

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Л. А. КАЗЕКО, О. И. АБАИМОВА, Л. А. НИКИФОРЕНКОВ**

# **СИСТЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2020

УДК 616.31-084(075.8)

ББК 56.6я73

К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.10.2020 г., протокол № 12

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. гл. врач Республиканской клинической стоматологической поликлиники А. М. Матвеев каф. общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета

**Казеко, Л. А.**

К14 Системы стоматологической помощи населению : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, О. И. Абаимова, Л. А. Никифоренков. – Минск : БГМУ, 2020. – 32 с.

ISBN 978-985-21-0697-9.

Изложен один из наиболее важных разделов коммунальной стоматологии — системы стоматологической помощи населению. Отражены рекомендации Всемирной организации здравоохранения и международный опыт развития систем охраны стоматологического здоровья населения.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся по специальности 1-79 01 07 «Стоматология».

УДК 616.31-084(075.8)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-0697-9

© Казеко Л. А., Абаимова О. И., Никифоренков Л. А., 2020  
© УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», 2020

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Лечебно-профилактическая стоматологическая помощь населению той или иной страны осуществляется, как правило, в рамках определенной системы здравоохранения. Система здравоохранения в нашей стране постоянно совершенствуется вместе с развитием общества точно так же, как и в других странах мира. Для того чтобы провести сравнительную оценку отечественной системы здравоохранения, необходимо сделать научный анализ существующих мировых систем здравоохранения и оценить альтернативные варианты, известные в мире.

Рациональное планирование стоматологической помощи населению требует цельного представления о принципах работы и организации стоматологической помощи. В связи с этим врачу-стоматологу необходимы знания о других системах организации стоматологической помощи населению.

**Цель занятия:** изучить существующие базовые системы здравоохранения и системы организации стоматологической помощи населению.

### **Задачи занятия:**

1. Изучить классификацию систем организации стоматологической помощи населению.
2. Изучить историю развития стоматологической помощи населению.
3. Изучить преимущества и недостатки базовых систем организации стоматологической помощи населению.
4. Уметь предложить альтернативную структуру организации стоматологической помощи населению.

**Требования к исходному уровню знаний.** Студент должен:

- 1) знать основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне;
- 2) знать критерии качества стоматологической помощи населению;
- 3) уметь проводить ситуационный анализ данных;
- 4) уметь планировать и оценивать лечебно-профилактическую помощь на коммунальном уровне.

### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Определение понятия «система».
2. Рекомендации ВОЗ по планированию медицинской помощи населению.
3. Юридические аспекты организации медицинской помощи населению.

### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Определение понятий «здравоохранение», «система здравоохранения», «система стоматологической помощи».
2. Социально-страховая система здравоохранения.
3. Государственная система здравоохранения.
4. Частная система здравоохранения.
5. Страховая система стоматологической помощи.
6. Государственная система стоматологической помощи.

7. Частная система стоматологической помощи.
8. Практическая реализация организации систем стоматологической помощи населению на примере некоторых европейских государств.

## ВВЕДЕНИЕ

Стоматологическое здоровье населения — важнейшая составляющая общего здоровья. От качества стоматологической помощи зависит физическое, социальное и психологическое благополучие человека.

Развитие систем стоматологической помощи проходило в тесной связи с развитием общества, изменением потребности людей и отношения их к своему здоровью, в частности к здоровью полости рта.



Рис. 1. Пьер Фошар  
(портретная гравировка,  
Жан-Батист Скотен)

Зубоврачевание как медицинская специальность зародилось в конце XVII – начале XVIII в. В первую очередь это связано с трудами выдающегося французского врача Пьера Фошара<sup>1</sup> (рис. 1).

Пьер Фошар первым среди европейских дантистов выделил зубоврачебное дело в отдельную профессию. В отличие от своих современников, стремившихся держать в секрете свои навыки и умения, П. Фошар сделал собственные знания, открытия и изобретения доступными для всех. Главный труд его жизни — трактат «Хирург-дантист, или Трактат о зубах» (вышел в свет в 1728 г.) — сохранял популярность на протяжении целого столетия. В книге изложены основы анатомии и функции органов полости рта, признаки патологии последних, оперативные методы лечения кариеса, методы восстановления разрушенных и отсутствующих зубов, а также в деталях рассматривается множество иных передовых методик зубоврачевания того времени (некоторые из них продолжают использоваться в современной стоматологии).

К 20-м гг. XX в. стоматология сформировалась как медицинская дисциплина. В настоящее время лечебно-профилактическая стоматологическая помощь населению осуществляется в рамках определенной системы здравоохранения.

---

<sup>1</sup> П. Фошар (фр. *Pierre Fauchard*, 1678–1761) — выдающийся французский врач, признанный «отцом современной стоматологии». Он считается первым человеком, поставившим стоматологию на научную основу, и первым стоматологом в современном понимании. Двухтомный учебник «*Le Chirurgien dentiste, ou Traité des dents*» (1728) является ключевым трудом в стоматологии и считается первым полным трактатом по этой отрасли медицины. (*Pierre Fauchard Academy* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://fr.wikipedia.org>. Дата доступа: 20.04.2020).

*Здравоохранение* — отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения.<sup>2</sup>

*Система здравоохранения* — это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.<sup>3</sup>

Системы здравоохранения складывались под влиянием конкретных исторических, экономических, социальных и политических факторов. Экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) с определенной долей условности в зависимости от способов финансирования, форм и методов контроля объема и качества медицинской помощи, механизмов стимулирования поставщиков и потребителей медицинских услуг предложена классификация, по которой различают три первичных типа (три основных модели) систем здравоохранения:

1) социально-страховая (основанная на всеобъемлющем страховании здоровья) система здравоохранения, или система Бисмарка;

2) государственная (общественная, бюджетная) система здравоохранения, или система Бевериджа;

3) негосударственная (рыночная, частная) система здравоохранения.

Социально-страховая и государственная системы здравоохранения строились на основе солидарной идеологии (от фр. *solidarisme*, от *solidaire* — действующий заодно), суть которой состоит в том, что вклад гражданина в общественное благосостояние не должен определять его доступ к здравоохранению, а также к остальным услугам и продуктам, считающимся социально важными (образование, питание и др.).

Негосударственная (рыночная, частная) система здравоохранения основана на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования. В основе частной медицины лежит либеральная идеология (от лат. *liberalis* — свободный): если вклад гражданина, то есть его труд, определяет доступ на рынок большинства продуктов, то и доступ к системе здравоохранения (а также образования и т. д.) должен определяться теми же факторами. Медицина и здравоохранение в этом случае рассматриваются как любой другой товар.

---

<sup>2</sup> Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. №2435-ХП [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pravo.by> Дата доступа: 20.04.2020.

<sup>3</sup> World Health Organization [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int>. Дата доступа: 20.04.2020.

## МОДЕЛИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Прежде чем перейти к описанию специфических характеристик систем стоматологической помощи населению в некоторых странах, рассмотрим развитие определенных *моделей систем здравоохранения*, которые в последующем послужили основой формирования национальных служб и систем здравоохранения.

### СОЦИАЛЬНО-СТРАХОВАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Рис. 2. Отто фон Бисмарк (1815–1898)

Первой из зародившихся в новейшей истории систем здравоохранения была система, созданная канцлером Германии Отто фон Бисмарком<sup>4</sup> в 1881 г. Система служила целям укрепления здоровья простых рабочих, так как они являлись потенциальными военнослужащими. Система здравоохранения представляла собой программу страхования рабочих и их семей и базировалась на уже действовавших в то время законах о компенсациях работникам железной дороги (1838) и законе о шахтерских обществах (1854). «Больничные кассы» позднее сменили изначально созданные фонды социального страхования, оплачивавшие, помимо расходов на лечение, пособия по безработице, пенсии и т. д. Кассы получали две

трети своих взносов от работников и треть — от работодателя. Эта система послужила в дальнейшем моделью для систем медицинского страхования в мире.

