-юре: визнання стоматології як лікарську спеціальність;
- де-факто: повна або практична відсутність державного фінансування цієї галузі, а в свою чергу, вирішення питань щодо фінансування, переведення на госпрозрахунок та наслідок того, що вирішення питання ліквідації комунальних стоматологічних закладів залежать тільки від місцевих органів самоврядування.

На відміну від України, в більшості країн Європи близько вісімдесяти відсотків – це лікарі саме загальної практики, працюючи за принципом сімейного лікаря, а тільки 20 відсотків лікарів-стоматологів займаються спеціалізованою або високоспеціалізованою стоматологічною практикою [23].

На сьогодні в Україні можна систематизувати медичні заклади стоматології за такими критеріями, як форма власності, тип закладу та його підпорядкування (рис. 1.2).

З 2015 року розпочалися трансформаційні процеси в національній системі охорони здоров'я саме на первинному рівні, а вже з 2020 року такі процеси відбувалися й на вторинному рівні. Зі змінами механізмів фінансування у сфері охорони здоров'я частка державного сектору стоматологічної допомоги зазнала значного зменшення.

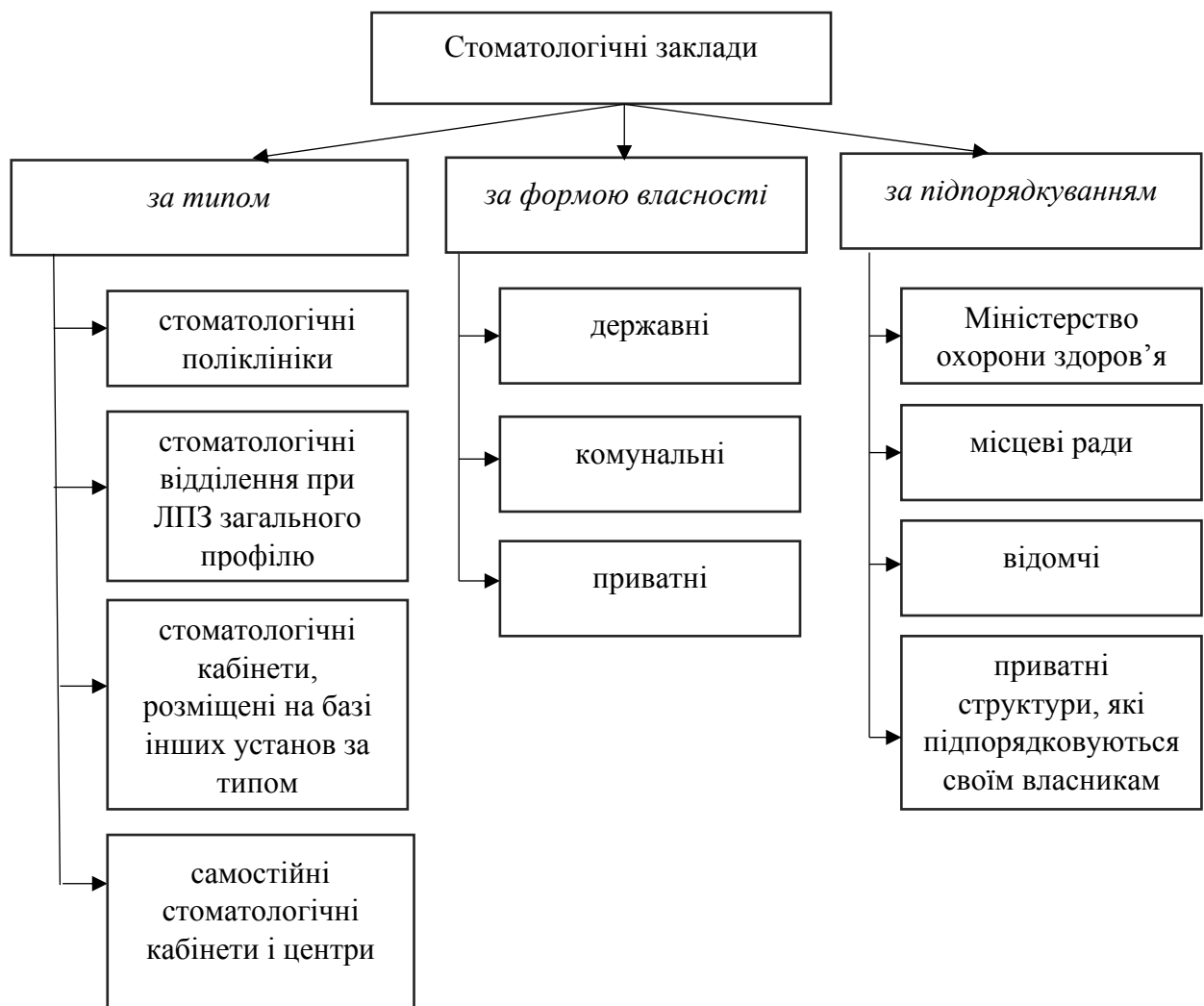


Рисунок 1.2 – Систематизація медичних закладів стоматології за критеріями

В свою чергу, це спричинило за собою процес збільшення кількості закладів стоматології в кожному регіоні України, особливо в великих містах. Якщо порівнювати 2016 та 2021 роки, то можна зазначити, що у 2021 році на тринадцять відсотків приватних стоматологічних закладів стало більше ніж у 2016 році [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Як й вище було зазначено, найбільший розвиток приватних закладів відмічався у м. Києві, містах мільйонниках, а також промислових центрах, в яких конкурентна боротьба змушує впроваджувати нові технології в практичну діяльність, відбувається постійне зростання попиту на стоматологічні послуги, що, в свою чергу, призводить до медичної інфляції, а також тиск страхових компаній по пошуку медичних баз.

З 2019 року в країні відбувається процес по зменшенню лікувально-профілактичних закладів зі стоматологічними відділеннями або кабінетами у своєму складі, які закривали питання щодо планових оглядів та санацій порожнини рота населення, що було прикріплено за цими закладами. Причинами такого процесу, на нашу думку, може бути наступне:

- по-перше – це втрата самостійності дільничних лікарень та лікарських амбулаторій у сільській місцевості через їх перехід, як структурних підрозділів, до складу центрів та закладів первинної допомоги;
- по-друге – це втрата частини медичного персоналу разом зі споживачами-клієнтами у 2019 році внаслідок коронавірусу COVID-19, а також скорочення доходів та інших причин, що спричинило припинення діяльності деяких кабінетів, невеликих приватних клінік стоматологічного напрямку.

На сьогодні медична реформа в нашій країні все більше й більше направлена на надання медичних послуг та на зменшення медичної допомоги. Це може вказувати на поступове скорочення державних соціальних зобов'язань у сфері охорони здоров'я, а особливо у стоматологічному секторі [31].

Таким чином, можна зазначити, що в Україні сьогодні функціонує сукупність закладів різних форм власності, які забезпечують профілактичну, діагностичну, лікувальну та реабілітаційну форми допомоги населенню стоматологічного напрямку. Але, муніципальні стоматологічні заклади зараз під загрозою зникнення, у зв'язку з недостатнім бюджетним фінансуванням, збільшенням вартості комунальних послуг, відтоку медичного персоналу в інші регіони країни чи взагалі за кордон, через воєнне вторгнення Російської Федерації в Україну. А це призводить до ускладнення забезпечення конституційними правами громадян України в питаннях отримання кваліфікованої, та, що не мало важливо, доступної, медичної допомоги саме на безоплатній основі.

Таким чином, вважаємо, що на фоні неналежного державного регулювання, а саме відсутності підтримки з боку державних органів влади та органів місцевого самоврядування відбувається до перерозподіл ринку послуг

стоматологічної сфери де приватний сектор витісняє дуже швидко комунальний, а «крупний» - поглинає «дрібний».

1.2 Світовий досвід державного регулювання стоматологічної діяльності

Стоматологічна галузь з кінця минулого століття почала зазнавати значного прогресу. Такі фактори, як поширення серед населення пародонтальних захворювань, технологічний розвиток при наданні стоматологічних послуг, висока зацікавленість громадян стоматологією з косметичної та лазерної направленості, а також ріст обізнаності споживачів взагалі щодо стоматології сприяють зростанню галузі. Однак потрібно зазначити, що пандемія COVID-19 залишила негативний відбиток на економіку стоматологічної сфери.

Під час пандемії COVID-19 в багатьох світових країнах почали закриватися стоматологічні заклади через введення суворих правил соціального дистанціювання. Саме стоматологічний сектор, відповідно до даних Інституту політики охорони здоров'я Американської стоматологічної асоціації, зупинив свою практику через COVID-19. На початку пандемії тільки в екстрених випадках дозволялося проводити стоматологічні практики. За розробленими вказівками, на початку весни 2020 року, Американської стоматологічної асоціації процедури, які вирішували питання рентгенографії та огляду порожнини рота, планового чищення, косметичних процедур та ортодонтичного лікування без знеболення відкладалися [16].

З метою пошуку нових ефективних шляхів по удосконаленню системи стоматологічних послуг в Україні, на нашу думку, потрібно проаналізувати досвід демократичних країн світу щодо науково-практичних підходів у визначній сфері.

Країни Європейського Союзу про наданні стоматологічних послуг використовують наразі скандинавську модель, Бісмарка, Беверіджа, південно-

європейську, східно-європейську та змішану моделі [28]. Але розподіл країн відбувається в основному за трьома групами охорони здоров'я найбільш поширеними, а саме: національна та приватна системи, страхова медицина (рис. 2.1).



Рисунок 1.3 – Класифікація країн світу з їх системами охорони здоров'я

Стоматологічні послуги у розвинених державах споживають більше 10 відсотків від усіх фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, в той же час, Україна – менше двох відсотків [61]. Тому, можна зазначити, стоматологічна медицина на світовому рівні направлена на надання стоматологічних послуг на платній основі. Тому, саме приватний, громадський чи суспільний та страховий компоненти присутні в національних системах допомоги зі стоматології в зарубіжних країнах, особливо в більшості європейських країнах.

Держави з розвинутою економікою застосовують добровільне медичне

страхування одночасно з обов'язковим. Обов'язкове страхування в двадцять восьми країнах світу включає в себе такі стоматологічні послуги, як профілактика і лікування карієсу без ускладнень. Наприклад в Англії, Італії Німеччині, Бельгії, США, Нідерландах, Фінляндії та інших країнах може діяти, наприклад, тільки обов'язкове медичне страхування та громадяни країн можуть страхуватися на умовах обов'язковості або добровільності [28].

У США, наприклад, застосовується обов'язкова умова медичного страхування. Однак, саме стоматологічні послуги громадяни США отримують майже повністю за свій рахунок й тільки 5 відсотків громадян отримують фінансування від держави на стоматологічні послуги.

Так у 2021 році сегмент стоматологічних закладів становив максимальну частку майже 70 відсотків від загального доходу. Аналітиками прогнозується, що даний сегмент буде й далі мати тенденцію до зростання [73]. Потрібно зазначити, що громадяни більше направлені на звернення до приватних стоматологічних клінік через їх економічність, наявності в них кваліфікованих спеціалістів і сучасного обладнання. Більше 80 відсотків стоматологічних закладів знаходяться у приватній власності. Однак уряд США фінансує деякі профілактичні програми [62]

За допомогою державно-приватного партнерства у США у договірній формі укладена угода між державою і приватним сектором. Останній, в свою чергу використовує власність держави та виконує функції, що є у сфері відповідальності публічної влади [66].

Уряд Канади застосовує державне фінансування та систему медичного страхування в системі надання медичних послуг. Однак в країні стоматологічні послуги надаються виключно на платній основі. Також, як й у США деякі програми профілактичного характеру стоматологічних послуг фінансуються урядом. В Канаді більше 75 відсотків громадян після п'ятнадцяти років відвідування лікаря-стоматолога здійснюють регулярно, не зважаючи на рівень сімейного доходу [29].

В таких країнах, як Великобританія, Федеративна Республіка Німеччини,

Нідерланди, Швеція, наприкінці минулого століття під час реформування стоматологічної сфери були запроваджені елементи ринкових відносин між всіма суб'єктами громадської охорони здоров'я за для вирішення певних задач з питань розмежування функції покупців і виробників послуг медицини, конкуренції виробників зазначених послуг та покупців [18].

В країнах Європейського Союзу існує певна гармонізація системи стоматологічної допомоги населенню, незважаючи на те, що кожна країна вирішує ці питання на свій розсуд. Не мало важливим є збільшення мобільності між країнами європейського простору лікарів стоматологічного напрямлення завдяки законодавству Європейського Союзу.

Також, потрібно зазначити, що завдяки спільної діяльності в Європейському Союзі була вироблена модель збалансованих показників, яка була націлена на вирішення наступних проблемних питань:

- удосконалення саме стоматологічної допомоги населенню, що включає в себе запровадження нових медичних технологій у стоматологічній сфері;
- удосконалення підвищення професійної підготовки персоналу та забезпечення якості стоматологічних послуг;
- забезпечення системи управління стоматологічної сфери прогресивними технологіями управління для проведення ефективного та якісного аналізу діяльності стоматологічних закладів, яка направлена на чотирьох учасників цього процесу (рис. 1.4).

Наразі простежується тенденція на скорочення втручання держави у країнах Європейського Союзу в питаннях надмірного національного регулювання, особливо стоматологічної сфери, а переходить до загального нагляду у сфері охорони здоров'я, тим самим знижуючи ступінь тиску на бізнес та скорочуючи витрати на утримання державного регулятора [18].





Рисунок 1.4 – Учасники діяльності стоматологічних закладів

Основна стоматологічна допомога для громадян Великої Британії надається за кошти страхування у національній службі охорони здоров'я. Тобто громадян країни 80 відсотків від вартості загальної суми стоматологічної послуги оплачують самі. Для того, щоб всі громадяни країни мали право на охорону порожнини рота, стоматологічну допомогу Великобританії було в свій час включено в систему національної служби охорони здоров'я.

З часом стоматологічні послуги стають загрозою для національної служби охорони здоров'я через велику кількість незадоволених потреб. Тому з 1951 року вводиться оплата для пацієнтів стоматологічних послуг, а питання лікарськи та громадських послуг з охорони здоров'я саме ротової порожнини залишаються все ж таки на безкоштовному рівні через первинну ланку у визначених географічно місцевих районах [77].

Громадяни країни мають право при «гострому болі» на негайне отримання стоматологічної допомоги, а також на все клінічне лікування, що, в свою чергу включає як профілактичне лікування так й встановлення коронок і мостів, але тільки за умовами саме набору доплат. Для дітей до 18 років ортодонтичне лікування також є безкоштовним.

Таким чином, населення Великобританії при отриманні стоматологічної послуги можуть одночасно скористатися державним фінансуванням й власними коштами [3].

Все ж таки безкоштовне обслуговування має місце для вагітних жінок та

жінок, які мають дітей до одного року, незаможних громадян, які користуються допомогою по безробіттю, бідності, інвалідності та інше, діти і підлітки, які ще не мають 18 років або особи до 19 років, які навчаються за очною формою навчання [26]. Все інше населення може отримати субсидовану допомогу на стоматологічну допомогу, яка, в свою чергу, поділяється на три групи:

- 1) обстеження, діагностика, профілактичну допомога та за потребою невідкладна допомога;
- 2) перелік 1 групи, пломбування, лікування кореневих каналів або екстракції;
- 3) перелік групи 2, виготовлення коронок, знімних та мостоподібних протезів [3].