Имея децентрализованный характер управления (на региональном уровне), система Бисмарка финансировалась из трех источников: обязательных взносов работников, обязательных взносов работодателей и определенного процента ассигнований из государственного бюджета. Такой вид страхования медицинской помощи получил название «обязательное медицинское стра-

---

<sup>4</sup>Отто Эдуард Леопольд фон Бисмарк-Шёнхаузен, Герцог цу Лауэнбург (нем. Otto Eduard Leopold Fürst von Bismarck-Schönhausen, Herzog zu Lauenburg; 1815–1898) — первый канцлер Германской империи, осуществивший план объединения Германии по малогерманскому пути. При выходе в отставку получил ненаследуемый титул герцога Лауэнбургского и чин прусского генерал-полковника в ранге генерал-фельдмаршала. (Отто фон Бисмарк [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org>. Дата доступа: 10.05.2020).

хование». Доминирующее значение в финансировании системы имели страховые платежи населения и предприятий. Согласно этой системе рабочим и их семьям гарантировалась обязательная медицинская помощь и оговаривались условия финансирования этой помощи.

Следует отметить, что целевой характер финансирования системы Бисмарка позволяет более гибко и оперативно реагировать на расширение потребностей в медицинских услугах. Она предлагает населению широкий выбор страховых компаний, медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, а также врачебного и сестринского персонала. Конкуренция между организациями (страховыми и медицинскими) способствует повышению качества медицинской помощи. Система Бисмарка предполагает четкое распределение функций и обязанностей между государством, финансирующими органами и медицинскими учреждениями.

В Европе социально-страховая модель наиболее развита в Германии и Франции, но также используется и другими странами, включая Нидерланды, Австрию, Бельгию, Швейцарию, Канаду и Японию. В одних странах (Дания, Норвегия, Финляндия, Канада) доминирует *государственное страхование* (добровольное или обязательное), в других (США, Израиль) — *частное страхование*. Во Франции и Японии медицинское страхование входит в общую систему социального страхования. В Бельгии, Нидерландах, Германии и Швейцарии правительство лишь регулирует деятельность различных независимых фондов. Различия между финансированием или за счет налогообложения, или за счет фондов социального страхования незначительные: страховые взносы составляют определенный фиксированный процент заработной платы, что равнозначно установленному налогу на нее.

В качестве примера функционирования системы здравоохранения Бисмарка кратко рассмотрим немецкий опыт. Большинство экспертов сходятся во мнении, что система здравоохранения Германии является одной из самых эффективных в мире и продолжает постоянно совершенствоваться.

В Германии 90 % населения охвачены национальной системой обязательного медицинского страхования (ОМС), состоящей из приблизительно 150 фондов медицинского страхования (больничных касс). Фонды ОМС формируются за счет трех источников: государственного бюджета, взносов работников и работодателей. Из поступающих в лечебно-профилактические учреждения средств 60 % — это средства обязательного медицинского страхования (из них 25 % — страхование членов семей трудящихся); 10 % — средства добровольного медицинского страхования (ДМС); 15 % — государственные средства за счет налогообложения; 15 % — личные средства граждан.

Система медицинского страхования Германии, основанная на принципах солидарности и субсидиарности, справляется со своими задачами достаточно автономно и независимо от государственного бюджета.

В солидарно финансируемой системе медицинского страхования величина взносов соответствует степени состоятельности застрахованных (размеру их доходов), а услуги оказываются в соответствии с состоянием здоро-

вья независимо от величины личных взносов каждого человека. Такая методика определения размера взносов обеспечивает солидарное выравнивание, в котором здоровые несут расходы за больных, молодые — за старых, одинокие — за семьи, а хорошо обеспеченные — за малоимущих.

Принцип солидарности дополняется принципом субсидиарности, чтобы застрахованный чувствовал собственную ответственность за свое здоровье, и организация деятельности страховых учреждений построена так, чтобы проблемы по возможности решались с привлечением самих застрахованных.

Субсидиарность и солидарность обеспечивают во взаимодействии эффективную социальную защиту, не превышая границы возможностей как самих застрахованных, так и государства.

## ОБЩЕСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

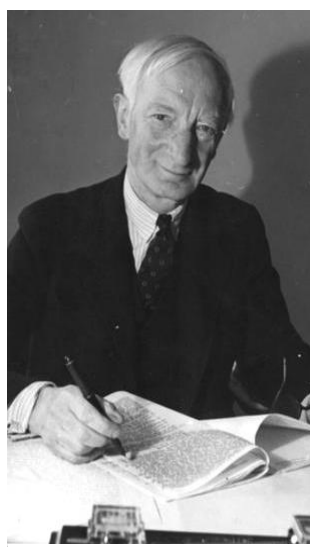


Рис. 3. Уильям Беверидж (1879–1963)

Бевериджская модель социальной политики получила свое название от имени Уильяма Генри Бевериджа<sup>5</sup>, — английского экономиста, заложившего концептуальные основы системы бюджетного финансирования здравоохранения. Англичане считают его одним из величайших социальных реформаторов прошлого столетия.

Уильям Беверидж во время Второй мировой войны по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции. «Отчет Бевериджа»<sup>6</sup>, который был представлен им в докладе правительству Великобритании в 1942 г., лег в основу будущей Национальной службы здравоохранения, включив здравоохранение в структуру общей социальной политики. В 1948 г. правительство учредило Государственную службу здравоохранения, гарантирующую предоставление всем слоям населения бесплатной медицинской помощи.

Основными характеристиками этой модели являются:

1) равный доступ к медицинской помощи всех граждан страны как основополагающая особенность бюджетной модели финансирования здравоохранения (государственная система обеспечивает равенство граждан в по-

<sup>5</sup> Беверидж Уильям Генри (англ. Beveridge, William Henry) (1879–1963) — английский политический деятель и экономист, по имени которого назван План Бевериджа по социальному обеспечению. В 1934–1944 гг. — председатель Постоянного комитета по страхованию от безработицы. С 1937 г. — член Британской академии. В 1940–1944 гг. президент Королевского экономического общества. ([Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://dic.academic.ru>. Дата доступа: 10.05.2020).

<sup>6</sup> Отчёт Бевериджа (англ. Beveridge Report) — отчёт, излагающий принципы, лежащие в основе создания государства всеобщего благоденствия сразу же после Второй мировой войны (издан в 1942 г.). Формальный заголовок отчета — «*Social Insurance and Allied Services*» (рус. «Социальное страхование и другие виды социального обслуживания»). Отчёт отстаивал идею введения социального страхования для создания всеобщей системы социального обеспечения (включая пособия многодетным) и универсальной, всеобщей, свободной национальной службы здравоохранения. ([Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/>; <https://blogs.bodleian.ox.ac.uk>. Дата доступа: 10.05.2020).



лучении медицинской помощи, что препятствует формированию социального неравенства в сфере доступа населения к услугам здравоохранения; ответственность за обеспечение доступа к медицинской помощи возлагается на министерства здравоохранения);

2) центральное и региональное планирование (при планировании медицинской помощи преимущество имеет центральное планирование, несмотря на то что учитываются и особенности развития регионов);

3) контроль и управление осуществляются централизованно через высший орган руководства системой здравоохранения (при этом основная часть медицинских учреждений принадлежит государству).

В данной модели возможны две формы финансирования здравоохранения:

1) через государственные фонды, ресурсы которых используются для финансирования медицинских учреждений (все средства (налоговые поступления) аккумулируются, как правило, в государственном бюджете и распределяются сверху вниз по управленческой вертикали; централизованное финансирование позволяет контролировать рост стоимости медицинских услуг);

2) прямым финансированием медицинских учреждений, минуя государственные фонды.

В настоящее время система здравоохранения Великобритании как наиболее яркий пример общественной (государственной, бюджетной) модели финансируется главным образом из налоговых поступлений граждан. Ключевым поставщиком медицинских услуг является Национальная служба здравоохранения (National Health Service, NHS), подчиняющаяся департаменту (министерству) здравоохранения. Она обеспечивает жителей практически всем набором необходимых медицинских услуг, лекарственными средствами в стационарах и медицинскими изделиями бесплатно. Что касается обеспечения рецептурными препаратами амбулаторного отпуска, то в стране действует сбалансированная система возмещения стоимости этих средств, включающая соплатеж (7,85 фунтов стерлингов за один рецепт) для трудоспособного населения. Для социально уязвимых и малоимущих групп населения установлены льготы по соплатежам. Так, граждане, не достигшие 16 лет, в возрасте 60 лет и старше, студенты очных отделений в возрасте до 19 лет, пациенты с заболеваниями, входящими в специальный перечень, военные пенсионеры и инвалиды войн полностью освобождаются от соплатежей за лекарства. Умеренные соплатежи распространяются на офтальмологические и стоматологические услуги. Государство оплачивает проезд до места лечения для малоимущих, а также предоставляет ряд других важных льгот в области медицинских услуг.