У Великобританії страхування стоматологічної допомоги здійснюється за двома формами:

- 1) громадянин проводить оплату за певний пакет на надання послуг протягом року, який може включати в себе ті маніпуляції стоматологічної допомоги, які забажає пацієнт;
- 2) громадянином сплачується фіксована сума на рік й, в свою чергу, витрачається за необхідністю. В даному випадку лікарем-стоматологом для пацієнта може бути лікар-стажист або лікар-асистент стоматолога, а також навіть господар клініки приватної чи державної, чи змішаної.

Надання стоматологічних послуг у Великобританії також можна класифікувати за місцем прийому лікарів, а саме:

- 1) невеликі незалежні практики – амбулаторні послуги зі стоматології, які є більшою частиною стоматологічної діяльності;
- 2) гострі лікарні або клініки однієї спеціальності – вторинні і третинні послуги зі стоматології;
- 3) установи громад, будинки престарілих – обстеження школярів, профілактичні заходи з питань захворювань порожнини рота та надання стоматологічних послуг для пацієнтів з особливими потребами.

Уряд Великобританії веде суворий контроль щодо кількості випускників-

стоматологів, що, в свою чергу, не дає навчати та випускати більше лікарів чим замовлено державою. Так навчання лікарів-стоматологів відбувається чотирнадцяти стоматологічних школах і одному інституті удосконалення зі стоматології [76].

Країною з найбільш розвинутими напрямками медичної допомоги і найкращою у світі стоматологією вважається Німеччина. Саме стоматологічні послуги в країні надаються з використанням новітніх досягнень технічно-наукового прогресу та з індивідуальним підходом до кожного окремого пацієнта.

Також як й уряд Великобританії уряд Німеччини запровадив дві системи страхування медичних послуг:

- перша – це за обов’язкове, яку ввів Бісмарк ще в 19 столітті;
- друга – це страхування приватне або, як її ще називають, добровільне. Під кожне страхування існують відповідні переліки послуг зі стоматології з їх оціночними показниками затрат трудомісткості та матеріалів.

Близько 90 відсотків населенням Німеччини укладено договори із системою медичного страхування, тобто є членами державної лікарняної каси, яка, в свою чергу.

Потрібно зазначити, що менша кількість громадян країни, а це близько 10 відсотків, уклали договори з приватними страховими компаніями. Перелік послуг для страхування обов’язкового характеру міститься у Тарифній угоді Німеччини, а перелік послуг для добровільного страхування чи при оплаті особистих коштів населення у Положенні про тарифи лікарів-стоматологів та затверджений урядом країни [10].

Сьогодні в Німеччині за рахунок обов’язкового страхування громадяни отримують повний спектр стоматологічної допомоги з питань ортопедії, протезування, а також обстеження, контрольні заходи і т.д. та інше.

Таким чином, можна зазначити, що у Німеччині чітко регламентується нормативними актами перелік видів протезування, вартість певних лікарських маніпуляцій і необхідних витратних матеріалів та ін. [18].

У Швеції вартість страхового полюсу на стоматологічні послуги залежить від віку громадянина, наприклад, пацієнти до двадцяти років взагалі отримують послуги на безоплатній основі, а після досягнення двадцятиріччя громадянам потрібно оформляти страховий поліс на стоматологічні послуги. Оплата за послугу стоматологічній установі надходить від самого пацієнта (власні кошти) та страхової компанії. Страхування стоматологічних послуг Швеції поділяються на:

- загальне страхування, яка, відповідно, призначене для всіх громадян країни;
- спеціальне страхування визначено саме для тих громадян Швеції, яким потрібно постійно надавати стоматологічні послуги та інвалідів;
- страхування «від великих витрат» – при проведенні операцій, які потребують серйозних хірургічних втручань. Також, пацієнти стоматологічних клінік Швеції можуть завжди розраховувати на фінансову підтримку від уряду країни та зниження ціни на певні послуги.

Французька система стоматологічної допомоги має успіхи за рахунок того, що забезпечується доступність до лікування з питань стоматології для більшості населення країни, при тому, що Франція не має організованої національної стратегії щодо профілактичних заходів по захворюванням ротової порожнини або її зміцнення [3]. Покриття лікування медичним страхуванням може покривати до 70 відсотків фіксованої плати, наприклад, за предмети лікування, а пацієнтам, у яких стан визнаний хронічним, відшкодовується повністю всі затрати на лікування. Також страхові договори можуть мати бути індивідуальний або колективний характер.

На відміну від інших країн в Італії взагалі відсутня окрема стоматологічна служба. Професійною підготовкою лікарів за стоматологічною спеціалізацією вважається проходження 3-х річних курсів після навчання за загальною лікарською спеціальністю.

Громадяни Італії користуються стоматологічною допомогою переважно на платній основі, й тільки близько 8 відсотків може відшкодовуватися на

лікування державою. Також потрібно зазначити, що сума відшкодування не однакова для всіх регіонів Італії.

При наданні стоматологічних послуг населенню в Італії на платній основі відшкодування може бути з коштів фондів соціального страхування на видалення зубів (третина від вартості послуги), на пломбування зубів (третина від вартості послуги), на протезування зубів (четверта частина від вартості послуги).

Якщо розглядати розвиток медичних послуг у Польщі, то з початку потрібно зазначити, що стоматологічні послуги на 30-50 відсотків дешевші на відміну від сусідніх європейських країн. При цьому майже всі стоматологічні послуги, які надаються в Польщі є платними й тільки невелика частина їх покривається обов'язковим страхуванням національним фондом охорони здоров'я.

Повноваження вирішення питань здоров'я порожнини рота у Польщі покладено на органи галузевого управління центрального рівня (міністерство здоров'я) та на органи місцевого самоврядування. Таким чином Міністерство здоров'я займається реалізацією та фінансуванням довгострокових цільових програм, наприклад, терміном на п'ять років [75].

Громадяни Польщі мають право на гарантований державою певний перелік стоматологічних послуг, а саме:

- один раз на рік – обстеження та догляд за порожниною рота;
- три рази на рік – медичне обстеження;
- один раз на два роки – ремонт протезів на безоплатній основі,

лікування усіх зубів у таких категорій населення, як діти, вагітні і породіллі та лікування тільки передніх зубів у дорослого населення [69].

Органи місцевого самоврядування Польщі, беручі на себе відповідальність за профілактику стоматологічного здоров'я населення своєї громади забезпечують доступність безкоштовної профілактики.

В країні поширена також практика виїзду мобільних бригад з надання стоматологічних послуг до віддалених населених пунктів. В таких мобільних

кабінетах (дентобус) діти і підлітки кожного регіону країни можуть безкоштовно отримати профілактичний огляд ротової порожнини та за потреби лікування зубів. Фінансування дентобусу забезпечується через укладання договору між обласною філією Національного фонду здоров'я Польщі та обласним комунальним закладом терміном на 5 років. Запровадження таких мобільних кабінетів забезпечує поліпшення якості та доступність медичних послуг у територіальних громадах [74].

На нашу думку, польський досвід з запровадженням мобільних бригад має місце для адаптації в Україні. Однак, потрібно зазначити, що сьогодні такі кабінети вже існують в Україні для надання медичної допомоги бійцям Збройних Сил України на волонтерських засадах, також й у безпосередній близькості до фронту. Облаштування сучасним обладнанням і високоякісними матеріалами в мобільних стоматологічних кабінетах дозволяє робити як діагностику так й лікування каналів, пломбування, видалення зубів.

Водночас, у Польщі, як і більшості інших країн Європейського Союзу, відбувається процес старіння медичних кадрів або відтік молодих лікарів до країн де заробітна плата на багато більше. У зв'язку з цим виникає дефіцит дантистів не тільки у державних, а також й у приватних клініках.

Зарубіжний досвід з питань надання стоматологічних послуг надає змогу визначити основні особливості світової стоматології, а саме: доступність та мобільність при отриманні якісних стоматологічних послуг; забезпечення стоматологічних кабінетів високотехнологічним обладнанням; запровадження обов'язкового соціального медичного страхування; присутня право вибору виду медичного страхування; надання певним категоріям населення стоматологічних послуг на безоплатній основі.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

2.1 Нормативно-правове забезпечення системи стоматологічної допомоги

Під питаннями нормативного забезпечення стоматологічної допомоги населенню в Україні розглядаються встановлені рамки, політика та практика, спрямування яких направлено на забезпечення справедливого доступу громадян до послуг зі стоматологічної сфери, тобто з охорони ротової порожнини.

Потрібно зазначити, що еволюція стоматологічної допомоги на теренах України була певною мірою сформована соціально-політичним ландшафтом, зокрема після розпаду радянського простору, а зараз військова агресія та вторгнення в України з боку Росії. Тому вже багато років стоматологічне здоров'я як пріоритет громадської охорони здоров'я потерпає від проблемних питань що стосуються обмеження фінансової підтримки послуг від держави, нерівності у доступі між міськими та сільськими громадами, а також та впливу масового переміщення через конфлікт, посилюючи тим самим існуючу нерівність у ротовій порожнині.

В той же час, слід зазначити, що уряд України запроваджує нові нормативні акти з метою покращення надання якісних послуг та забезпечення професійного розвитку на постійній основі лікарів-стоматологів. Саме зазначені зміни спрямовані на стандартизацію практичних процесів та покращення якості медичної допомоги.

Проте недостатність фінансового забезпечення стоматологічних послуг, що впливає, наприклад на доступність для малозабезпечених верств населення України залишається проблемою сьогодні.

На регулятивний ландшафт стоматологічної допомоги населенню також мав міжнародний вплив. Глобальна стратегія здоров'я порожнини рота Всесвітньої організації охорони здоров'я, в свою чергу, наголошує на інтеграційних процесах в частині здоров'я порожнини рота в ширші ініціативи громадського здоров'я.

В той же час Україна намагається просуватися вперед у вирішенні вищезазначених проблем. А для цього потрібні зусилля з боку уряду, постачальників стоматологічних послуг і неурядових організацій для створення саме справедливої та доступної системи стоматологічної допомоги населенню, гарантуючи, що питання здоров'я ротової порожнини громадян є пріоритетом у національних стратегіях громадського здоров'я.

Державне регулювання на національному рівні системи стоматологічної допомоги населенню України здійснюється через Міністерство охорони здоров'я України, яке є основним органом у системі центральних органів виконавчої влади, тим самим забезпечуючи взаємодію між закладами охорони здоров'я за допомогою формування та реалізації державної політики [48].

Основними напрямками регулювання стоматологічної сфери Міністерством охорони здоров'я України є:

- розробка та узгодження загальних вимог допуску до стоматологічної діяльності;
- співпраця з Міністерством освіти і науки України в частині надання йому пропозицій і зауважень з питань розробок та затверджень профільних навчальних програм;
- здійснення нагляду за дотриманням законодавства в стоматологічній сфері;
- затвердження регуляторних актів та погодження в тому числі документів професійного самоврядування стоматологів тощо.

У 2009 році саме з питань стоматології було створено Координаційну раду як дорадчий орган при профільному міністерстві [56]. Такий орган було створено для забезпечення реалізації національної політики в стоматологічній

галузі, а саме для забезпечення прозорості при прийнятті управлінських рішень щодо стоматологічної сфери, запровадження, обґрунтування та супровід ключових програм з питань реформування та розвитку стоматологічної сфери з створенням певних умов для обговорень у професійного та відкритому просторі, а також надання рекомендацій та пропозицій шляхів удосконалення стоматологічної галузі [56].

З 2017 року створюється в Україні Національна служба здоров'я України з функціями спеціального органу виконавчої влади у зазначеній галузі [59]. Діяльність зазначеної служби була цілеспрямована, відповідно до виконання програм медичних гарантій, на забезпечення єдиного державного замовлення послуг медичної сфери та медикаментів.

Пріоритетом України сьогодні в медичній галузі є саме реформування сфери охорони здоров'я на що вказують більшість певних ключових документів стратегічного планування. Можна зазначити, що визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад функціонування та розвитку допомоги населенню у стоматологічній сфері допоможуть знайти шляхи надання якісних послуг з питань підтримки та відновлення стоматологічного здоров'я громадян.

В Україні сфера стоматологічної допомоги населенню регулюється такими нормативно-правовими актами, як Конституція України [17], Основи законодавства України про охорону здоров'я [33], закони України, наприклад, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**], міжнародні договори, укази Президента України, акти Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України, Стандарти медичної допомоги тощо. В свою чергу, процеси, що виникають у зазначеній сфері визначають певні міжнародно-правові документи, а саме Резолюції та Стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (рис. 2.1), до складу якої входить 194 країни.

Таким чином, планування на міжнародному рівні забезпечується міжнародною програмою профілактики стоматологічних захворювань.



Рисунок 2.1 – Правовий компонент державного регулювання системи стоматологічної допомоги

Ще у 1981 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я разом з Міжнародною стоматологічною асоціацією уперше були розроблені профілактичні програми стоматологічних захворювань у населення. Метою, яких було до 2000 року вирішити питання щодо поліпшення здоров'я населення у стоматологічній сфері. Однак вже 1984 році, за результатами аналізу

досягнутих цілей, формуються наступні цілі, строком вирішення їх до 2020 року, з окреслених питань та.

В Україні забезпечення загальної системи охорони здоров'я базується на положеннях саме Конституції України та Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», в яких декларуються права кожного громадянина України на охорону здоров'я. Стаття 49 Конституції України визначає обов'язкове створення таких умов медичного обслуговування, які були б доступними та ефективними для всіх громадян, гарантовану безоплатність медичних послуг державними та комунальними установами медичної мережі, при чому ця мережа не має підлягати скороченню. Також потрібно зазначити, що відповідно до Конституції України на державному рівні має бути сприяння розвитку закладів охорони здоров'я за всіма формами власності [17]. Таким чином, стаття 49 положення Конституції України зовсім не вміщує питання правової регламентації діяльності системи стоматологічної допомоги населенню через характер універсальності та регламентацію завдань медичного функціонування саме на загальних засадах для установ державної, комунальної та приватної форм власності.

В статтях Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [33] також простежується відсутність регламентації порядку надання стоматологічних послуг населенню, незважаючи на те, що в даному нормативно-правовому акті визначені особливості державного регулювання на державному рівні, а також забезпечення якісною медичною допомогою населення у закладах сфери охорони здоров'я.

Після прийняття у 2002 році профільної загальнодержавної програми у сфері стоматологічної допомоги населення, яка була розрахована на п'ять років, в Україні починається, на нашу думку, розвиток стоматологічної сфери у контексті саме допомоги населенню [54].

Метою даної Програми була спрямованість на забезпечення доступності всіх громадян України у питаннях отримання кваліфікованих стоматологічних послуг. Основними завданнями Програми були питання щодо

зниження захворюваності серед населення в частині стоматології, запровадження при стоматологічних захворюваннях профілактики первинного і вторинного рівнів, задля проблем доступності, запровадження на національному рівні міжсекторальних підходів, оновлення матеріально-технічного забезпечення зазначеної сфери, підготовки кваліфікованих кадрів тощо.