Бюджетная, или государственная система здравоохранения характерна также для Ирландии (с 1971 г.), Дании (с 1973 г.), Португалии (с 1979 г.), Италии (с 1980 г.), Греции (с 1983 г.), Испании (с 1986 г.) и ряда других стран.

## ЧАСТНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Типичным примером рыночной модели является рынок медицинских услуг США. Сфера здравоохранения здесь представлена развитой системой частных медицинских учреждений и коммерческим медицинским страхованием, где врачи являются продавцами медицинских услуг, а пациенты — их покупателями.

Такой рынок наиболее приближен к свободному рынку и обладает всеми его достоинствами и недостатками.

Из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска все новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка. Это определяет положительные стороны рыночной модели здравоохранения.

Вместе с тем недостаточный учет специфики рассматриваемого вида товара (неограниченность спроса на него, монополизм продавца и т. д.) обуславливает известные негативные моменты:

- 1) чрезмерный рост затрат на медицину;
- 2) невозможность осуществления государственного контроля и, следовательно, трудности с установлением приоритетов между здравоохранением и другими отраслями экономики;
- 3) возможность возникновения кризисов перепроизводства и стимулирование поставок неоправданных услуг;
- 4) предпосылки для недобросовестных способов конкуренции;
- 5) чрезмерное влияние моды и рекламы;
- 6) неравный доступ к медицинской помощи.

В рыночной модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар, который может быть куплен или продан в соответствии с классическими законами рынка (т. е. с минимальным учетом его социальной специфики).

Особенность частной модели — отсутствие единой системы государственного медицинского обслуживания или страхования. Медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе, за счет частного страхования или из средств самого потребителя медицинских услуг, а главным инструментом обеспечения потребностей в медицинских услугах является рынок. Государство берет на себя финансирование только тех потребностей общества, которые не могут быть удовлетворены рынком (медицинские услуги для малообеспеченных слоев населения, пенсионеров и безработных) путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи.

При частной системе здравоохранения отсутствует механизм влияния на территориальное распределение медицинских служб. Со стороны государства имеет место недостаточный контроль деятельности лечебных учреждений, широко используются судебные иски в качестве контроля предоставляемых населению медицинских и сервисных услуг. При этой системе

здравоохранения отмечено «навязывание» излишних медицинских услуг, поскольку соотношение спроса и предложения неадекватно — спрос существенно ниже предложения.

Основу системы здравоохранения США составляет частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственной программой медицинского обслуживания бедных «Medicaid» и лиц пенсионного возраста, а также потерявших трудоспособность людей программой «Medicare». Национальная система здравоохранения, которая бы охватывала все население, отсутствует. Система оказания медицинской помощи децентрализована и контролируется частными страховыми медицинскими организациями. В США применяются два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое, которые финансируются за счет государства, личных средств населения и страховых компаний. Правительства штатов также участвуют в регулировании деятельности страховых компаний — компании обязаны пройти аккредитацию в Национальном комитете по обеспечению качества (National Committee for Quality Assurance), предоставив отчетность по определенным показателям и доказательства соответствия своей деятельности принятым стандартам.

Главными проблемами частной системы здравоохранения являются высокая стоимость медицинской помощи и низкий приоритет профилактической работы, отсутствие равной доступности медицинской помощи для населения различных социальных групп и недостаточное внимание к пациентам.

Данные проблемы привели к необходимости существенного реформирования системы здравоохранения. Текущая реформа здравоохранения США проходит согласно закону «О защите пациентов и доступности медицинской помощи», который включает четыре основных направления преобразований:

1. Обязательность медицинского страхования для всего населения.
2. Регулирование страховых тарифов и объемов медицинской помощи, предоставляемых по страховке.
3. Упрощение выбора страхового плана гражданами.
4. Регулирование цен на медицинские услуги и повышение их качества специально созданными комиссиями.

Резюмируя вышесказанное, необходимо отметить, что в *чистом виде ни одна из представленных моделей не существует ни в одном из государств*. Например, как отмечают исследователи, невзирая на то, что германская модель является социально-страховой, государство выделяет существенные средства на здравоохранение непосредственно из бюджета страны. Это стало особенно актуально в последние годы в связи с нехваткой ресурсов здравоохранения. В Великобритании не все потребности NHS финансируются из общих налоговых поступлений: за их счет формируется 76 % ее бюджета. Остальные 24 % покрываются взносами работодателей и работников на медицинское страхование (19 %), а также прочими взносами и сборами (5 %).

## «СМЕШАННАЯ» СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В настоящее время не существует единой, наиболее эффективной модели системы здравоохранения, что приводит к необходимости проведения реформ даже в странах с высокими показателями здоровья населения и уровня жизни. Практически во всех развитых странах оказанием медицинской помощи занимаются учреждения обеих форм собственности, что способствует развитию конкуренции и, соответственно, повышению качества медицинских услуг. Важным является достижение всеобщего охвата населения гарантированными медицинскими услугами, а также устранение дублирования затрат, доступность ресурсов, их рациональное распределение и более эффективное использование.

Характерным примером сочетания двух разных подходов является канадская модель здравоохранения. Ее, как правило, считают социально-страховой, однако во многом она схожа с государственной моделью. В Канаде универсальный доступ к услугам здравоохранения для 99 % населения обеспечивает система всеобщего государственного медицинского страхования «Medicare», в управлении которой важную роль играют страховые медицинские планы десяти провинций и трех территорий. Главным источником финансовых средств «Medicare» служат не взносы работодателей и работников на медицинское страхование, а налоговые поступления федерального правительства и провинций, как это имеет место в бюджетной модели. В Канаде отсутствует законодательно утвержденный пакет медицинских услуг, подлежащих обязательному покрытию из общественных средств. На национальном уровне в рамках «Medicare» для всего населения покрываются расходы на необходимые услуги, включая помощь семейных врачей, оказание большинства видов специализированной медицинской помощи, а также лекарственное обеспечение и лечение в стационарах. В Канаде круг возмещаемых в рамках ОМС услуг и технологий более узкий: не покрываются услуги стоматологов, офтальмологов, андрологов, помощь и уход на дому, а также (вопреки распространенному мнению) амбулаторные рецептурные лекарства. Как следствие, эти лекарства, а также услуги указанных специалистов оплачиваются в рамках частных страховых планов, из средств самих пациентов и благотворительных фондов.

В Швеции после принятия Закона о здоровье и медицинских услугах в 1982 г. все население (кроме нелегальных иммигрантов) получило равный доступ к услугам здравоохранения, финансируемым государством. В стране нет законодательно утвержденного пакета медицинских услуг, подлежащих обязательному покрытию из общественных средств. В то же время в рамках государственной системы оказания медицинской помощи оплачивается весьма широкий круг услуг, включая: общественное здравоохранение, в том числе вакцинацию; профилактику; первичную медицинскую помощь; амбулаторную и стационарную специализированную медицинскую помощь; скорую медицинскую помощь; психиатрическую помощь; реабилитацию; поддержку лиц

с ограниченными возможностями; транспортировку пациентов к месту лечения; уход на дому и долговременный уход, в том числе в домах престарелых; стоматологическую помощь детям и молодым гражданам в полном объеме; стоматологическую помощь взрослым гражданам (частично); обеспечение амбулаторными и стационарными рецептурными лекарствами. Поскольку охват государственными услугами здравоохранения значителен, только 4 % жителей Швеции покупают дополнительные частные страховые планы.