Разом з тим, в рамках пілотного проєкту, у 2011–2012 роках відбувається виведення із структур первинного рівня всіх посад лікарів стоматологічної сфери відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м.Києві» та їх переведення до закладів вторинного рівня [52]. Однак, стоматологічні кабінети, продовжують свою діяльність на первинному рівні, а фінансування, в свою чергу, вже відбувається з бюджету вторинного рівня. Тому на цьому етапі виникає ситуація з оплатою роботи технічних працівників закладів медицини таких, як електрики, слюсарі тощо, при розрахунках комунальних платежів, а також в питаннях витрат за технічне обслуговування обладнання чи за стерилізацію матеріалів [35].

З 2015 року в національній нормативно-правовій частині відбувається значне зміцнення галузі медицини загалом та й у сфері стоматологічних послуг з прийняттям певних нормативно-правових актів [13; 53; 58; 49] в яких урядом окреслювалися основні стратегічні цілі реформи медичної галузі.

З прийняттям у 2014 році Постанови Кабінету Міністрів України щодо державної стратегії регіонального розвитку строком до 2020 року [45] розпочинається процес реорганізації комунальної стоматологічної сфери в обласних центрах нашої країни та у місті Києві. Однак, наразі сфера стоматологічної допомоги населенню все також залишається поза межами нормативно-правової регулювання.

Пріоритетність одних з питань міжнародної програми «EU4Health», яка створена за ініціативою країн-членів Європейського Союзу та до якої приєдналася Україна, направлена також на профілактичні заходи у системі

збереження здоров'я населення [60].

Необхідно зауважити, що державна Програма з питань профілактики та лікування захворювань зі стоматології на 2002-2007 роки була останньою. Тому, вважаємо за необхідним та важливим затвердження нової програми державного рівня профілактичних заходів стоматологічних хвороб для всіх громадян України, особливо дітей. Також, на нашу думку, потребує відновлення системи заходів гігієнічного виховання дітей до 18 років та студентської молоді.

Не дивлячись на те, що профілактичні питання стоматологічних захворювань сьогодні вивчаються за програмами вищих навчальних медичних закладів в розрізі курсів терапевтичної та дитячої стоматології, а також окремо, стимулювання щодо профілактичної роботи для лікарів-практиків стоматологічної галузі не існує, в тому числі й фінансового.

Не мало важливим законодавчим та нормативно-правовим регулюванням якісної стоматологічної допомоги населенню є механізми щодо процесу ліцензування господарської (медичної) діяльності та акредитації закладів охорони здоров'я, сертифікації системи управління, також стандартизації медичних технологій.

В Україні надавати право на медичну діяльність, у вигляді дозвільного документа-ліцензії, має право Міністерство охорони здоров'я України.

Так, регулювання ліцензування діяльності медичної сфери наразі забезпечується законами України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України [47; 50; 51].

При ліцензуванні закладу охорони здоров'я встановлюються певні вимоги, що стосуються кадрових, організаційних та технологічних питань. В свою чергу саме вимоги організаційного та технологічного характеру регулюють правила, певним чином, взаємодії з пацієнтами, забезпечення інформацією, ведення документації, безпеки із санітарно-епідемічних питань та інші [9]. Але проводячи аналіз вітчизняної практики, можна стверджувати, що механізм ліцензування стосується саме закладів охорони здоров'я, а не

конкретно ліцензування у зазначеній сфері професіоналів і фахівців, що має місце у міжнародній практиці. Тому, можна зробити висновок, що при розгляді ліцензійної справи закладів стоматологічної допомоги на національному рівні потрібно більш детально підходити до вивчення питань мотивації лікарів-практиків та їх підвищення професійного рівня на постійній основі, дотримання чітких регламентів під час виконання своїх професійних обов'язків, навиків побудови відносин з пацієнтом на рівні партнерства, уміння прийняття відповідальності за результати роботи тощо.

Наступним, після ліцензування закладу медичної сфери, кроком є його акредитація, що є офіційним визнанням наявності певних умов за для забезпечення якісного та своєчасного обслуговування, дотримання визначених стандартів, наявності медичних, в нашому випадку, стоматологічної галузі працівників, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам [44; 40]. Постановою Кабінету Міністрів України у 2012 році визначений порядок проведення зазначеної процедури [41].

При позитивному акредитаційному результаті та відповідно до рівня показника оцінювання досягнень заклад охорони здоров'я може отримати, відповідно, вищу, першу або другу категорії. Для таких закладів, які надають медичну допомогу спеціалізованого та високоспеціалізованого характеру, в нашому випадку, стоматологічного, для отримання вищої категорії, умовами визначено, обов'язковість наявності сертифікату відповідності системи управління якістю, відповідно до вимог національного стандарту ДСТУ ISO-9000 та показниками за критеріями від дев'яносто до максимальних 100 відсотків [9]. Таким чином, підтверджується постійне зростання якості медичних і немедичних стоматологічних послуг.

Станом на січень 2021 року, відповідно до даних Міністерства охорони здоров'я [34], в Україні в основному заклади охорони здоров'я зі структурними стоматологічними підрозділами отримали зазначені сертифікати системами управління якістю, самотійних закладів стоматологічного профілю налічувалося всього десять. Отже при наявності у 2021 році близько 170

стоматологічних поліклінік, на нашу думку національне регулювання з питань сертифікації не було в повній мірі запроваджено.

Також, потрібно акцентувати увагу на відсутності адаптації вітчизняної стоматологічної допомоги населенню до міжнародних клінічних настанов у зазначеній галузі.

Після втрати чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України стосовно затверджень Протоколів щодо надання медичної допомоги за спеціальностями ортопедичної, терапевтичної, хірургічної стоматології, ортодонтії простежується наявна відсутність юридичного регулювання стоматологічної галузі.

Наразі відсутність базового Закону в системі стоматологічної допомоги в нашій країні, не дає змогу в повній мірі регулювати особливості діяльності у стоматологічній галузі а також надавати гарантії її професійного самоврядування.

Проект Закону України відповідно до якого, регулятивні функції мали перейти до Палати стоматологів України, в якому було запропоновувано форма лікарського самоврядування тощо так й був у 2019 році відкликаний ініціативною групою [57].

Майже в той же час виноситься профільним міністерством на громадське обговорення проект Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні», в якому запроваджуються моделі медичного самоврядування, відповідно до міжнародного та вітчизняного досвіду, та надає певну можливість суб'єктам діяльності господарського та професійного характеру у стоматологічній галузі здійснювати самім регулювання своєї діяльності, а також створення законодавчих підстав у делегуванні самоврядним організаціям окремих певних функцій [55].

Під час поширення коронавірусної інфекції у 2019 році серед населення України особливо стали помітні прогалини та недоліки у нормативно-правовому забезпеченні стоматологічної допомоги населенню. Також в цей час на діяльність стоматологічної галузі, як й загальної медицини впливає

негативно зміна керівництва Міністерства охорони здоров'я.

У 2020 році Кабінету Міністрів України ухвалює постанову, відповідно до якої дозволяється здійснювати стоматологічну практику, під час поширення коронавірусної інфекції, пацієнтам, які оплатили використання певних ресурсів, з діагностичних, лікувальних, реабілітаційних чи профілактичних питань захворювань порожнини рота пацієнта та його щелепно-лицевої ділянки [39].

Однак, в деяких областях України все ж таки міських та обласних радами було заборонено надання, крім невідкладної допомоги, планових стоматологічних послуг. Керівництво регіонів Західної та центральної України взагалі вдалися до заборони роботи всіх приватних стоматологічних клінік, а для надання невідкладної стоматологічної допомоги були визначені комунальні заклади [30]. Такі обмеження приводили до майже повного унеможливлення доступу населення до отримання стоматологічних послуг.

Наступні й більш серйозні, на нашу думку, перед урядом та всіма громадянами України постали виклики у перегляді підходів до організації роботи стоматологічної галузі й не тільки, саме з повномасштабним вторгненням Російської Федерації до нашої держави.

Так, спільним наказом двох міністерств України, а саме Міністерством оборони та Міністерством охорони здоров'я розроблено Інструкцію в якій прописується механізм організації надання медичної допомоги військовослужбовцям вторинного та третинного рівнях у закладах охорони здоров'я, які визначаються чи долучаються для такої діяльності [38].

Наразі, під час воєнного стану вносяться суттєві корективи в роботу до загальної системи охорони здоров'я, обумовлюються оперативні рішення, що, в свою чергу мають удосконалювати діяльність стоматологічної галузі.

3 лютого 2022 року ухвалюється Міністерством охорони здоров'я наказ з питань організації роботи з питань надання цілодобово медичної допомоги усім постраждалим та пораненим закладами охорони здоров'я; забезпечення у найближчі медичні заклади за профілем госпіталізації постраждалих та

поранених [72].

Через чергову фазу медичної реформи у 2018 році приймаються низка відповідних наказів силових міністерств та відомств щодо організації в них стоматологічної допомоги [46], в яких визначається порядок надання допомоги зі стоматологічних питань всіх рівнів контингенту Збройних Сил України та прикріпленому контингенту.

Наразі постає проблемою залежність військової стоматологічної галузі від загальної структури державної стоматології. Однак, військові стоматологі-лікарі надання допомоги мали можливість надавати лише в тилкових районах, а місцях бойових дій допомога, за зрозумілих причин, виявилася недоступною як для військових так й для мирних жителів. Тільки за особистою ініціативою почали формуватися бригади-волонтерів з числа лікарів-стоматологів за для стоматологічної допомоги військовим звичайним та жителям України в місцях проведення бойових дій.

Програма медичних гарантій 2023 року виокремлює надання стоматологічної допомоги в окремий амбулаторний пакет. Як і у 2020 році, дорослому населенню забезпечується тільки ургентна допомога, в свою чергу, невідкладна допомога дітям й планова стоматологічна допомога дітям надається на безкоштовній основі, крім процедур ортодонтування та протезування, які визначені платними платні [14].

За результатом спільної роботи Уряду та Міністерств України у 2024 році постановою Кабінету Міністрів України в рамках пілотного проєкту визначено розширений перелік стоматологічних послуг саме для ветеранів та військовослужбовців, що є сьогодні одним з необхідних та важливих кроків у медичній допомозі, а саме у стоматологічній сфері [12]. Таким чином пацієнт на безоплатній основі може отримати планові послуги з простого та складного видалення зуба, відновлення зуба тощо. На такі послуги, відповідно до постанови можуть розраховувати учасники бойових дій, ветерани війни, особи, які отримали інвалідність внаслідок війни, військовослужбовці, виконуючі бойові завдання, без статусу учасника бойових дій.

Таким чином, можна зазначити, що нормативно-правове регулювання системи стоматологічної допомоги населенню має переважно характер загальної дії, що в свою чергу, вказує на нестабільність саме правового стану зазначеної галузі. Тому, стоматологічна галузь вкрай потребує термінового нормативного врегулювання питань створення системи заходів реабілітації громадян в питаннях стоматологічної допомоги, які постраждали під час перебування на окупованих територіях чи у полоні.

Отже, можна окреслити питання, які є актуальними у сфері стоматологічної допомоги населенню для вирішення сьогодні, а саме стосуються відсутності правового поля, стратегії законодавчої діяльності, низької законотворчої активності суб'єктів законодавчої ініціативи, необґрунтованого розпорошення у сфері державного регулювання тощо.

2.2 Сучасний стан діяльності закладів стоматологічної галузі в регіонах України

Сучасний стан стоматологічної допомоги населенню в сучасній системі охорони здоров'я відображається комплексом соціальних, демографічних та екологічних та інших напрямів. У всьому світі, а особливо в Україні наразі простежується зростання потреб суспільством у отриманні якісних стоматологічних послуг. Через запровадження інноваційних технологій, зростання закупівельних цін, підвищення рівня кваліфікації стоматологічних лікарів-практиків спостерігається тенденція постійного збільшення вартості послуг у стоматологічній галузі. Тому, вищезначене дає підстави для визначення ефективних напрямів, за для зниження рівня витрат та раціонального використання наявних ресурсів.

Зміни фінансування стоматологічної допомоги, відповідно до Програми медичних гарантій привели до залучання додаткових джерел фінансування стоматологічної галузі, мобілізації й оптимального використання усіх наявних ресурсів.

Громадяни України постійно, особливо в цей час, вирішують проблему щодо отримання кваліфікованої стоматологічної допомоги. Перебуваючи в стані реформування, за роки незалежності відбулося скорочення державних закладів стоматологічної галузі [32]. Так, стоматологічну допомогу можна було отримати в Україні на початку 2023 року в 5081 приватних закладах та в 1327 державних закладах стоматологічного профілю (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Загальна чисельність закладів стоматологічного профілю за 2020-2022 рр. [64]

Роки	Всього закладів	Державні заклади		Приватні заклади	
		всього	у відсотках до загальної чисельності	всього	у відсотках до загальної чисельності
2020	6032	1449	23,9	4583	76,1
2021	6276	1416	22,5	4680	77,5
2022	6411	1327	21,	5081	79,0

Таким чином, ми бачимо в загальній кількості зростання стоматологічних закладів за приватними формами власності через запровадження певних змін організаційного характеру у стоматологічній галузі. Через те, що у 2019 році державні заклади стоматології почали змінювати форму господарювання на комунальні некомерційної направленості, тому на цей час стоматологічних закладів саме приватної форми власності налічується більша кількість у 2022 році.

В той же час, реорганізація самостійних поліклінік стоматологічного профілю до відділень відповідно міських або центральних районних лікарень в період з 2019 по 2023 роки привела до скорочення їх кількості (рис. 2.1).

Одним із важливих ресурсів національного регулювання стоматологічної допомоги населенню, від якого залежить збереження та поліпшення здоров'я

населення, є саме кадрове забезпечення зазначеної галузі. Тому державна політика України має бути націлена вирішення питань, що стосуються забезпечення стоматологічної сфери професійним персоналом та його зростання професійної компетентності на постійній основі.

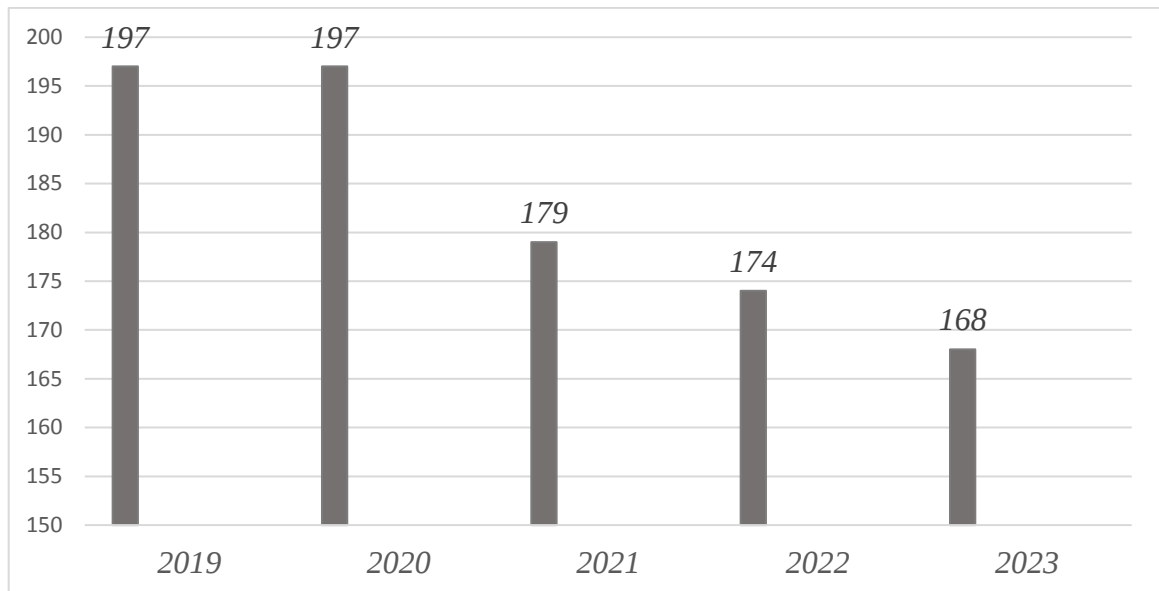


Рисунок – 2.1. Кількість самостійних поліклінік стоматологічного профілю в Україні (2019-2023 роки)

Багатопрофільність проблематики забезпечення системи стоматологічної допомоги є очевидною через її відношення до різних видів національної політики України, в питаннях:

- вимог, що формуються до кадрового потенціалу системи стоматологічної допомоги, враховуючи їх безперервний професійний розвиток тощо;
- умов, визначених при підготовці відповідних кадрів за фахом «Стоматологія», а також і при навчанні в інтернатурі;
- визначання порядку та системи оплати праці лікарів стоматологічної сфери тощо.

Якщо проаналізувати статистичні дані зайнятості лікарів-стоматологів в медичних закладах України з 2016 по 2023 рік, ми побачимо тенденцію скорочення кількості лікарів, працюючих в закладах різних форм власності.

Так, у 2016 році в Україні працювало майже 26 тисяч лікарів-стоматологів, в вже в 2021 році кількісний показник склав трохи більше 22 тисяч осіб, що означає, що лікарів-стоматологів зменшилося більше ніж на 3,5 тисячі осіб. На відміну від 2021 року, за статистичними даними, на кінець 2023 року кількість лікарів стоматологічного профілю скоротилася в два рази через військову агресію сусідньої держави [35; 65] (рис 2.2).

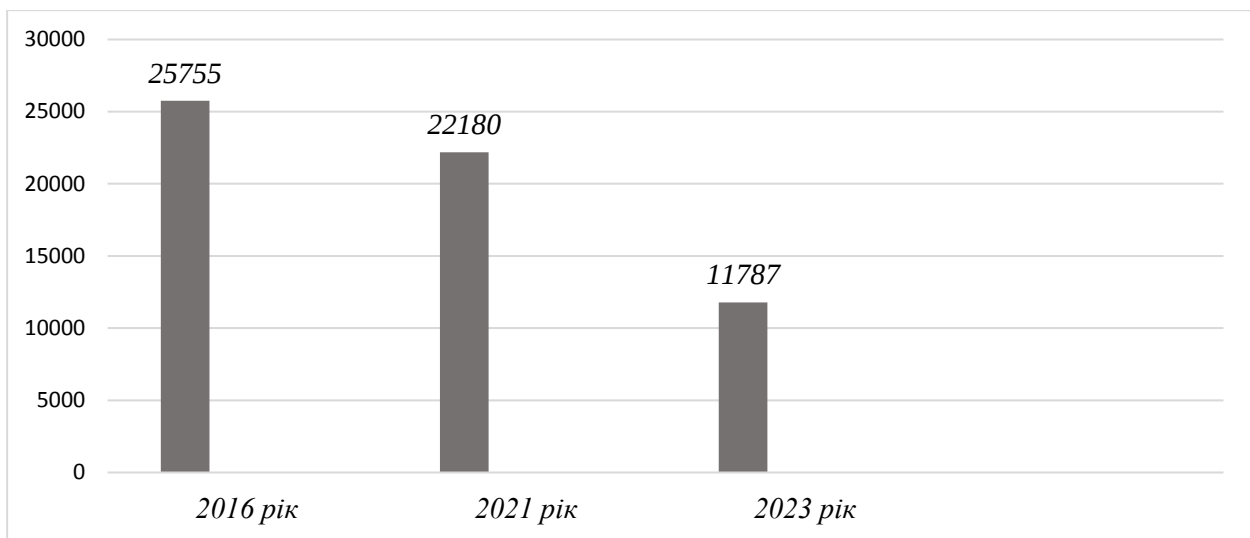


Рисунок 2.2 – Кількісний показник лікарів-стоматологів на зайнятих посадах, осіб (2016-2023 роки)

Наразі відбувається внутрішня та зовнішня міграція лікарів-жінок стоматологічної галузі з окупованих територій, з територій де йдуть бойові дії або просто переїжджають за кордон та намагаються там працевлаштовуватися за профілем. Так, тільки Міністерством охорони здоров'я Польщі було ухвалено позитивне рішення щодо працевлаштування майже для 4 тисяч лікарів і стоматологів, з кваліфікацією України. Знаходження шляхів повернення громадян України в післявоєнний час, а особливо медичного персоналу, має стати перед урядом нашої країни на одно з перших місць. Тобто медичні працівники, які отримують дозвіл від Міністерства на працевлаштування тимчасового характеру, наприклад, на стоматологічну діяльність Міністерство пояснило, що лікар або стоматолог, на певний період та з визначенням місця

роботи в закладі охорони здоров'я, може надавати стоматологічні послуги під наглядом прикріпленого до нього керівника з вищою медичною освітою протягом одного року.

У сучасних системах ефективного управління визнається абсолютний пріоритет кадрового ресурсу, а як один з ключових видів ресурсів 23 розглядається персонал організації, від ефективності роботи якого залежить якість роботи закладу в цілому. Управління кадровими ресурсами є головною складовою ресурсного забезпечення і чим ефективніше працюють кадрові ресурси, тим ефективніше працює заклад.

Відповідно до матеріалів форм державної статистичної звітності на початок 2023 року в медичних закладах України працювало близько 12,5 тисяч лікарів-стоматологів, а наприкінці року кількість лікарів зазначеної галузі складає вже 11 787, серед них лікарів-стоматологів – 59,0 відсотків, ортопедів – 14,5 відсотки, стоматологів дитячого профілю – 11,6 відсотків, хірургів стоматологічної галузі – 12,1 відсотки та ортодонтів – 2,7% (рис. 2.3).

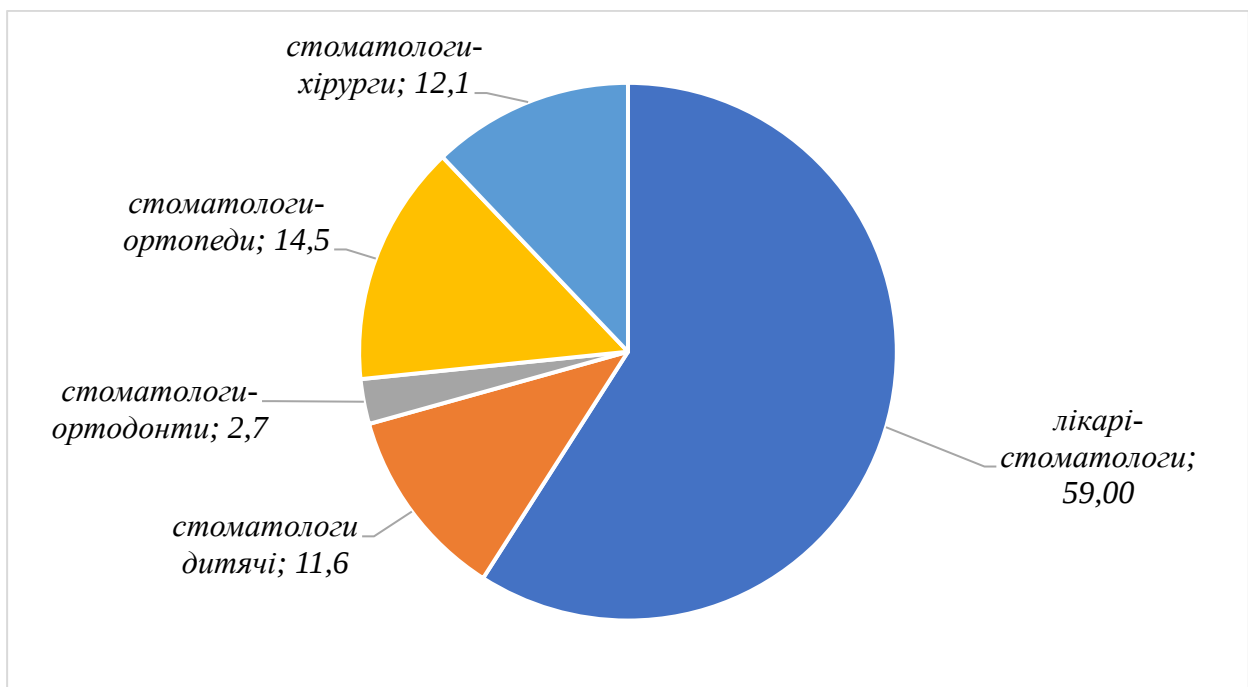


Рисунок 2.3 – Кадрова спеціалізація стоматологічної сфери у закладах охорони здоров'я України за 2023 рік, %

Отже, розподілення кадрового ресурсу внутрішньогалузевою спеціалізацією в стоматологічній галузі, можна вважати таким, що майже відповідає сучасним вимогам. Працюючі лікарі первинного рівня (59,0 %) з здобутою спеціалізацією «Стоматологія» або «Терапевтична стоматологія», решта лікарів стоматологічної галузі – високоспеціалізовані фахівці.

В той же час, у стоматологічних закладах відбувається зменшення забезпеченості лікарями відповідного профілю на десять тисяч осіб населення, що не може не викликати стурбованість. Так, в 2016 році цей показник на 10 тисяч українського населення становив 6,3, вже на початку 2021 року відбувається зменшення до 5,4, а на початок 2024 року показник забезпеченості лікарями стоматологічної галузі становив 4,0 при урахуванні зменшення самого населення до 28-30 мільйонів (рис. 2.4).

Ситуація сільської місцевості, де взагалі немає первинної ланки посад лікарів-стоматологів, простежується ще гіршою. Так забезпеченість ними становить 2,1 на десять тисяч населення, а посади стоматологів залишаються не зайнятими у сільській місцевості, а ті, що працюють з переважною більшістю мають похилий вік, тобто старше 60 років [25].

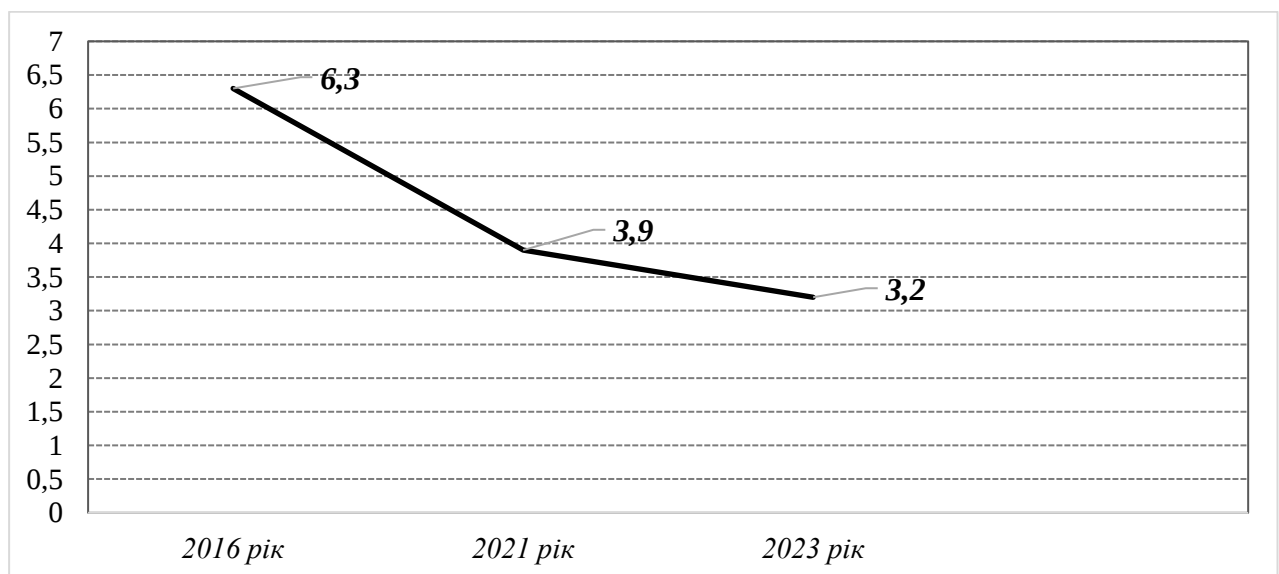


Рис. 2.4. Показник забезпеченості лікарями-стоматологами на 10 тисяч населення України за період 2016-2024 роки [65; 7]

Якщо порівнювати показники забезпеченості лікарями-стоматологами на десять тисяч населення, можна побачити результат відставання від країн Європи (рис.2.5). Самий більший зазначений показник лікарів у Литві – 11,1 на 10 тисяч населення, а менший, з представлених країн, – в Австрії (5,8 на 10 тисяч осіб).

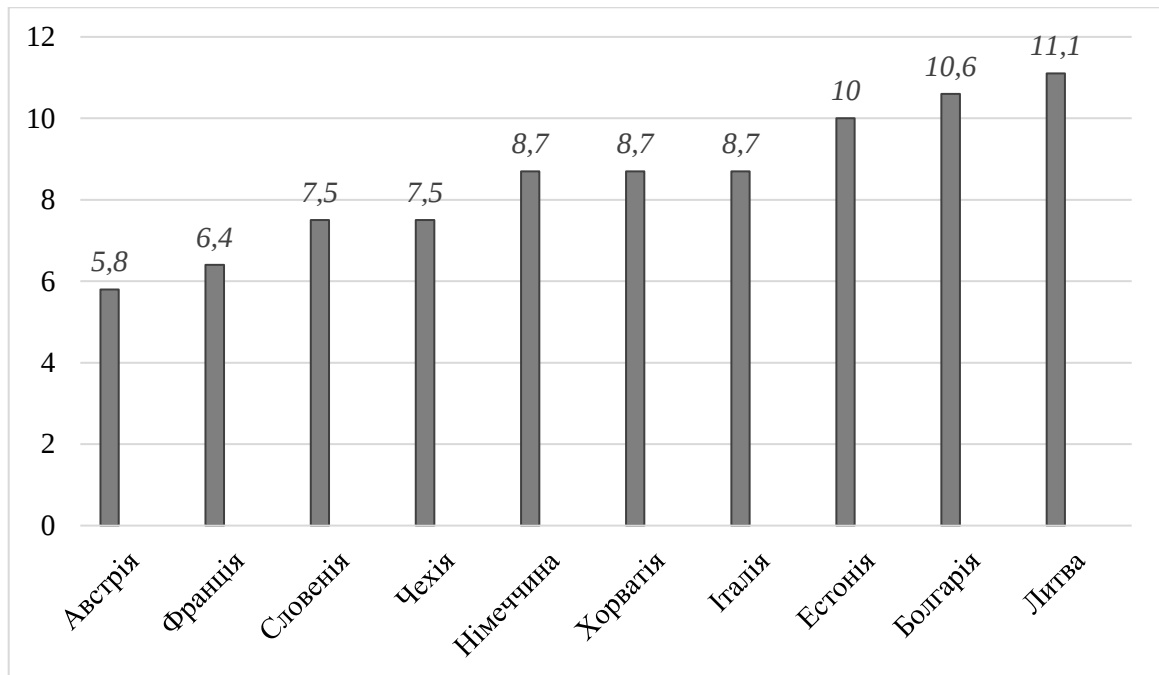


Рис. 2.5. Показник забезпеченості лікарями-стоматологами на 10 тисяч населення в країнах Європи

Медичною і соціальною проблемою на національному рівні наразі є стоматологічні захворювання дитячого та дорослого населення нашої країни. Тому, пошук ефективних шляхів щодо збереження і зміцнення відповідного здоров'я має бути важливим та актуальним при державному регулюванні стоматологічної допомоги населенню.