Эволюция систем здравоохранения (рис. 4) показывает, что под влиянием глобализации, с одной стороны, возрастает роль рыночных механизмов, с другой — усиливается контроль со стороны государства и (или) международных организаций. Это проявляется в том, что все большее распространение получает страховое финансирование, поощряется конкуренция между поставщиками медицинских услуг, растет охват населения страны медицинской помощью, внедряются международные стандарты качества.



Рис.4. Эволюция моделей здравоохранения

Каждая страна выбирает для себя все лучшее, что накоплено в мировом опыте и внедряет в зависимости от собственных политических, экономических и иных условий и факторов. В связи с этим, как правило, можно наблюдать «смещение» частной, страховой, общественной систем медицинской помощи с преобладанием в той или иной степени одной из них. Достоинства и недостатки рассмотренных систем здравоохранения приведены в прил. 1.

## МОДЕЛИ СИСТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Обеспечение адекватной стоматологической помощи является одной из важных задач каждого государства. Европа отличается большим разнообразием культурных условий, и каждая страна стремится найти решение своих проблем, включая проблемы здравоохранения и стоматологического обслуживания в частности, с учетом присущих ей особенностей. Как правило, стоматологические службы составляют самый большой сегмент амбулаторных служб в любой стране, при этом в каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания стоматологической помощи населению. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования определя-

ются сложной системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

*Система стоматологической помощи* — это совокупность институтов власти и охраны здоровья, действующих в определенном порядке по обеспечению стоматологической помощи населению.<sup>7</sup>

Согласно рекомендациям ВОЗ (WHO ОР № 53, 1980), любая система организации стоматологической помощи населению в стране должна включать:

- 1) первичную профилактику;
- 2) систематическую стоматологическую помощь детям;
- 3) стоматологическую помощь взрослому населению по обращаемости;
- 4) подготовку персонала в требуемых количестве, качестве и видах для осуществления вышеназванных частей системы;
- 5) материальное и финансовое обеспечение компонентов системы;
- 6) оценку и мониторинг (информационную систему).

Если в системе не хватает какого-то компонента или нет их согласованности, стоматологическая помощь населению не может быть эффективной и здоровье людей, как правило, ухудшается.

Мировой опыт свидетельствует, что организация слаженного взаимодействия компонентов системы стоматологической помощи невозможна без использования нескольких источников финансирования, без учета социальных факторов, без выраженного взаимодействия с государственной властью. В то же время государство без поддержки профессионалов и населения не способно организовать эффективную систему оказания стоматологической помощи населению. Таким образом, в организации оптимальной стоматологической помощи населению имеется три заинтересованные группы общества: государство и местные органы власти; население; медицинский персонал стоматологических организаций.

Интересы государства и органов власти: обеспечение хорошего уровня здоровья населения; управляемость стоматологической службы на основе закона; доступность стоматологической помощи для различных слоев населения; социальная и экономическая приемлемость (для государства и населения) формы оказания стоматологической помощи.

Интересы населения: доступность стоматологической помощи; качество; социальная, экономическая приемлемость и привлекательность формы оказания помощи, ответственность за нее; возможность выбора формы оказания помощи, стоматологической организации и врача-стоматолога.

Интересы медицинского персонала стоматологических организаций: достойный уровень оплаты; профессиональная и социальная защищенность; независимость выбора (в пределах закона) формы, места работы, профессионального поведения; профессиональная, функциональная и ресурсная обеспеченность работы специалистов и возможность их регулярного совершенствования.

---

<sup>7</sup> Леус, П. А. Стоматологическое здоровье населения: Минск: БГМУ, 2009. С. 174.

В большинстве стран национальные системы стоматологической помощи состоят из трех компонентов: частного, общественного и системы страхования. Рассмотрим каждую из них.

### СТРАХОВАЯ СИСТЕМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Страховая система* стоматологической помощи — это одна из форм индивидуального страхования, которая финансируется из средств, внесенных застрахованным пациентом<sup>8</sup>. Цель системы страхования в стоматологии — устранение финансовых препятствий к оказанию стоматологической помощи населению.

Исторически европейская тенденция организации стоматологических служб, направленных на приспособление к удовлетворению растущего спроса на стоматологическое лечение, а также на облегчение доступа всего населения к стоматологической помощи, обусловила появление примерно в 1880 г. систем страхования в области «здоровья зубов».

Системы стоматологического страхования впервые начали развиваться в бывшей Австро-Венгрии и Германии до и после Первой мировой войны. В дальнейшем системы страхования появились в Венгрии, Польше, Румынии, Чехословакии и Югославии, а во время и после Второй мировой войны — в Бельгии, Дании, Нидерландах, Франции; они также получили некоторое развитие в Греции, Испании и Италии.

Первоначально страхование распространялось только на некоторые категории работающих лиц, причем страховые пособия получали лишь те, кто был застрахован непосредственно. Финансовые пособия были очень небольшими, однако постепенно расширялись по трем разным направлениям: во-первых, страхованием постепенно были охвачены другие категории работающих, административные служащие как в частном, так и в государственном секторах, а в конечном счете — и все работающие по найму лица; во-вторых, стали выплачиваться пособия также семьям и иждивенцам застрахованных лиц; в-третьих, в рамках системы страхования были расширены виды стоматологической помощи (страхование стало распространяться на все типы хирургического лечения и основные виды восстановительного лечения, по меньшей мере частично, а в некоторых странах также на некоторые виды ортодонтического лечения).

В настоящее время в Европе существуют две разновидности страхования в области стоматологии.

Первая разновидность — это страхование в классической форме, которое начало развиваться в Европе уже чуть более 100 лет назад: индивидуальное, но обязательное страхование, гарантирующее каждому застрахованному лицу возмещение расходов на стоматологическое лечение, а также способствующее уменьшению расходов на охрану здоровья застрахованных лиц, по-

<sup>8</sup> *Леус, П. А.* Стоматологическое здоровье населения: Минск : БГМУ, 2009. С. 177.

скольку работодатели покрывают часть страховых взносов. В большинстве европейских стран работодатели и работающие вносят одинаковую лепту в страховые взносы. Вопросы, касающиеся организации системы страхования, пособий, выплачиваемых застрахованным лицам, и объема лечения, предоставляемого в соответствии со страхованием, а также гонораров врачам-стоматологам, решаются в ходе обсуждений между представителями страховых компаний и профессиональных стоматологических организаций. Эти обсуждения ведутся под наблюдением представителей правительства, а принимаемые в результате правила страхования имеют юридическую силу. Однако в других отношениях вопросы организации системы страхования здоровья решаются главным образом в зависимости от существующих политических влияний, экономического положения страны и пожеланий различных заинтересованных групп. Таковы системы страхования здоровья, появившиеся в центральной Европе и затем распространившиеся в Грецию, Испанию, Италию, Нидерланды, Турцию и Францию.

Другая разновидность страхования стоматологического здоровья возникла в Дании и Швеции. В Дании ранее существовавшая система частного страхования здоровья подверглась трансформации, тогда как в Швеции была создана национальная система стоматологического обслуживания нового типа, которая существенно изменила условия стоматологического лечения, а также характер работы врачей-стоматологов. Отличия указанных разновидностей от классической формы страхования в стоматологии незначительны и касаются лишь их финансирования, которое в системах, существующих в Дании и Швеции, осуществляется за счет государственного бюджета. На практике, однако, различие между двумя указанными разновидностями носит принципиальный характер, поскольку обеспечивая финансирование, правительство получает возможность осуществлять контроль за деятельностью служб и, следовательно, соответствующим образом направлять работу системы страхования. Путем изменения финансовых пособий, предоставляемых пациентам, правительство имеет возможность влиять на поведение и пациентов, и врачей-стоматологов так, чтобы предпочтение отдавалось вмешательствам профилактического характера, помимо регулярного и полноценного стоматологического лечения. Благодаря этому деятельность системы страхования приобретает новое направление, которое нехарактерно для классической системы страхования, а государственные органы здравоохранения получают возможность направлять развитие системы страхования так, чтобы она обеспечивала удовлетворение потребностей и пожеланий населения. В этом смысле рассматриваемая здесь разновидность страхования представляет собой новый тип обслуживания, занимающий промежуточное положение между первоначально сложившимися системами страхования и общественной системой стоматологической помощи.