Саме профілактичні заходи в стоматологічній практиці посідають основне місце по збереженню стоматологічного здоров'я населення посідає профілактична робота, які визначаються в проведенні обов'язкових оглядів профілактичного характеру, планової санації населення, запровадженні систем навчання гігієни ротової порожнини, а також виховання громадян з питань загального стоматологічного здоров'я.

У 2019 році було планово оглянуто 7 872 765 громадян України лікарями-стоматологами медичних закладів усіх форм власності, що становило 12 відсотків від всього населення, а вже у 2022 році показник планового огляду склав всього 2 142 998 осіб (5, 2% громадян України), у 2023 році показник залишився на тому же рівні, що й у попередньому році (2 161 272 осіб). Таке зменшення кількості профілактичних оглядів, на нашу думку, відбулося через повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію нашої країни, що в свою чергу, спричинило масштабну міграції населення, особливо з східних та південних регіонів України.

Таблиця 2.1 – Статистичні дані щодо профілактичних оглядів населення по областях України за 2019, 2022 та 2023 роки

№	Область/роки	2019	2022	2023
1.	Вінницька	238 331	109 035	101 405
2.	Волинська	117 736	46 957	64 533
3.	Дніпропетровська	675 722	206 078	167 421
4.	Донецька	286 259	30 101	24 948
5.	Житомирська	241 982	49 853	56 728
6.	Закарпатська	299 221	48 054	32 650
7.	Запорізька	131 550	32 644	46 957
8.	Івано-Франківська	215 682	62 202	71 282
9.	Кіровоградська	259 501	72 876	48 701
10.	Луганська	80 486	2 035	849
11.	Львівська	501 489	213 693	148 495
12.	Миколаївська	120 609	26 653	38 232
13.	Одеська	509 343	85 548	81 182
14.	Полтавська	301 924	112 224	133 369
15.	Рівненська	176 102	45 215	43 639
16.	Сумська	273 864	45 157	57 135
17.	Тернопільська	157 716	48 511	50 352
18.	Харківська	811 315	94 880	126 707
19.	Херсонська	228 368	9 438	8 724
20.	Хмельницька	295 357	134 819	130 330
21.	Черкаська	324 531	72 698	74 538
22.	Чернівецька	179 421	45 285	63 918
23.	Чернігівська	258 158	94 167	105 622
24.	м. Київ	933 312	374 753	380 246

Таки чином, простежується зниження показників планових оглядів в регіонах України серед дорослого населення та дітей віком 0–17 років, причиною яких є повномасштабні бойові дії на теренах нашої країни. Самий більший показник зменшення відбувається в регіонах східної та південної України, а в Луганській, Донецькій, Херсонській та Запорізькій областях – зниження більше ніж в 10 разів.

Отже, у результаті дворічної пандемії COVID-19 і повномасштабної війни з 2022 року в Україні простежується зменшення обсягів допомоги населенню стоматологічного профілю та значні коливання відповідних показників. На територіях, що окуповані ворожою країною отримання стоматологічних послуг взагалі неможливе або обмежене. Регіони України, які не є окупованими, мають проблеми з великою кількістю внутрішньо переміщених осіб, які претендують на отримання термінової та запланованої стоматологічної допомоги.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

3.1 Шляхи вдосконалення організації стоматологічних послуг для дітей та осіб похилого віку

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію нашої країни продиктувало свої корективи в загальну систему охорони здоров'я в частині нових підходів до надання медичної, а також стоматологічної, допомоги не тільки цивільному населенню, а й Збройним Силам України.

Вже майже три роки населення України знаходиться в найбільшій гуманітарній кризі через вимушено постійне переміщення з часів другої світової війни, а східна та південна частини України взагалі знаходяться під тимчасовою окупацією російських загарбників.

У населення прифронтових регіонів, а особливо у людей похилого віку та дітей фактори ризику зростання стоматологічних захворювань мають тенденції до посилення через наявність певних бар'єрів особливо, якщо зазначені особи знаходяться на окупованих територіях або в зонах ведення бойових дій. Такими бар'єрами можна визначити недостатність в повній мірі свіжих продуктів, необхідних ліків без цукру, відповідних засобів гігієни для порожнини рота, а також відсутність доступу до загальних профілактичних засобів.

В той же час, можна констатувати, що інформація в фахових джерелах українського і світового видання про надання стоматологічних послуг в під час ведення воєнних дій майже відсутня [1].

В ці часи на лікарів, а також й на лікарів-стоматологів, через внутрішню міграцію населення, зростає в деяких регіонах України навантаження на лікарів-стоматологів через те, що надавати послуги вони мають тепер крім своїх мешканців також й переміщеним громадянам.

Так, Асоціація стоматологів України визначає проблеми в стоматологічній галузі в умовах військового стану, що стосуються:

- росту загальносоматичної патології громадян різного віку та зв'язку з відсутністю профілактичних заходів порожнини рота;
- виявлення певних аномалій та деформацій зубо-щелепної системи;
- раннього видалення зубів що приводить до інвалідності дітей;
- наявності аномалій зубо-щелепної частини, деформацій, каліцтва, що, свою чергу, збільшує кількість юнаків не придатних до проходження військової служби [20].

Профілактична допомога дітям, тобто громадянам до 18 років, наразі майже відсутня взагалі. Однією з причин цього є відсутність функціонування шкільних стоматологічних кабінетів через зростання вимог до місця надання стоматологічних послуг за результатом реформування вторинної ланки. Таким чином, відсутність допомоги стоматологічного профілю дітям приводить до росту аномалій та деформацій зубо-щелепної системи.

За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я в Харківській області у 2018 році було проведено близько 300 тисяч профілактичних оглядів в порядку планової санації ротової порожнини у дітей від 0 до 17 років, а вже у 2018 році цей показник склав тільки 230 тисяч. Через воєнні події, що спричинили виїзд дітей України за кордон, показник профілактичних заходів у 2023 році склав тільки 16, 5 тисяч оглядів (рис. 3.1).

Таки чином удосконалення організації медичної допомоги, в тому числі і стоматологічного профілю, особливо при нинішніх обставинах, є надзвичайно актуальними, що стосуються діагностики, профілактики, лікування, протезування як дітям так й дорослому населенню.

В період з 24 лютого 2022 року по 02 жовтня 2024 року найчастішими тривоги в Донецькій, Харківській, Дніпропетровській та Запорізькій областях, що в свою чергу приводило до зупинення роботи лікарів і пацієнтів задля їх безпеки, крім таких випадків, оперативне втручання в умовах стаціонару та лікування з загальним знеболенням [64].

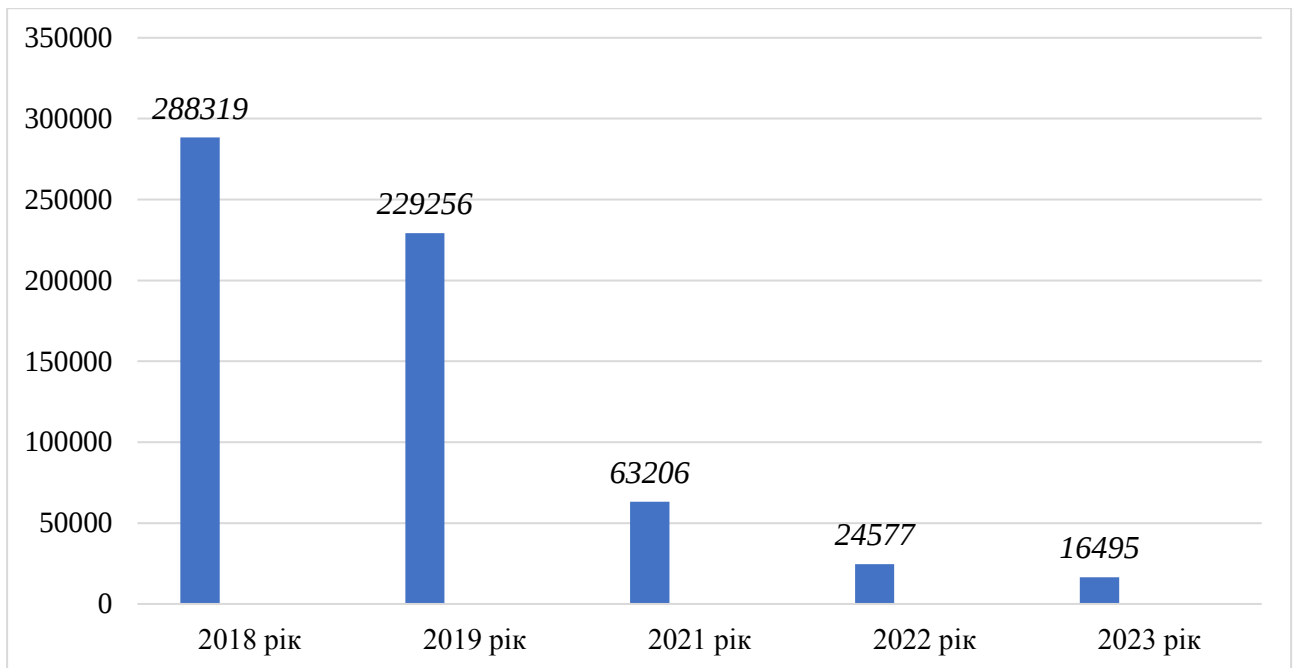


Рисунок 3.1 – Показник проведення профілактичних заходів
в порядку планової санації ротової порожнини у дітей від 0 до 17 років в
Харківській області (2018-2023рр.)

У перші дні та тижні повномасштабного вторгнення сусідньої держави на територію нашої країни було повністю припинено в Харківській області та інших регіонах України постачання витратних матеріалів, які були необхідні для роботи у стоматологічній і не тільки галузі.

На той час перед керівництвом медичних закладів, які, не дивлячись ні нащо, залишилися працювати, повстали виклики щодо:

- налагодження безперебійної роботи всіх структурних підрозділів та забезпечення безпеки персоналу та пацієнтів (визначення та приведення у належний стан тимчасового укриття, обладнання його стільцями та забезпечення достатнім запасом питної води та технічною водою, аптечками першої медичної допомоги, освітленням цього приміщення, засобами особистої гігієни тощо);

- відновлення контакту з постачальниками, а в деяких випадках, пошук нових постачальників відповідних матеріалів стоматологічного профілю й лікарських препаратів;

- забезпечення певними умовами харчування, а під час відсутності електроенергії та розладів в роботі міського транспорту, також й проживання персоналу (враховуючи розлад в роботі міського транспорту, пізніше – перебої з енергопостачанням);
- налагодження безперебійного харчування пацієнтів стаціонарних відділень;
- забезпечення першочергової допомоги дітям, громадянам похилого віку військовослужбовцям, бійцям територіальної оборони, внутрішньо переміщеним особам, пораненим.

Емоційний та психологічний стан дітей, жінок, осіб похилого віку потребує лікарської психологічної допомоги та підтримки. Саме хронічний стрес надає виразні прояви стану стоматологічного здоров'я не тільки дітей, а й дорослих. Так, наразі прогресує стертість зубів у дітей різного віку, особливо у тих, що знаходяться в Україні, на фоні стресових ситуацій.

Таким чином, можна зробити висновок, що в цілому поява нових патологій (стертість зубів) хронічних каріозних процесів у дітей, особливо у тих, які знаходяться на території України мають характер ускладнення та загострення особливо в регіонах, які опинилися тимчасово окупованими чи перебувають у умовах ведення бойових дій.

Як показує міжнародний досвід у громадян розвинутих країнах світу термін життя довший, а зберіганням здоров'я своїх зубів займаються протягом тривалого перебігу часу, завдяки постійного покращення рівня життя, технологічних прогресів в медичній сфері, забезпечення доступності як взагалі медичної так й окремо стоматологічної допомоги. Збільшення кількості літнього населення у всьому світі, за даними Організації Об'єднаних Націй, вже до 2050 році майже збільшиться до 1,5 мільярдів (0,7 млрд – 2019 р.)

Населення Японії та Сінгапуру є абсолютними переможцями, середня тривалість життя складає 84 роки, на другому місці знаходяться деякі країни Європи. Однак і в цих країнах існує зберігання тенденції довшого життя жінок [19].

За тридцять років незалежності України показник тривалості життя також познав зростання, але, в цілому середньорічна тривалість життя залишається нижчою середній світовий показник.

Вплив на загальний стан здоров'я та життя має саме здоровий стан ротової порожнини, що є одним із важливих компонентів «здорового старіння» [36].

Зниження загальної якості життя, негативний вплив на здоров'я психологічного та фізичного характеру людей похилого віку впливає стан порожнини рота.

Старіння населення наразі є актуальною проблемою сучасності. Не оминає це глобальне питання і нашу країну з 25-28 відсотками від всього населення України осіб похилого та старечого віку [71]. Таким чином, кожного року відбувається збільшення кількості осіб зазначеного віку зі зверненнями звертаються по стоматологічну допомогу. Отже зміна вікової структури суспільства надає актуальності та своєчасності геронтостоматології [63].

Поняття «геронтологічна стоматологія» – це напрямок у стоматологічній галузі, присвячений саме лікуванню літніх людей. При чому, потрібно зазначити, що стоматологічного профілю у зазначених пацієнтів має сильно відрізнятися від лікування зубів у дітей та молодих людей.

Через вікову неможливість відвідування постійно стоматологів та проведення багато часу у стоматологічному кріслі перед лікарем-стоматологом виникає завдання щодо найшвидшого вирішення проблем із зубами та ротовою порожниною таких осіб, що, в свою чергу, надається пацієнту час для розв'язання інших питань.

Також потрібно пам'ятати, що в основному таким пацієнтам відновлення функціональності більш важлива ніж естетична складова, але лікар-стоматолог має не забувати все ж таки про естетику.