Такой же характер имеет и общая стоматологическая служба, существующая в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии.



дии. Она также основана на принципах страхования в области стоматологии, но представляет собой национальную систему стоматологического обслуживания, которая доступна каждому гражданину, причем пациенты получают существенную финансовую поддержку для возмещения расходов на стоматологическое лечение. Врачи-стоматологи остаются частнопрактикующими врачами, которые имеют свой собственный стоматологический кабинет и нанимают вспомогательный стоматологический персонал, однако при этом они работают по контрактам с местными административными органами и их услуги оплачиваются в форме определенных гонораров за каждую выполненную работу. Это несколько напоминает характер оплаты услуг стоматологов в системе страхования, однако при этом гонорары выплачиваются Министерством здравоохранения и социального обеспечения за счет бюджета страны. В Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии общая зубоврачебная служба не идентична ни системе страхования в области стоматологии, ни общественной стоматологической службе. Она относится к группе национальных систем стоматологического обслуживания, которые оказывают помощь всему населению и развитие которых направляется таким образом, чтобы оно постоянно соответствовало экономическому положению страны и потребностям населения. В настоящее время проводится оценка объема и качества работы, выполняемой в рамках таких систем, а улучшение этой работы обеспечивается путем усиления координации их деятельности с деятельностью других компонентов национальной службы здравоохранения.

Вместе с тем необходимо отметить, что между европейскими странами все еще существуют значительные различия в объеме пособий, выплачиваемых страховыми организациями своим членам, в доле населения, охваченного страхованием, а также в относительном числе врачей-стоматологов, участвующих в системах страхования. Однако в целом наблюдается единая тенденция к расширению страхования и созданию национальных систем, охватывающих лечебную стоматологическую помощь всему населению с участием всех врачей-стоматологов.

### **ОБЩЕСТВЕННАЯ СИСТЕМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Первые элементы общественной стоматологической службы в Европе появились вскоре после возникновения страхования в области стоматологии. Зубные врачи стремились вызвать интерес к этой проблеме у административных работников, и им постепенно удалось добиться получения поддержки за счет государственного бюджета и благотворительных фондов на финансирование общественных зубоврачебных амбулаторий, предназначенных прежде всего для обслуживания школьников. Первые амбулатории появились в конце XIX и в начале XX в. в Страсбурге и Цюрихе. Вплоть до окончания Первой мировой войны этот процесс протекал сравнительно медленно, однако после войны общественная система стоматологического обслужи-

вания получила развитие в ряде европейских стран с охватом беременных женщин, кормящих матерей, а в некоторых случаях даже малоимущих слоев населения. Теория и практика создания постепенно расширяющейся системы комплексной стоматологической помощи школьникам получила развитие в Германии. В послевоенный период общественная стоматологическая помощь продолжала развиваться в Австрии, Швейцарии и других странах, а также получила распространение в Скандинавии.

Цель общественной системы стоматологической помощи — достижение улучшения стоматологического статуса населения путем оказания помощи группам населения повышенного риска, систематическое лечение школьников, участие в коммунальных программах профилактики.

### **ЧАСТНАЯ СИСТЕМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

В системе частной стоматологической практики врач-стоматолог лечит определенное число пациентов, которые полностью выплачивают ему гонорар за проведенное лечение. Таким был характер частной практики в начале прошлого столетия. С тех пор объем помощи, оказываемой частнопрактикующими врачами, сократился, а на характер частной зубоврачебной практики, с одной стороны, непосредственно влияет система общественного здравоохранения, с другой — косвенное влияние оказывают другие виды обслуживания, с которыми частная практика сосуществует в рамках национальной системы стоматологической помощи.

В своем первоначальном виде частная стоматологическая практика соответствует либеральной экономико-политической концепции, так как она имеет характер свободной профессии. Это означает, что врач-стоматолог лечит индивидуально каждого пациента так, как это лучше всего отвечает интересам последнего, придерживаясь при этом научных принципов, а также правил профессиональной этики, соблюдение которых контролируется стоматологическими организациями. Административные органы страны следят за тем, чтобы частнопрактикующие врачи-стоматологи соблюдали правовые нормы, а органы здравоохранения наблюдают за тем, чтобы частная практика велась в соответствии с общепринятыми правилами и нормами. Однако в других отношениях общество не вмешивается в практическую деятельность частнопрактикующих врачей-стоматологов.

Неограниченная частная зубоврачебная практика в первоначальном понимании этого термина в настоящее время играет доминирующую роль лишь в некоторых европейских странах. Например, в Исландии, Норвегии, Швейцарии частная стоматологическая практика продолжает оставаться основной при оказании стоматологической помощи взрослому населению. До недавнего времени то же самое можно было сказать о Финляндии и Швеции.

Население скандинавских стран и Швейцарии было вполне удовлетворено частной зубоврачебной практикой, вероятно, потому, что в этих странах, во-первых, техническое качество зубоврачебного лечения всегда было

высоким, а во-вторых, число врачей-стоматологов возросло относительно быстро, поэтому разрыв между спросом на обслуживание и возможностями его удовлетворения никогда не достигал такого масштаба, когда возникает необходимость в реорганизации национальной системы стоматологического обслуживания. Спрос на стоматологическую помощь удовлетворялся также более легко потому, что национальные административные органы в этих странах на всех уровнях проявляли чувство ответственности за состояние здоровья индивидуумов. Вследствие этого системы общественного здравоохранения в указанных странах были созданы на сравнительно ранней стадии, что способствовало решению социальных проблем, связанных со стоматологическим обслуживанием, по крайней мере, проблем организации лечебной помощи детскому контингенту.

Подытоживая описание систем стоматологической помощи населению, отметим, что, оценивая их преимущества и недостатки, необходимо ориентироваться на три важных звена, определяющих работу всей системы: государство, население (пациенты) и врачебное стоматологическое сообщество (прил. 2).

Единой, подходящей всем странам системы стоматологической помощи нет и не может быть. В каждой стране формируется своя модель стоматологической помощи, подходящая по финансовым возможностям, политическому строю, экономическим условиям, привычкам и пожеланиям населения и стоматологического сообщества.

Далее приведем краткое описание систем стоматологического обслуживания в отдельных странах.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА ПРИМЕРЕ НЕКОТОРЫХ СТРАН**

### **Германия**

Система стоматологической помощи в Германии преимущественно страховая и частная. Лечение пациенты получают в частных кабинетах. Кроме этого, функционирует ряд университетских клиник, где врачи-стоматологи являются государственными сотрудниками. Оплату большей части стоматологических процедур обеспечивают больничные кассы (страховка), однако некоторые методики, например виниры, пациент должен оплачивать самостоятельно. Немецкий дантист начинает врачебную практику после пятилетнего обучения в университете. После окончания университета начинающий врач-стоматолог должен не менее 2 лет работать под руководством опытного дантиста в его практике. После этого он получает право организовать свою клинику. Чаще всего речь идет о покупке практики у уходящего на пенсию врача, так как во многих землях открытие новых клиник лимитировано. Большинство немецких врачей-стоматологов занимаются общей прак-

тикой, оказывая пациенту все виды помощи. Кроме этого, имеются специалисты в отдельных областях стоматологии (ортодонтии, эндодонтии, хирургии), к которым дантисты направляют пациентов в сложных случаях. Стоматологи-специалисты проходят дополнительное обучение в течение 2–3 лет. В большинстве случаев частная стоматологическая клиника в Германии оснащена двумя или тремя стоматологическими установками. В практике чаще работает один врач и несколько помощниц (от 2 до 4), имеющих среднее медицинское образование и выполняющих обязанности ассистентов, гигиенистов, регистраторов. Нередко эти функции не являются фиксированными. В некоторых случаях 2 или 3 врача могут работать совместно в одной практике, разделяя оплату расходов. Кроме того, в практике может трудиться врач-стажер, тогда он получает фиксированную зарплату от владельца клиники. Организация приема пациентов в западных и восточных областях имеет свои особенности. На востоке деятельность дантиста больше сходна с практикой в нашей стране. Врач работает на одном кресле, ему помогают один или два ассистента. В это же время в соседнем кабинете трудится гигиенист. На западе больше развито так называемое «делегирование полномочий» врача ассистентам. Благодаря этому в практике одним врачом одновременно принимаются 2–3 пациента в разных кабинетах. Положительной стороной такого подхода является более высокая эффективность работы, и количество пациентов, принятых в течение рабочего дня, значительно увеличивается. Следует отметить высокий уровень оснащения стоматологических клиник установками высокого класса, современным оборудованием и расходными материалами. Говоря о технологиях, применяемых в стоматологии Германии, хочется отметить прежде всего большую долю непрямых реставраций зубов. В случаях, когда белорусский стоматолог выполняет прямую реставрацию композитом, немецкий врач, в основном, изготавливает вкладку (накладку) или винир. В ортопедической стоматологии обращает на себя внимание, во-первых, широкое применение драгоценных металлов, во-вторых, превалирование телескопических систем в съемном протезировании. Высокий уровень организации и профессионализма является характерной чертой дантиста в Германии. Врач-стоматолог общего профиля качественно выполняет работы разных направлений (реставрации, эндодонтию, протезирование, ортодонтию и др.), в случае необходимости привлекает других специалистов, оказывая пациенту высококвалифицированную стоматологическую помощь.

## АВСТРИЯ

Страховая стоматологическая помощь появилась в Австрии еще в 1888 г. Страхованием были охвачены практически все рабочие и их семьи. В настоящее время страхование покрывает расходы на хирургическое и консервативное стоматологическое лечение, а также часть расходов (40–80 %) на протезирование и ортодонтическое лечение. Особые виды лечения (например, установка золотых вкладок или металлических коронок и несъемных

протезов) полностью оплачиваются пациентом непосредственно врачу-стоматологу. Малоимущие граждане, не охваченные страхованием, могут получить подобную финансовую поддержку от социальных служб местных или районных административных органов.

Стоматологическая помощь, как общая, так и специализированная, оказывается в кабинетах частных врачей-стоматологов, в стоматологических поликлиниках страховых компаний и в общественных детских поликлиниках. Страховые пособия также предусматривают оплату лечения, предоставляемого университетскими стоматологическими клиниками или больницами (отделениями челюстно-лицевой хирургии и стоматологическими поликлиниками).

Отношение числа профессиональных стоматологических работников к численности населения составляет 1 : 2300. Основным мероприятием по профилактике кариеса зубов является регулярное распределение фторсодержащих таблеток среди школьников через школы в общенациональном масштабе. Фторирование воды не проводится. Во всех школах, посещение которых является обязательным, ежегодно проводится «день здоровых зубов», когда всех детей обучают методам профилактики кариеса зубов. Дети, поступающие в начальную школу, получают бесплатно набор приспособлений для поддержания полости рта в хорошем гигиеническом состоянии и информационный листок.

Отрицательной стороной этой системы является невысокий интерес к профилактике стоматологических заболеваний, над чем ведется работа общенациональной информационной компании.

## **ФРАНЦИЯ**

Государственное медицинское страхование является обязательным во Франции. Основной фонд охватывает около 80 % населения, есть еще 2 дополнительных фонда, предназначенных для частных предпринимателей и работающих в сфере сельского хозяйства. Фонды наполняются за счет взносов работодателей, наемных работников, а также подоходного налога (для предпринимателей). Страховой взнос, взимаемый с наемных работников, составляет 20 % их дохода до выплаты налогов.

Непременным атрибутом страховки является карточка обязательного медицинского страхования (Carte Vitale), которая гарантирует защиту в 5 случаях: болезнь, несчастный случай на производстве, профессиональное заболевание, беременность и роды, инвалидность. Если несчастный случай произошел на работе, покрывается 100 % расходов, при других обстоятельствах компенсируется 75 %, а остаток оплачивается пациентом самостоятельно. Этот универсальный принцип действует и при оплате визитов врача, и при покупке лекарств в аптеке, и при прохождении диагностических обследований и процедур.

Стоматологическое обслуживание обеспечивается частнопрактикующими врачами, гонорар которым вплоть до 1930 г. целиком выплачивали па-

циенты. Ныне существующая система работает на основе принятых в 1974 г. декретов о создании системы социального обеспечения, и в настоящее время система стоматологического обслуживания охватывает практически все население Франции. До 75 % расходов на лечение зубов, протезирование и челюстно-лицевое ортопедическое лечение возмещаются в соответствии со шкалой расценок, установленной в результате соглашения, достигнутого между фондами социального обеспечения, государственными административными органами и профессиональными ассоциациями.

Для Франции характерен высокий охват населения программами ОМС (уже в 1988 г. программы ОМС распространялись на 80 % французов), которые возмещают застрахованному 75 % затрат на медицинское обслуживание. Для получения 100%-ного возмещения необходимо дополнительное добровольное медицинское страхование.

По количеству страховых компаний Франция занимает третье место после Германии и Голландии. Они предлагают населению широкий спектр услуг по страхованию здоровья в дополнение к ОМС, делая медицинскую помощь в условиях рыночной экономики более доступной для населения.

## **ВЕНГРИЯ**

В Венгрии функционирует общественная система здравоохранения. Общее управление и координацию деятельности стоматологических учреждений осуществляет Министерство здравоохранения.

В настоящее время система организации стоматологического обслуживания призвана оказывать помощь большинству населения по принципу обращаемости. В первую очередь обслуживаются определенные группы населения, такие как школьники, беременные женщины, призывники на военную службу, учащиеся профессионально-технических учебных заведений — эти группы получают помощь регулярно. Право на бесплатную стоматологическую помощь имеет все население, однако за установку коронок, мостовидных и съемных протезов, а также использование драгоценных металлов (золотых сплавов) взимается минимальная плата.

Главной проблемой стоматологических служб в Венгрии является относительная нехватка стоматологического персонала. В настоящее время один врач-стоматолог в среднем приходится на 4000 жителей. В долгосрочной перспективе предполагается расширить объем всесторонней и систематической стоматологической помощи с охватом всех детей как дошкольного, так и школьного возраста, а также групп рабочих, подвергающихся воздействию профессиональных факторов риска, а затем и всего населения.

## **ШВЕЦИЯ**

Первый закон, касающийся общественного стоматологического обслуживания в Швеции, был принят в 1938 г. По этому закону стоматологическая

помощь в первую очередь предоставлялась детям в возрасте от 6 до 15 лет. В 1965 г. в эту группу были включены и подростки в возрасте 16 лет. В 1973 г. парламент Швеции принял Закон об общем страховании в стоматологии, который вступил в силу 1 января 1974 г. По этому закону населению предоставляются финансовые льготы на получение стоматологического обслуживания, причем структура системы выплачиваемых пособий обеспечивает первоочередное внимание профилактике, а также лечению тех пациентов, общее состояние здоровья которых находится под угрозой. Этот закон также регламентирует гонорары врачей-стоматологов путем установления государственной шкалы расценок за обслуживание как в частном, так и в общественном секторах.

Основные виды стоматологической помощи обеспечиваются, с одной стороны, частнопрактикующими врачами-стоматологами в их собственных кабинетах, а с другой — через общественную систему стоматологического обслуживания, в основном в общественных зубоорудительных поликлиниках. Масштабы этих поликлиник зависят, главным образом, от числа детей, проживающих в данном районе. В соответствии с ныне существующим положением 1 врач-стоматолог обслуживает около 500 детей.

Специализированная стоматологическая помощь оказывается в основном общественной системой стоматологического обслуживания и зубоорудительными школами. Существуют четыре основные стоматологические специальности: детская стоматология, ортодонтия, периодонтология (пародонтология) и хирургическая стоматология. Хирургическое стоматологическое лечение предоставляется, главным образом, в специализированных стоматологических консультациях при главных больницах. Специализированная помощь (например, ортодонтия, рентгенодиагностика, лечение болезней полости рта) оказывается также в зубоорудительных школах.