При поганому стані зубів або взагалі беззубості щелепи пацієнта стоматологічне лікування має поєднувати вирішення питань з терапії, хірургії та ортопедії. Тому, швидкість, якість та комплексність мають бути ключовими вимогами до лікаря-стоматолога в геронтологічній стоматології.

В країнах Європи система забезпечення людей похилого віку з питань якісних соціально орієнтованих стоматологічних послуг формувалося протягом десятиліть. Відсутність певного національного регулювання в нашій країні успіхи стоматології з аналогічних питань роблять їх значно меншими [71].

При постійному спостереженні за здоров'ям пацієнта, профілактики й лікуванні у лікаря за принципом «сімейного» видом організація допомоги населенню стоматологічного профілю вважається оптимальним.

Комплексний стоматологічний реабілітаційний процес у повній взаємодії з профілактичними та гігієнічними заходами та у ефективній співпраці з лікарями-стоматологами може кардинально змінювати ситуацію для пацієнтів похилого віку.

Потрібно зазначити, що наявність у людей похилого віку двох або декілька хвороб («коморбідність») може призводити до ускладнень перебігу основних захворювань стоматологічного характеру, що, в свою чергу, вимагає довготривалого лікування та реабілітаційних заходів зі певними фінансовими затратами для пацієнта. Таким чином, організація саме лікувальних та профілактичних заходів, які спрямовані на збереження здоров'я стоматологічного та соматичного характеру осіб похилого віку потребує вдосконалення, особливо в часи дії воєнного стану.

З вище наведеного можна зазначити, що для проведення профілактичних та лікувальних заходів пацієнтів похилого віку є необхідним залучення бригад лікарів-стоматологів, до якої мають входити терапевти, хірурги, ортопеди стоматологічної галузі, а також лікарі-інтерністи, тобто спеціаліст по діагностиці, лікуванні та профілактики загальних захворювань внутрішніх органів. Тому, для ефективної діагностики та якісного лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів похилого віку доречно, на нашу думку, запровадити Дорожню карту лікування стоматологічного хворого похилого віку (рис. 3.2).

Використання такої Дорожньої карти при лікуванні пацієнтів зазначеної категорії починаючи з до обстеження дозволить знизити кількість випадків ускладнень стоматологічного характеру на двадцять відсотків.

ДОРОЖНЯ КАРТА

ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО ПОХИЛОГО ВІКУ

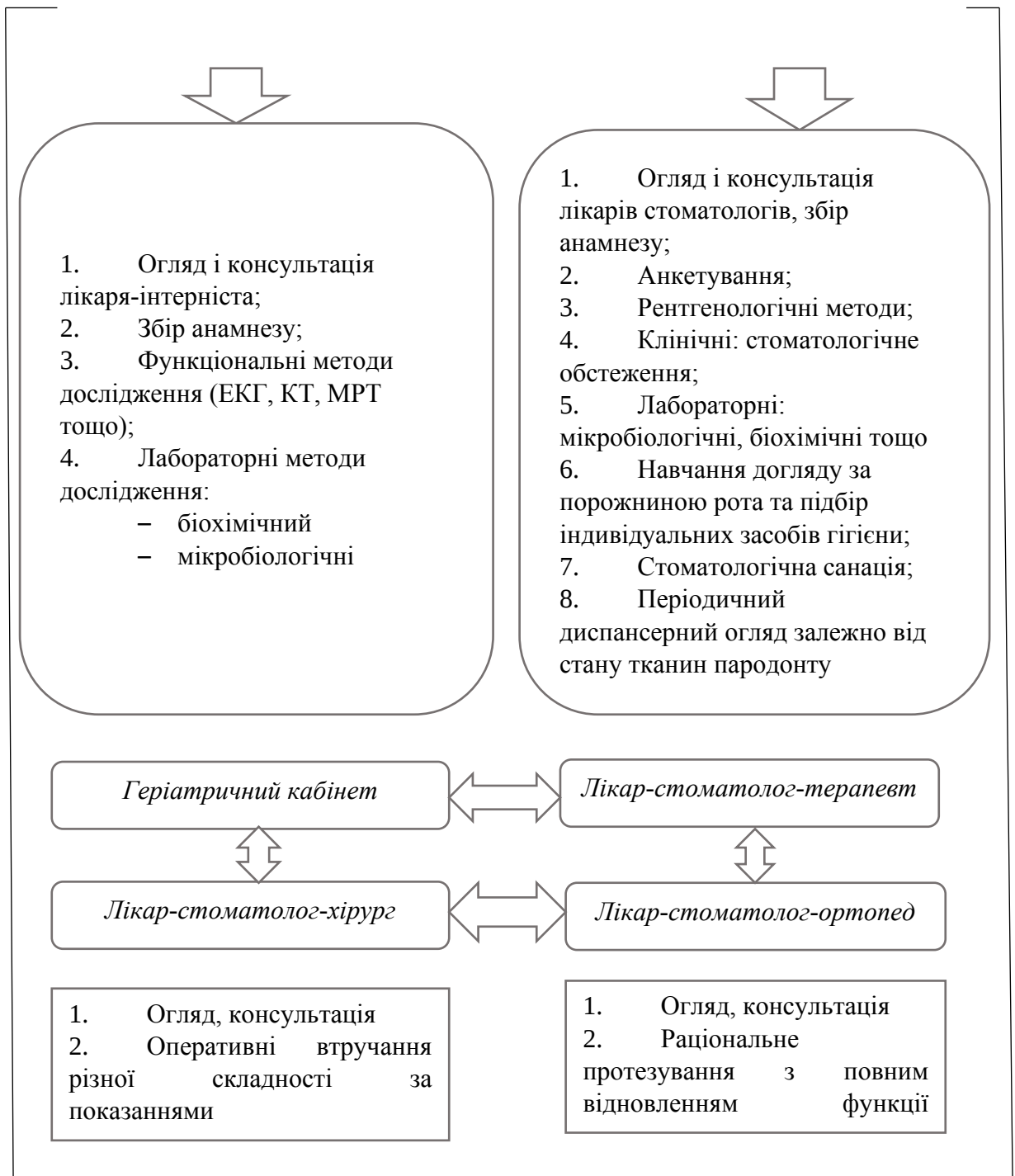


Рисунок 3.2 – Дорожня карта лікування стоматологічного хворого похилого віку

Також розроблення відповідної програми реабілітаційних стоматологічних заходів для громадян України похилого віку є актуальним питанням та має включати наступні направленості:

- медична підтримка, яка забезпечує на постійній основі

спостереження в кабінеті геріатрії, раціональне харчування;

- стоматологічна підтримка, що включає питання диспансерного огляду з використанням різних методів клініки, рентгенології та лабораторій, санації порожнини рота, методики реабілітації, включаючи комплекс фізіотерапевтичних заходів;

- психологічна підтримка щодо мотивації пацієнтів по догляду за ротовою порожниною, визначенням періодичності оглядів у лікаря-стоматолога терапевтичної направленості;

- соціальна реабілітація з питань відновлення естетичних функцій, жувальних функцій, а також проведення заходів щодо просвітницької роботи з приводу питань, що охоплюють ефективність гігієни порожнини рота та підбір індивідуальних засобів задля профілактики карієсу й тканини пародонту.

Таким чином, можна зазначити, що при визначенні захворювань порожнини рота у літніх людей потрібно орієнтуватися на соціальні і вікові проблеми з їх подальшим поглибленим вивченням:

- по-перше – орієнтування системи стоматологічної допомоги має бути направлена на мінливу, особливо сьогодні в Україні, демографічну ситуацію;

- по-друге – необхідність вироблення стратегії надання допомоги стоматологічної направленості громадянам літнього віку.

3.2 Напрями вирішення актуальних питань в організації стоматологічної допомоги населенню України

Державне регулювання стоматологічної галузі в Україні вже зараз має бути направлено на ефективні інституційні перетворення, новації в нормативно-правовій частині, запровадження інноваційних методів фінансування зазначеної галузі, заохочення медичного персоналу до саморозвитку, удосконалення професійного навчання тощо.

Також, не мало важливим для Міністерства охорони здоров'я України є пошук шляхів, що стосуються післявоєнного відновлення загальної системи

охорони здоров'я, у тому числі стоматології задля надання медичних послуг населенню, особливо в деокупованих територіях. з обсягом і якістю не меншими, що були в довоєнний час.

У 2022 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я були розроблені рекомендації, що стосуються питань відновлення української системи охорони здоров'я нашої країни саме у післявоєнний час та були направлені до Міністерства охорони здоров'я України [37].

Зазначені рекомендації щодо відновлень та трансформацій національної системи охорони здоров'я, на нашу думку, можна згрупувати певними векторами розвитку:

- запровадження вимог під час відновлення системи медичної сфери, які б відображали вирішення таких питань: орієнтованості на потреби людини; ефективності; стійкості; рівності та фінансового захисту; підзвітності або прозорості.

- адаптування до стандартів Європейського Союзу медичної, в тому числі і стоматологічної галузі України, тобто при відновленні медичної сфери одразу тримати курс на євроінтеграцію. Наразі вже ідуть роботи міністерства охорони здоров'я та обласних військових адміністрацій по розробленню планів щодо відновлення медичної сфери саме на деокупованих територіях: Київська, Сумська, Чернігівська.

- акцентування сильних сторін медичної системи, новостворення інституцій та розширення людського потенціалу.

- пріоритетність на стабільне управління у медичній системі замість кризового. Відповідно до цього є рекомендації щодо розширення мережі послуг медичної сфери (первинного рівня), підвищення рівня при наданні першої допомоги та рівня доступності ліків, а також, використовуючи екологічні підходи, відбудови лікарень багатoproфільного характеру, амбулаторно-поліклінічних закладів.

На основі вищезазначеного пропонуємо сформулювати відповідні рекомендації задля удосконалення національного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню. Однак, потрібно зазначити, що сьогодні

відбувається складна адаптація суспільства до існуючих умов спричиненими агресією з боку сусідньої держави, міграційним процесом внутрішнього та зовнішнього характеру, загальним зниженням темпів соціально-економічного розвитку.

На відміну від інших медичних галузей стоматологічна допомога населенню має відповідність практиці більшості країн Європи, через функціонування як окремої підгалузі охорони здоров'я [26].

Основною метою реформування стоматологічної галузі має бути комплексність організаційно-економічної перебудови, що буде максимально наближена напрямів роботи в розвинутих країнах Європейського Союзу. Саме забезпечення якісного задоволення населення практичних реалізацій у стоматологічній сфері призведе до покращення показників здоров'я зубів серед громадян нашої країни, тим самим збільшуючи роль профілактичних заходів, зберігаючи при цьому доступність до послуг зі стоматології.

Таким чином, на нашу думку, основними напрямками удосконалення державного регулювання в Україні системи стоматологічної після закінчення воєнних дій на території нашої країни та війні взагалі мають стати:

По-перше. Підготовка та прийняття Закону України «Про систему стоматологічної допомоги населенню в Україні», з чітким затвердженням на законодавчому рівні конкурентних «правила гри» щодо системи стоматологічної допомоги. Наступними кроками мають бути розробка та затвердження відповідних програм розвитку, стандартів тощо, спрямування на удосконалення відносин між пацієнтами, стоматологами, стоматологічними закладами, громадськими об'єднаннями стоматологів, органами публічного управління.

По-друге. Оновлення діючих нормативно-правових актів, що стосуються стоматологічної галузі, доопрацювання нормативно-технічної документації до вимог стандартів європейського та світового характеру, а також за необхідністю розробка проєктів нових положень що стосуються, наприклад, кваліфікаційних характеристик стоматолога, питань безперервної освіти, процесу сертифікації (ліцензування) суб'єктів стоматологічної діяльності,

єдиного реєстру стоматологів України, програм професійної підготовки стоматологів, діловодства та звітності суб'єктів діяльності стоматологічної галузі тощо.

По-третьє. Підвищення рівня ефективних умов для надання допомоги стоматологічного характеру населенню на різних рівнях: первинному, вторинному, третинному, з чітким їх нормативним закріпленням.

Первинний рівень стоматологічної допомоги населенню в обов'язковому порядку має бути забезпечений стоматологічним кабінетом з працюючим лікарем-стоматологом задля надання допомоги зі стоматологічних питань дітям та нормативно визначеним пільговим категоріям громадян в межах певного обсягу.

Вторинний рівень лікарів-стоматологів має бути представлений медичними стоматологічними центрами, некомерційними, неприбутковими підприємствами, реорганізуючись в медичні стоматологічні заклади. При наданні стоматологічних послуг, визначених державою, як безоплатними, підприємства та стоматологічні заклади приватної форми власності можуть виконувати державні замовлення за бюджетні кошти в рамках чинного законодавства з питань державних закупівель.

Тому, пропонуємо, розглянути питання щодо виділення стоматологічної допомоги в окремий вид допомоги медичної сфери на всіх рівнях.

По-четверте. Закріплення одного лікаря стоматолога за родиною, тобто сімейного стоматолога.

В країнах Європейського Союзу така практика стоматологічної допомоги є дієвою формою державної стратегії. Таким чином, сімейний стоматолог забезпечує допомогу саме на первинному рівні, а також координує весь процес інших стоматологічних послуг.

Такий підхід індивідуально до кожного члена родини впливає позитивно на стоматологічне здоров'я усієї сім'ї [15].

По-п'яте. Прискорення процесу реорганізації стоматологічних установ державної і комунальної форм власності до ринкових умов та їх координація діяльності.

Фінансування державою системи стоматологічної допомоги населенню сьогодні виявилося недостатнім, а в деяких випадка зовсім відсутнім. Як вже зазначалося вище, в більшості передових країн світу фінансування системи стоматологічної допомоги населенню відбувається з приватного, суспільного чи страхового.

Пропонуємо висвітлити основні відмінності у роботі стоматологічних закладів різних форм власності для кращого розуміння суті зазначеного питання (табл. 3.1).

Проводячи аналіз діяльності стоматологічних закладів державної та приватної форм власності, можна констатувати, що приватна стоматологічна практика переважає в даному контексті.

По-шосте. Розширення та підвищення рівня спеціалізації закладів стоматологічного профілю за видами послуг і групами споживачів, наприклад, що стосується соціально незахищених верств населення, забезпечених громадян, іноземців тощо. Зазначений крок вирішить питання щодо упорядкування цінової політики на послуги, оптимізації кадрового й матеріально-технічного забезпечення закладів. В свою чергу, створення мережі стоматологічних клінік для заможних громадян-пацієнтів забезпечить:

- 1) можливість використання технологій і матеріалів сучасності, забезпеченість висококваліфікованим персоналом;
- 2) сприяння подальшому зростанню ринку стоматологічної продукції.

В той же час, держава має нести відповідальність за систему стоматологічної допомоги населенню, яке соціально незахищене.

По-сьоме. Удосконалення організаційної структури системи стоматологічної допомоги населенню за рахунок розвитку державно-громадянського партнерства.