Основные виды стоматологической помощи обеспечиваются коммунальной сетью амбулаторных учреждений. При этом полностью реализуется принцип свободного выбора пациентами врачей-стоматологов. Специализированные виды помощи (например, протезирование, ортодонтия, профилактические мероприятия, лечение детей, лечение болезней зубов и полости рта, хирургическое вмешательство) обеспечиваются во всех крупных городах через центры здравоохранения. Систематическая стоматологическая помощь детям дошкольного возраста оказывается в очень ограниченном масштабе и только в крупных центрах. Систематическая помощь школьникам оказывается лишь в стоматологических кабинетах школ, в детских клиниках и центрах здравоохранения. В целом, систематическое стоматологическое обследование проходит около 20 % детей, а систематическое лечение — примерно 5 % всех детей школьного возраста. Ощущается нехватка стоматологических учреждений амбулаторного типа, особенно в школах; наблюдаются также нехватка и неравномерное распределение врачей-стоматологов. Разработаны планы увеличения числа стоматологических учреждений, осуществления фторирования

воды, распространения фторсодержащих таблеток, а также переключения основного внимания с лечебной на профилактическую деятельность.

Кроме того, планируется расширение систематической стоматологической помощи детям и работающему взрослому населению.

В Швеции существует система страховой и частной стоматологической помощи. Система страховой стоматологической помощи называется «Народная стоматология» (Folktandvarden). В Швеции работает много частных врачей-стоматологов. Имеющиеся правила оказания стоматологических услуг предусматривают различные уровни их оплаты, зависящие от места жительства пациентов и выбора стоматолога.

Стоматологическая помощь в стране во многом базируется на профилактической работе. Это означает, что необходимо регулярно посещать стоматолога, чтобы поддерживать полость рта в здоровом состоянии.

Все жители Швеции моложе 20 лет могут пользоваться стоматологическими услугами бесплатно, и это касается как визитов в страховые стоматологические учреждения, так и посещения частных врачей-стоматологов. Всех детей и подростков регулярно приглашают на стоматологический осмотр, предлагают лечение и профилактические меры. Взрослые могут обращаться к врачу-стоматологу по своей инициативе.

Страхование здоровья охватывает стоматологическую помощь (как лечение, так и профилактику) при условии, что ее оказывает персонал государственной стоматологической службы, а также частные врачи-стоматологи. При этом врачи-стоматологи должны придерживаться установленной шкалы расценок. За курс лечения пациент оплачивает 60 % расходов от суммы до 2500 крон и 25 % от стоимости лечения, превышающей эту сумму. Бюро социального страхования потом возмещает врачу оставшуюся сумму.

В стоматологических клиниках, относящихся к системе страховой стоматологической помощи, есть вид услуг, которые предлагаются по фиксированной цене. Такая форма обслуживания называется профилактической (швед. — frisktandvard). Ежемесячно пациент платит определенную сумму, благодаря чему он потом может бесплатно обращаться за профилактической помощью. Чтобы пользоваться льготами в рамках профилактической помощи, необходимо подписать соответствующий договор и пройти предварительное обследование, чтобы установить стоимость такого профилактического наблюдения.

## Дания

В Национальной службе здравоохранения Дании имеется стоматологический отдел. Национальная служба здравоохранения обязана осуществлять контроль за работой практикующих врачей-стоматологов и общественными стоматологическими службами, консультировать правительство, министерства, региональные и местные административные органы здравоохранения, а



также органы социального обеспечения (муниципалитетов) по вопросам общественного здравоохранения.

До 1973 г. стоматологическое обслуживание большей части населения (взрослых и дошкольников) базировалось главным образом на национальных и частных программах стоматологического страхования. Застрахованные лица непосредственно выплачивали взносы местным страховым комитетам, а страховые пособия выдавались для частичного или полного возмещения гонораров, выплачиваемых частнопрактикующим врачам-стоматологам. Доля оплачиваемых застрахованному лицу расходов зависела от уровня его доходов. Протезирование, как правило, полностью оплачивал пациент. Школьники во многих районах могли получить бесплатную помощь в школьной стоматологической службе. Финансирование осуществлялось коммунальными административными органами.

1 апреля 1973 г. был принят новый закон о службах общественного здравоохранения. В соответствии с положениями этого закона стоимость стоматологического обслуживания взрослых пациентов и детей-дошкольников возмещается из средств бюджетов органов здравоохранения муниципалитетов, бюджеты которых формируются целиком за счет государственного налогообложения. Финансовая помощь оказывается на проведение стоматологических осмотров, рентгенологические исследования, удаление зубного камня, на постановку амальгамовых пломб, пломбирование корневых каналов и удаление зубов. В целом 67 % всех расходов оплачиваются за счет органов здравоохранения муниципалитетов. Лица, достигшие 16 лет, имеют право участвовать в системе регулярных стоматологических осмотров, которая обеспечивает обязательное прохождение двух осмотров для определения состояния зубов участвующих в этой системе лиц. Органы здравоохранения муниципалитетов оплачивают 100 % расходов на эти осмотры и возмещают пациентам 75 % расходов на последующее лечение. Всем школьникам (возрастная группа 7–18 лет) бесплатно предоставляется профилактическая и терапевтическая стоматологическая помощь, включая ортодонтическое лечение.

Закон о стоматологической помощи детям обязывает Национальную службу здравоохранения проводить систематическую оценку стоматологического обслуживания. Ежегодно публикуются национальные, региональные и муниципальные статистические сводки, в которых отражены показатели, относящиеся к гигиене полости рта, заболеваемости кариесом зубов и гингивитом, ортодонтическим аномалиям и дисфункциям, а также к различным патологическим состояниям полости рта.

## ПОЛЬША

Развитие стоматологического обслуживания в Польше началось в XVIII вв. и XIX в. в Кракове, где одонтология преподавалась в медицинских школах, составляя часть курса по хирургии. Во второй половине XIX в. центром одонтологии стала Варшава. Первый стоматологический институт был

основан в 1903 г., а в 1951 г. было создано Польское стоматологическое общество.

В соответствии с распоряжением министра здравоохранения от 6 ноября 2013 г. «О гарантированных услугах в области лечения зубов» пациенты имеют право:

- 1) на стоматологический медицинский осмотр с инструкциями по гигиене полости рта;
- 2) лечение кариеса;
- 3) услуги в области эндодонтического лечения зубов с одним корневым каналом;
- 4) удаление зубных отложений;
- 5) лечение поражений слизистой оболочки полости рта;
- 6) удаление зубов и некоторые хирургические процедуры;
- 7) внутриротовые рентгеновские снимки при необходимости;
- 8) наркоз при необходимости.

Речь идет о гарантированных стоматологических услугах, то есть тех, что финансируются государством. Перечень этих услуг строго регламентирован и имеет четкие показания и условия с прописанными материалами, а также частотой оказания той или иной услуги.

Так, например, при эндодонтическом лечении взрослым пациентам в рамках закона предоставляется лечение только фронтальной группы зубов (от клыка до клыка). Для эндодонтического лечения другой группы зубов пациент может обратиться в частную стоматологию. Альтернативный вариант — удалить зуб и воспользоваться правом бесплатного протезирования: при отсутствии 5 и более зубов пациенту показан частичный съемный пластиночный протез 1 раз в 5 лет с ремонтом каждые 2 года. При этом дети и молодые люди (до 18 лет), а также беременные женщины (+ 42 дня после родов) имеют право на лечение корневых каналов всех зубов (с условием лечения до 3 корневых каналов в зубе).

Кроме того, все пациенты (и взрослые, и дети) имеют право на стоматологическое обследование с инструкциями по гигиене полости рта — один раз в год; обращение по поводу неотложной помощи — ограничений не имеет; удаление зубных отложений 1 раз в год.

Список оказываемых стоматологических услуг значительно расширен для детского населения. Кроме того, 11 апреля 2019 г. был подписан закон, регламентирующий оказание стоматологической помощи (в том числе профилактической) ученикам школ.

Среди интересных особенностей польской стоматологической помощи для детей стоит отметить:

- 1) детям до 18 лет предоставляется косметическое лечение гипоплазии эмали;
- 2) до 12 лет — бесплатное ортодонтическое лечение с использованием съемных аппаратов;

3) профилактика основных стоматологических заболеваний до 19-летнего возраста;

4) импрегнация дентина молочных зубов.

В Польше существует и страховая медицина — права пациентов гарантированы по медицинской страховке, которая в свою очередь является «условно обязательной». То есть, если имеется постоянное место работы, то плата за страховку вычитается из зарплаты и оплачивается работодателем ежемесячно. Однако если человек не имеет постоянного места работы и фиксированной ежемесячной зарплаты, то необходимо ежемесячно перечислять деньги на счет страховки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оздоровление полости рта является одной из важных составных частей охраны общего здоровья и благосостояния общества. Система организации стоматологической помощи, несмотря на сохранение ею своей дискретной сферы ответственности, тем не менее интегрирована в систему общей медико-санитарной помощи населению.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем сформированным основным экономическим моделям. Это: *государственная система здравоохранения с бюджетной системой финансирования*; *социально-страховая система здравоохранения*, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования; *частная система здравоохранения*, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования.

Также продолжается развитие основных типов стоматологического обслуживания. В государственной, страховой и частной системах организации стоматологического обслуживания наблюдается тенденция к расширению стоматологической помощи с охватом всего населения, укрепляется система управления службами, организация которых становится более целенаправленной. Все более четко проявляется профилактическая направленность стоматологической помощи.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *История* развития наиболее известных систем здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://управление-здравоохранением.рф>. Дата доступа : 01.06.2020.
2. *Константинович, Л. В.* Модели стоматологической помощи населению в условиях рынка / Л. В. Константинович // Современная стоматология : международный научно-практический и информационно-аналитический журнал. 2010. № 1. С. 7–9.
3. *Леус, П. А.* Стоматологическое здоровье населения : учеб. пособие / П. А. Леус. Минск : БГМУ, 2009. 256 с.
4. *Максимова, Л. В.* Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран [Электронный ресурс] / Л. В. Максимова, В. В. Омеляновский, М. В. Сура. // Медицинские технологии. Оценка и выбор. Режим доступа : <http://mt-choice.ru>. Дата доступа : 20.06.2020.
5. *О здравоохранении* : закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП : в ред. от 21 октября 2016 г. № 433-З [Электронный ресурс] / Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. Минск, 2005. Режим доступа : <http://www.pravo.by>. Дата доступа : 22.03.2020.
6. *Шибалков, И. П.* Оценка эффективности организации системы здравоохранения : зарубежный опыт [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru>. Дата доступа : 01.06.2020.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ<sup>9</sup>

Система	Достоинства	Недостатки
Страховая	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Широкий охват населения медицинской помощью.</li> <li>2. Распределение финансовой нагрузки на здравоохранение между государством и частным сектором.</li> <li>3. Высокое качество медицинских услуг, связанное с возможностью выбора страховщика населением</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие равной доступности медицинской помощи для различных социальных групп и отдаленных территорий.</li> <li>2. Тенденция к неоправданному росту стоимости медицинских услуг.</li> <li>3. Недостаточный учет интересов пациентов, входящих в группы высокого риска, длительно находящихся в стационаре или оставшихся вне системы социального страхования.</li> <li>4. Наличие частного страхования нарушает принцип «богатые платят за бедных, здоровые — за больных»</li> </ol>
Государственная	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Полный охват населения медицинской помощью.</li> <li>2. Широкие регулятивные возможности.</li> <li>3. Широкий набор инструментов для реализации планов</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостаточное стимулирование роста эффективности медицинских услуг и обслуживания населения.</li> <li>2. Централизованное сдерживание государством роста расходов на здравоохранение.</li> <li>3. Недостаточный учет мнения пациента при выборе врача и медицинского учреждения.</li> <li>4. Очередь — регулятор обеспечения медицинской помощи, в связи с чем обеспеченные группы населения предпочитают обращаться к частнопрактикующим врачам.</li> <li>5. Недостаточный выбор условий госпитализации</li> </ol>
Частная	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конкуренция приводит к повышению качества медицинских услуг.</li> <li>2. Высокая стоимость медицинской помощи повышает значимость самостоятельной заботы о своем здоровье населения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Высокая стоимость медицинской помощи.</li> <li>2. Низкий приоритет профилактической работы.</li> <li>3. Отсутствие равной доступности медицинской помощи для населения различных социальных групп.</li> <li>4. Отсутствие механизма влияния на территориальное распределение медицинских служб.</li> <li>5. «Навязывание» излишних медицинских услуг, поскольку спрос на медицинские услуги не в полной мере соответствует предложению</li> </ol>

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Система	Преимущества	Недостатки
Страховая	<p><i>Для государства:</i> высокая доступность помощи населению, благодаря формированию социальных стандартов оказания медицинской помощи, достаточно высокий уровень здоровья населения, постоянный доход.</p> <p><i>Для пациента:</i> качественная и гарантированная медицинская помощь в объеме, установленном условиями страхования, возможность выбора условий, объема и вида медицинской помощи.</p> <p><i>Для врача:</i> стабильный и высокий доход, условия для постоянного профессионального и финансового роста</p>	<p><i>Для государства:</i> необходимость обеспечения стабильности и роста благосостояния населения, сложности регулирования страхования разных слоев населения.</p> <p><i>Для пациента:</i> необходимость иметь постоянный доход, некоторые ограничения в оказании медицинской помощи, установленные условиями страхования.</p> <p><i>Для врача:</i> зависимость от условий договора страхования</p>
Государственная	<p><i>Для государства:</i> максимальный охват и доступность помощи населению, формирование социальных стандартов оказания медицинской помощи, достаточно высокий уровень здоровья населения и, как следствие, экономия средств на лечении, более простой механизм регулирования деятельности системы.</p> <p><i>Для пациента:</i> доступная и гарантированная медицинская помощь в объеме, установленном социальными стандартами, приоритетное значение профилактики.</p> <p><i>Для врача:</i> наличие рабочего места, не зависящего от многих внешних факторов, возможность регулярно повышать квалификацию, стабильная заработная плата</p>	<p><i>Для государства:</i> необходимость постоянного бюджета на поддержание, развитие и модернизацию системы стоматологической помощи.</p> <p><i>Для пациента:</i> ограниченность в выборе вида, времени, места и объема оказания медицинской помощи, установленная социальными стандартами.</p> <p><i>Для врача:</i> ограниченность в выборе методик работы и материалов, фиксированный размер заработной платы</p>

Частная	<p><i>Для государства:</i> возможность у населения получить стоматологическую помощь более высокого уровня, постоянный доход.</p> <p><i>Для пациента:</i> более разноплановая качественная медицинская помощь, возможность выбора условий, объема и вида медицинской помощи.</p> <p><i>Для врача:</i> высокий доход, условия для постоянного профессионального роста, возможность выбора условий работы</p>	<p><i>Для государства:</i> сложности регулирования работы системы, низкая доступность помощи населению, отсутствие приоритетного значения профилактики.</p> <p><i>Для пациента:</i> недоступность помощи многим группам населения из-за высокой стоимости услуг.</p> <p><i>Для врача:</i> сложность трудоустройства, высокая конкуренция</p>
---------	---	--

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы .....	3
Введение .....	4
Модели систем здравоохранения .....	6
Социально-страховая система здравоохранения .....	6
Общественная система здравоохранения .....	8
Частная система здравоохранения .....	10
«Смешанная» система здравоохранения .....	12
Модели систем организации стоматологической помощи .....	13
Страховая система стоматологической помощи .....	15
Общественная система стоматологической помощи .....	17
Частная система стоматологической помощи .....	18
Организация систем стоматологической помощи населению на примере некоторых стран .....	19
Германия .....	19
Австрия .....	20
Франция .....	21
Венгрия .....	22
Швеция .....	22
Дания .....	24
Польша .....	25
Заключение .....	27
Список использованной литературы .....	28

Приложение 1 .....	29
Приложение 2 .....	30

Учебное пособие

**Казеко Людмила Анатольевна**  
**Абаимова Ольга Ивановна**  
**Никифоренков Леонид Александрович**

## **СИСТЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко  
Редактор Ю. В. Киселёва  
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик



Подписано в печать 07.12.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,2. Тираж 40 экз. Заказ 571.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