СТОМАТОЛОГІЧНІ ЗАКЛАДИ	
<i>Державна форма власності</i>	<i>Приватна форма власності</i>
1. Фінансування	
1. Бюджетне, частково комунальне, госпрозрахункове. 2. Брак обсягів фінансування. 3. Жорсткі рамки кошторису за певними статтями.	1. Самофінансування. 2. Без обмежень у фінансуванні за обґрунтованими потребами. 3. Відсутність постійного кошторису. 4. Вільний та оперативний розподіл

4. Обов'язковість калькуляції витрат на види робіт. 5. Довготривале погодження щодо використання фінансових ресурсів та коштів з контролюючими органами.	коштів залежно від реальної потреби.
2. Матеріально-технічна база	
1. Застаріле, незручне для лікарів та пацієнтів обладнання. 2. Брак коштів на оновлення медичного обладнання. 3. Наявність лікувальних кабінетів з незадовільним станом. 4. Заборони на придбання сучасних стоматологічних матеріалів та інструментарію.	1. Матеріальне і технічне забезпечення високого рівня 2. Придбання стоматологічного обладнання та матеріалів керівником закладу без додаткових погоджень. 3. Сучасні дезінфікуючі засоби. 4. Сучасний інтер'єр та ремонт приміщень з вентиляційними системами та системою кондиціонування повітря.
3. Оплата медичної послуги	
1. Самовільне, неконтрольоване встановлення лікарями додаткових розцінок на медичні послуги. 2. Оплата послуг за лікування поза касою.	1. Прайс-аркуш з визначенням рівня оплати за послуги. 2. Оплата коштів у касу.
4. Оплата праці медичних працівників	
1. Фіксація заробітної плати	1. Не фіксованість заробітної плати. 2. Виплата відсотків від фактично виконаних обсягів робіт.
5. Організаційні засади лікувального процесу	
1. Низький рівень надання послуг. 2. Неможливість своєчасного запровадження сучасних технологій лікування. 3. Збільшений термін лікування. 4. Відсутність гарантії на якісне надання послуги. 5. Низько вартісні та не якісні матеріали стоматологічного профілю	1. Надання переваги сучасним матеріалам і технологіям. 2. Гарантія якості на всі послуги. 3. Контроль за якістю лікування 4. Сучасні якісні стоматологічні матеріали.
6. Інші відмінності	
1. Неатестованість лікарів 2. Складна процедура звільнення працівника за ініціативою адміністрації. 3. Відсутність фінансування на рекламу. 4. Відсутність мотивації у персоналу. 5. Скарги від населення та ін.	1. Звільнення працівника за рішенням керівника. 2. Мотивація лікарів до праці. 3. Задоволеність пацієнтів.

Рисунок 3.3 – Діяльності державних і приватних закладів
стоматологічного профілю

В десятках країн різних економічних регіонів можуть реалізовуватися одночасно проекти державно-громадського партнерства. Як правило, саме глобальні проекти проводяться за підтримки Всесірної організації охорони здоров'я та Міжнародних профільних асоціацій [4].

Саме громадськість може створювати неприбуткові соціальні

підприємства і тим самим знімати тягар з держави, як «третій сектор» економіки.

Роль держави у відносинах з громадськістю має відігравати певні ролі, а саме:

- творець нормативно-правових аспектів;
- об'єктивний арбітр з контрольно-ревізійними функціями за дотриманням правил кожної зі сторін;
- специфічний бізнес-партнер, з бажаннями про отримання різних преференцій від співпраці з бізнесом та громадськістю.

Державно-громадське партнерство надає низку переваг кожному з учасників цього процесу, а саме:

- 1) реалізуються можливості громадян у визначені публічної політики щодо стоматологічної допомоги;
- 2) запровадження нових нестандартних підходів при залученні всіх секторів держави;
- 3) активізація національної підтримки у законодавчих питаннях;
- 4) безпосередня участь організацій громадянського суспільства, громадськості, соціально активних громадян в реалізації функції держави з соціальних питань (отримання соціально незахищеними верствами населення стоматологічних послуг та ін.);
- 5) відкриття нових сфер діяльності приватними партнерами (реалізація гігієнічних засобів для порожнини рота), спрощення процедур отримання дозвільних документів, отримання додаткових гарантій для інвесторів, участь у програмах фінансування від державних та міжнародних інституцій, доступність кредитів під державні гарантії.
- 6) перспектива використання інноваційних матеріалів, обладнання та технологій стоматологічного профілю за рахунок інвестицій у бізнес;
- 7) удосконалення системи підготовки кадрів з питань спеціалізованої стоматологічної допомоги;
- 9) спрямування на пацієнта – доступність до медичної установи,

отримання пацієнтом максимального комфорту в клініці, з підвищеною увагою з боку персоналу, цілодобовий доступ до медичної допомоги;

10) поділ ризиків у сфері стоматологічної допомоги населенню між учасниками партнерства;

11) співробітництво з міжнародними організаціями тощо.

З початком російської агресії досить популярною формою державно-громадського партнерства стало волонтерство.

Стоматологічна допомога на територіях проведення бойових дій стала доступна для захисників України завдяки учасникам волонтерського стоматологічного руху. Вже у 2014 році на базі хлібовозок були обладнані мобільні стоматологічні кабінети лікування зубів військовим на Донбасі. Під час повномасштабного вторгнення російської федерації на територію нашої країни за підтримки благодійних фондів, донатів громадян, волонтерами обладнуються мобільні стоматологічні кабінети на базі «екстреної» допомоги з сучасним технікою та обладнанням.

Наразі волонтерами збираються та передаються мобільні стоматологічні кабінети на баланс військовослужбовцям.

Отже, на нашу думку, що саме розвиток волонтерського руху в Україні та за межами у сфері стоматологічної допомоги як форма реалізації державно-громадського партнерства потребує забезпечення відповідного правового регулювання, через можливість надання висококваліфікованої допомоги стоматологічного профілю у віддалених місцях, в місцях ведення бойових дій для малозабезпечених, військових, літніх осіб тощо.

Потрібно також зауважити, що на державному рівні не було проведено роботу на достатньому рівні щодо розроблення сучасних протоколів лікування, обладнання і введення в експлуатацію стоматологічних мобільних кабінетів, системи забезпечення військових лікарів-стоматологів необхідним обладнанням, а також розхідним матеріалом.

З іншого боку, волонтерська стоматологічна допомога має й недоліки, які розкриваються у короткотривалості або нерегулярності допомоги, відсутності

повноцінної адаптації умов надання в певній місцевості, відсутності, в деяких випадках, якості й контролю за надану стоматологічну допомогу, а також відсутності самої відповідальності з боку дій волонтерів тощо.

По-восьме. Профілактичне спрямування стоматологічної практики та зміцнення значення її профілактичної складової.

Лікарі стоматологічних служб країн Європи приймають до 85 відсотків усіх пацієнтів з питань профілактики [15]. В той же час, в Україні відбувається скорочення бюджетного фінансування стоматологічних послуг, що приводить до зростання захворювань ротової порожнини. Брак коштів у населення України приводить до того, що лікарі-стоматологи перестають лікувати зуби, а починають лікувати їх відсутність [70]. Саме цей факт – є очевидним прямим наслідком недосконалості державного регулювання у сфері стоматологічної допомоги населенню.

Таким чином, що практична реалізація напрямів удосконалення державного регулювання в системі стоматологічної допомоги населенню сприятиме, особливо в післявоєнний період, успішному розвитку цієї системи, що в свою чергу, забезпечить підтримку та покращення стоматологічного здоров'я населення в цілому, ефективність організаційних, правових та фінансово-економічних заходів при наданні допомоги, соціальну справедливість і захист прав громадян на охорону здоров'я тощо.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження щодо державного регулювання стоматологічної допомоги населенню в Україні дозволяють сформулювати наступні висновки.

1. При дослідженні історичних аспектів становлення стоматологічної допомоги населенню України можемо констатувати, що наразі в Україні створена мережева система надання стоматологічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах та на базах багатoproфільних лікарень державного підпорядкування спеціалізованих стоматологічних стаціонарів; введено механізми державного регулювання, планування та контролю за системою; запроваджено систему профілактичних заходів основних стоматологічних хвороб, особливо серед дітей; організовано систему підготовки медичних кадрів у стоматологічній галузі із середньою та вищою освітою.

Водночас, варто зазначити, що національна медична реформа, основою, якої було запровадження первинної медичної допомоги у форматі сімейної медицини з одночасним скороченням обсягів високоспеціалізованої та стаціонарної допомоги, фактично призвела до повної ліквідації стоматологічної допомоги населенню на рівні первинної ланки, особливо у державних та комунальних медичних закладах.

Включення стоматологічної допомоги до вторинної і третинної ланки, з подальшими пропозиціями передання її в функції сімейних лікарів, в свою чергу, які мають початкові знання зі стоматологічних хвороб та взагалі не освоюють технології виконання стоматологічних маніпуляцій. Такий стан речей практично унеможливує можливість централізованого проведення профілактичних заходів з питань стоматологічних захворювань, а також й в подальшому сприяє перерозподілу ринку стоматологічних послуг з витісненням комунальних стоматологічних закладів до приватного сектору.

2. *Встановлено*, що розвиток стоматологічної діяльності у розвинених

країнах світу за принципами, які направлені на: підтримку системи стоматологічної допомоги з боку урядів; інтеграцію загальних служб охорони здоров'я, в тому числі й стоматологічних; запровадження декількох джерел фінансування; гарантування прав людини у сфері охорони здоров'я; ефективність санітарно-просвітницьких заходів; забезпечення стоматологічної допомоги з боку держави соціально незахищеним категоріям громадян та ін.

В той же час, жодна зарубіжна розвинута держава не забезпечує безкоштовною якісною та сучасною стоматологічною допомогою повністю населення. За рахунок бюджету не забезпечується придбання відповідного сучасного стоматологічного обладнання, технологій та матеріалів для лікувально-профілактичних заходів стоматологічних захворювань у населення. Так, у США політика системи інститутів некомерційних медичних організацій направлена на отримання прибутку, уряди країн західної Європи проводять політику скорочення державного впливу в економіку, припинення надмірного регулювання з боку держави з делегуванням певних повноважень кваліфікованим інститутам бізнес-спільноти.

Можна зазначити, що світова практика надання стоматологічної допомоги населенню рухається у напрямку залучення пацієнтів до оплати стоматологічних послуг. Однак, у більшості країн світу робота з стоматологічної профілактики виконується, все ж таки, за рахунок бюджетних коштів та надання стоматологічної допомоги дітям і окремим верствам населення має державну підтримку. Потрібно також відмітити, що в країнах з діючою системою медичного страхування стоматологічна допомога є більш доступною для громадян країни.

3. *Проаналізовано* нормативно-правове забезпечення діяльності національної системи стоматологічної допомоги та *визначено*, що зазначена система реалізується на засадах галузевого та міжвідомчого підходів й функціонує на підставі нормативно-правових актів з характером загальної дії, а саме: Конституції України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Бюджетний та Цивільний кодекси України; інші

законодавчі та підзаконні акти. Такий стан справ вказує, перш за все, на слабкість, невизначеність та нестабільність нормативно-правового забезпечення системи стоматологічної допомоги.

Наразі ведення стоматологічної практики, гарантії та принципи професійного самоврядування в Україні не підкріплені базовим Законом. Тому стоматологічна галузь вкрай потребує термінового законодавчого врегулювання через прийняття базового Закону «Про стоматологічну діяльність», забезпечення відповідного нормативно-правового регулювання питань діяльності волонтерського руху у сфері стоматологічної допомоги, як форми реалізації державно-громадського партнерства, системи заходів реабілітації громадян в питаннях стоматологічної допомоги, які постраждали під час перебування на окупованих територіях чи у полоні та висококваліфікованої допомоги стоматологічного профілю у віддалених місцях, в місцях ведення бойових дій малозабезпеченим верствам населення, військовим, літнім особам тощо.

4. Стоматологічна сфера в Україні, особливо в деяких регіонах, перебуває в кризовому стані, що вимагає реформування галузі та розробки нової стратегії конкурентоспроможності стоматологічних установ, яка б враховувала нові загрози і виклики сьогодення.

З'ясовано, що відповідно до статистичних даних зайнятості лікарів-стоматологів в медичних закладах України з 2016 по 2023 рік, простежується тенденція скорочення кількості лікарів, працюючих в закладах різних форм власності. Так, у 2016 році в Україні працювало майже 26 тисяч лікарів-стоматологів, в вже в 2021 році кількісний показник склав трохи більше 22 тисяч осіб, на кінець 2023 року кількість лікарів стоматологічного профілю скоротилася в два рази через військову агресію сусідньої держави.

Через зміну фінансування стоматологічної допомоги, пандемію COVID-19 військове вторгнення на територію нашої країни простежується зниження показників планових оглядів в регіонах України серед дорослого населення та дітей віком до 17 років, причиною яких є повномасштабні бойові дії на теренах

нашої країни. Самий більший показник зменшення відбувається в регіонах східної та південної України, а в Луганській, Донецькій, Херсонській та Запорізькій областях – зниження більше ніж в 10 разів. Отже, у результаті дворічної пандемії COVID-19 і повномасштабної війни з 2022 року в Україні простежується зменшення обсягів допомоги населенню стоматологічного профілю та значні коливання відповідних показників. На територіях, що окуповані ворожою країною отримання стоматологічних послуг взагалі неможливе або обмежене. Регіони України, які не є окупованими, мають проблеми з великою кількістю внутрішньо переміщених осіб, які претендують на отримання термінової та запланованої стоматологічної допомоги.

5. Основною метою реформування стоматологічної галузі має бути комплексність організаційно-економічної перебудови, що буде максимально наближена до напрямів роботи в розвинутих країнах Європейського Союзу. Саме забезпечення якісного задоволення населення практичних реалізацій у стоматологічній сфері призведе до покращення показників здоров'я зубів серед громадян нашої країни, тим самим збільшуючи роль профілактичних заходів, зберігаючи при цьому доступність до послуг зі стоматології.

На основі вищезазначеного пропонуємо визначити відповідні напрями удосконалення державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню: а) підготовка та прийняття Закону України «Про систему стоматологічної допомоги населенню в Україні», з чітким затвердженням на законодавчому рівні конкурентних «правила гри» щодо системи стоматологічної допомоги та відповідних програм розвитку, стандартів тощо; б) оновлення діючих нормативно-правових актів, що стосуються стоматологічної галузі, доопрацювання нормативно-технічної документації до вимог стандартів європейського та світового характеру, а також за необхідністю розробка проєктів нових положень що стосуються, наприклад, кваліфікаційних характеристик стоматолога, питань безперервної освіти, процесу сертифікації (ліцензування) суб'єктів стоматологічної діяльності, єдиного реєстру стоматологів України, програм професійної підготовки

стоматологів, діловодства та звітності суб'єктів діяльності стоматологічної галузі тощо; в) підвищення рівня ефективних умов для надання допомоги стоматологічного характеру населенню на різних рівнях: первинному, вторинному, третинному, з чітким їх нормативним закріпленням; г) закріплення одного лікаря стоматолога за родиною, тобто сімейного стоматолога; д) прискорення процесу реорганізації стоматологічних установ державної і комунальної форм власності до ринкових умов та їх координації діяльності; є) розширення та підвищення рівня спеціалізації закладів стоматологічного профілю за видами послуг і групами споживачів, наприклад, що стосується соціально незахищених верств населення, забезпечених громадян, іноземців тощо; ж) удосконалення організаційної структури системи стоматологічної допомоги населенню за рахунок розвитку державно-громадянського партнерства; з) профілактичне спрямування стоматологічної практики та зміцнення значення її профілактичної складової; к) при запровадженні загальнодержавного обов'язкового медичного страхування, включення в державні фінансові гарантії певного переліку стоматологічних послуг; л) затвердження на державному рівні стратегії надання стоматологічної допомоги громадянам літнього віку та дітям з відповідним фінансуванням.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Аналіз надання стоматологічної допомоги дитячому населенню в умовах військового стану / Рейзвіх О., Іванов, В., Деньга, О., Сухомейло, Д., & Шнайдер, С. *Вісник стоматології*. 2023. Т. 122. № 1 С. 31–38. URL : <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2023-47-1.6> (дата звернення: 21.09.2024).
2. Біденко Н. До 175-річчя Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. *Факти з історії київської стоматології у документах і спогадах*. URL: <https://nmuofficial.com/news/175-richchya-natsionalnogo-medychnogo-universytetu-imeni-o-o-bogomoltsya-fakty-z-istoriyi-kyuyivskoyi-stomatologiyi-u-dokumentah-spagadah/> (дата звернення: 29.09.2024).
3. Богату С.І. Організація надання стоматологічної допомоги : досвід України та країн ЄС. *Наукові перспективи*. 2021. № 11 (17). С. 421-444.
4. Богату С.І. Програми державно-громадянського партнерства в стоматології країн світу. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. 1(82). С. 64–72.
5. Вікіпедія: Стоматологія в Україні. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%^0%BE,%D0%BC,%D0%B0,%D1%82,%D0%BE,%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F> (дата звернення: 25.08.2024).
6. Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2019 рік . довідник. /Ю.В. Вороненко, І.П. Мазур, О.В. Павленко. Кропивницький: Поліум, 2020. 92 с.
7. Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2020 рік: довідник. Кропивницький: Поліум, 2021. 101 с.
8. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Чопчик В.Д. Сучасні особливості розвитку мережі та кадрових ресурсів стоматологічної служби м. Києва. *Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика*. 2019. № 34. С. 283–293.

9. Горачук В. В., Круть А. Г., Михальчук В. М. Державне регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні. Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика. 2019. № 34. С. 293-306.

10. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2016. Вип. 9. С. 24-28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprfc_2016_9_8. (дата звернення: 17.06.2024).

11. Грицюк В. М. Військо скіфів (озброєння, організація війни та воєнне мистецтво) : монографія. – К. ; Чернівці : Місто, 2009. 296 с.

12. Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.02.2024 р. № 212. Дата оновлення : 15.06.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/212-2024-%D0%BF> (дата звернення: 21.08.2024).

13. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році : Постанова кабінету Міністрів України від 29 грудня 2022 року № 1440. Дата оновлення : 15.11.2022. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/1440-2021-%D0%BF> (дата звернення: 16.08.2024).

14. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 р. № 1464. Дата оновлення : 04.11.2023. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#n23> (дата звернення: 21.08.2024).

15. Діасамідзе Е.Д., Жуков К. В., Рогожин Б.А. Нова Концепція зміни структури надання стоматологічної допомоги під час реалізації медичної реформи. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2017. №3. С. 6-10.

16. Дуда О., Миц В. Тенденції розвитку глобального ринку стоматологічних послуг. Інноваційні процеси економічного та соціально-культурного розвитку: вітчизняний та зарубіжний досвід. Тези доповідей XVI

Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених і студентів. Тернопіль: ЗУНУ, 2023. URL : <file:///D:/%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%80%202024/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82/%D0%97%D0%B0%D1%80%20%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%B2.pdf> (дата звернення: 15.07.2024).

17. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. Дата оновлення : 01.01.2020. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 16.08.2024).

18. Лебедик С.В., Коноваленко С.О. Особливості розвитку стоматологічної допомоги у розвинених країнах Західної Європи та Північної Америки. *Медсестринство*. 2021. №3. С. 12-16.

19. Левчук Н. М. Здоров'я і тривалість життя в Україні у контексті формування передумов інновацій-ної зайнятості. *Демографія та соціальна економіка*. 2017. No 1 (29). С. 54-64. URL : <http://visnyk.od.ua/index.php/mainjournal/article/view/470/421> (дата звернення: 21.09.2024).

20. Листи до президента ГО «АСУ» голів деяких осередків. URL : <https://www.udenta.org.ua> (дата звернення: 21.09.2024).

21. Ляхова Н.О., Нестеренко О.М. Стан ринку стоматологічних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип. 3 (3). С. 47–50.

22. Мазур І.П. Лікарські товариства у формуванні української наукової стоматологічної школи: історіографічні нариси. *До сторіччя формування Української наукової стоматологічної школи*. Стоматологія/огляд. 2017. №18(415). С. 72-73.

23. Мазур І.П. Обговорення гострих питань реформування у стоматології. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 2. С. 111.

24. Мазур І.П., Вахненко О.М. Сторіччя української стоматології: здобутки та сучасні виклики: *Історія медицини. Актуально*. Т. 12 № 1 (84) 2020. URL : <https://umv.com.ua/storichchya-ukrainskoi-stomatologii-zdobutki-ta->

suchasni-vikliki/ (дата звернення: 25.08.2024).

25. Мазур ІІ, Черненко ІІ, Павленко ОВ. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2022 рік : довідник. Кропивницький: Поліум; 2023. 104 с. URL : <https://drive.google.com/file/d/1bVRjehAWZJi3rgnHWSgIFwXMbFRIYx0/view> (дата звернення: 17.08.2024).

26. Махінчук Н.В. Особливості державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Věda a perspektivy*. 2022. № 8(15). С. 22-34. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/vp/article/view/2335/> (дата звернення: 10.10.2024).

27. Махінчук Н.В. Проблеми державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню в Україні в умовах воєнного стану. *Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління: зб. тез за матеріалами круглого столу до Дня незалежності України, Київ, 22 серпня 2022 року*. С.173-174. URL : <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf> (дата звернення: 15.07.2024).

28. Медична стоматологічна допомога в моделях медичного страхування різних країн / А.В.Павленко, А.Н. Вахненко, Л.Г. Єрмакова, М.А. Павленко, Е.І. Фефер, И.Ф. Авербух. *Сучасна стоматологія*. 2019. Вип. 5. С. 100–103.

29. Мельниченко О. А. Dentist-24 – сучасний засіб адміністрування діяльності стоматологічних закладів. Питання експериментальної та клінічної стоматології. 2019. Вип. 14. С. 152–156.

30. Мельниченко О. А. Удовиченко Н. М. Вплив епідеміологічно-економічної кризи на ринок стоматологічних послуг Харкова. Місто. Культура. Цивілізація : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 23 квітня 2020 р. Харків : Вид-во ХНУМГ, 2020. URL : <https://repo.knmu.edu.ua/items/450fcdf2-13e4-437f-8585-caf2c023e9e1> (дата

звернення: 21.08.2024).

31. Мельниченко О.А., Ємченко В.І. Пріоритети публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук.* 2018. № 2. С. 129-134.

32. Обґрунтування медичної, соціальної необхідності та економічної доцільності реформування та планування стоматологічної ортопедичної допомоги молоді України / Лабунець О.В, Рачинський С.В, Шнайдер С.А, Дієва Т.В, Лабунець В.А. *Architecture Medical Science Technical Science*. 2020. № 30(82). URL : <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/10107> (дата звернення: 25.08.2024).

33. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-12 Дата оновлення : 01.10.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2801-12> (дата звернення: 16.08.2024).

34. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL : moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161130_d.html (дата звернення: 26.08.2024).

35. Павленко О.В., Вахненко О.М. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія. *Сучасна стоматологія*. 2013. № 2. С. 180-181.

36. Перспективи надання стоматологічної допомоги пацієнтам похилого і старечого віку / О. Дорошенко, Т. Волосовець, О. Омеляненко, М. Дорошенко, О. Шепелинський *Вісник стоматології*. 2024. № 1 (126). URL : <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-51-1.29> (дата звернення: 21.09.2024).

37. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487> (дата звернення: 10.10.2024).

38. Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної

агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного: наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2018 р. № 49/180. Дата оновлення : 02.11.2018. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0252-18> (дата звернення: 21.08.2024).

39. Про внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2020 № 239. Дата оновлення : 29.11.2023. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.08.2024).

40. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.12.2012 № 1216. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1216-2012-%D0%BF#n2> (дата звернення: 17.08.2024).

41. Про внесення до деяких постанов Кабінету Міністрів України змін щодо удосконалення реалізації програми медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 20.10.2023 № 1139. Дата оновлення : 01.01.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1139-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 17.08.2024).

42. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення : 22.05.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 26.08.2024).

43. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки : Постанова КМУ від 05.08.2020 № 695. Дата оновлення : 13.08.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 16.08.2024).

44. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України 15.07.1997 № 765. Дата оновлення : 19.12.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення: 17.08.2024).

45. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на

період до 2020 року : Постанова КМУ від 06.08.2014 № 385. Дата оновлення : 17.09.2020. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-%D0%BF> (дата звернення: 16.08.2024).

46. Про затвердження Інструкції про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України: наказ Міністерства оборони України 18.08.2015 № 414. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1071-15> (дата звернення: 21.08.2024).

47. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016р. № 285. Дата оновлення : 15.07.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF> (дата звернення: 17.08.2024).

48. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова КМУ від 25.03.2015р. № 267. Дата оновлення : 15.11.2023. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF> (дата звернення: 25.08.2024).

49. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : Постанова Кабінету містрів України від 30.11.2016 № 932 . Втрата чинності : 04.03.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#n10> (дата звернення: 16.08.2024).

50. Про затвердження уніфікованої форми акта, складеного за результатами проведення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю) щодо додержання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.11.2017 р. № 1366. Дата оновлення : 07.03.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0920-23#Text> (дата звернення: 17.08.2024).

51. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222- . Дата оновлення : 20.09.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/222-19> (дата звернення: 17.08.2024).

52. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. Втрата чинності : 01.01.2015. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/3612-17> (дата звернення: 16.08.2024).

53. Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України: Постанова Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26- VIII. Офіційний вісник України. 2014. № 102. ст. 3005.

54. Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки : Указ Президента України від 22.05.2002 № 475/2002. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/475/2002> (дата звернення: 16.08.2024).

55. Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні: проект Закону України від 08.11.2021. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3790-IX#Text> (дата звернення: 17.08.2024).

56. Про створення Координаційної ради МОЗ України з питань стоматології : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.01.2009 № 2. Дата оновлення : 22.06.2016. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002282-09> (дата звернення: 17.08.2024).

57. Про стоматологічну діяльність : проект Закону України від 31.05.2016 № 4736. URL : https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59262 (дата звернення: 17.08.2024).

58. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. Офіційний вісник України. 2015. № 4. ст. 67.

59. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова КМУ від 27.12.2017 № 1101. Дата оновлення : 22.10.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 17.08.2024).

60. Програма EU4Health : Офіційний веб-сайт міністерства Охорони здоров'я України. URL : <https://moz.gov.ua/uk/programa-eu4health> (дата

звернення: 17.08.2024).

61. Савчук О. В. Концептуально-методичні основи вдосконалення стоматологічної допомоги населенню у нових соціально-економічних умовах. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23(1). URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2014_23%281%29__71 (дата звернення: 15.06.2024).

62. Савчук О.В. Концептуальні напрями формування економічно орієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні. *Вісник стоматології*. 2013. № 2. С. 100-103.

63. Сегеда С. П., Грицюк В. М. Військова стоматологія на теренах України: історична ретроспектива та сучасність. *Актуальні питання національної безпеки і оборони*. 2022. № 1. URL: <http://nio.nuou.org.ua/article/view/263381> (дата звернення: 29.09.2024).

64. Сервіс статистики повітряних тривог в Україні : URL : <https://air-alarms.in.ua/?from=2022-02-24&to=2024-10-02#statistic> (дата звернення: 02.10.2024).

65. Статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України : Офіційний веб-сайт міністерства Охорони здоров'я України. URL : <https://moz.gov.ua/uk/centr-medichnoi-statistiki-moz-ukraini> (дата звернення: 17.08.2024).

66. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2019. Вип. 30. С. 77-83.

67. Удовиченко Н. М. Засоби державного регулювання діяльності стоматологічних установ. *Державне управління у сфері цивільного захисту: наука, освіта, практика* : матеріали Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції, Харків, 22–23 лютого 2017 р. URL : <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf> (дата звернення: 15.07.2024).

68. Хожило І.І., Бородін Є.І., Шевцов В.Г. Обласна стоматологічна поліклініка як суб'єкт управління в умовах реформування медичної галузі: нові

функції та завдання. *Право та державне управління*. 2020. №4. С. 292–300.

69. Шевцов В. Мобільність як ключовий принцип надання стоматологічної допомоги в об'єднаних територіальних громадах. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2019. № 3(42). С 160-166.

70. Шевцов В. Г. Програмно-цільове управління як основа розвитку комунального сектору стоматологічної допомоги населенню. *Публічне адміністрування: теорія та практика* : електрон. зб. наук. пр. 2018. Вип. 2(20). URL : [http:// www.dridu.dp.ua/zbirnik%20/2018-02\(20\)/13.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik%20/2018-02(20)/13.pdf) (дата звернення: 21.09.2024).

71. Шляхи вдосконалення організації стоматологічних лікувально-профілактичних заходів в осіб похилого та старечого віку / Павленко Е.М., Білоклицька Г.Ф., Ашаренкова О.В., Копчак О.В., Черняк С.Я. *Oral and General Health*. 2023. Том 4. № 2. URL : https://www.researchgate.net/publication/374123669_Ways_to_improve_the_organization_of_dental_treatment_and_preventive_measuresin_the_elderly_and_senile_people/fulltext/650ef171d5293c106cd8ac53/ (дата звернення: 21.09.2024).

72. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил: Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 379. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25022022--379-schodo-nadannja-medichnoi-dopomogi-v-umovah-voennogo-stanu-vijskovosluzhbovcjam-jaki-berut-uchast-v--operacii-ob%E2%80%99ednanih-sil> (дата звернення: 21.08.2024).

73. Dental Services Market Size, Share & Trends Analysis Report and Segment Forecasts, 2022–2030. URL: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/dental-services-marketreport> (дата звернення: 15.06.2024).

74. Dentobus - mobilna opieka stomatologiczna dla dzieci. URL : <https://www.ortenmedic.pl/dentobus> (дата звернення: 25.08.2024).

75. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020: program polityki zdrowotnej. URL : <https://www.gov.pl/web/zdrowie/monitorowanie-stanu-zdrowia-jamy-ustnej->

populacji-polskiej-w-latach-2016-2020 (дата звернення: 25.08.2024).

76. Policy on Workforce Issues and Delivery of Oral Health Care Services in a Dental Home. *Oral Health Policies*. 2011. Vol. 35, № 6. P. 26-30.

77. Tickle M. Revolution in the provision of dental services in the UK. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2012. Vol. 40, No. 2. P. 110–116.