

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данном сообщении обобщены организационные и управленческие аспекты стоматологической службы за пределами нашей республики. В статье также предложены рекомендации по введению в нашей стране страховой системы.

**Ключевые слова:** государственная собственность, страхование, частная система.

**СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТЫНЫН УЮШТУРУУЧУЛУК  
ЖАНА БАШКАРУУЧУЛУК ТҮЗҮЛҮШҮНҮН ОНУГУУСҮНҮН  
АСПЕКТИЛЕРИ**

**Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Макалада чет мамлекеттердин стоматологиялык кызматынын уюштуруучулук-башкаруучулук түзүлүшүнүн ар кандай түрлөрү изилденген. Биздин өлкөгө камсыздандыруу системасын киргизүүгө сунуштар бар.

**Негизги сөздөр:** мамлекеттик менчиги, камсыздандыруу, жеке индивидуалдык системасы.

**ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT ASPECTS OF  
DEVELOPMENT OF PUBLIC DENTAL CARE**

**Zhumabekov A.I., Akynbekov K.U.**

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** This article summarizes the organizational and management aspects of dental care abroad. This article also offers recommendations for the introduction to our country the insurance system of dental care.

**Key words:** State system of dental care, insurance system, private system.

Введение.

Сегодня весь мир можно разделить на три группы стран, где преобладает частная, страховая или государственная система стоматологической помощи населению. Эти системы постоянно развиваются и совершенствуются. Стало очевидным, что развитие неограниченной частной практики не допускается ни в одной цивилизованной стране, но эта система не только сохраняется, но и успешно решает многие проблемы охраны стоматологического здоровья населения, особенно в плане повышения личной ответственности и мотивации пациента, а также совершенствования качества лечения [1,3,4,5,6,14,15].

Рассмотрим наиболее типичные примеры развития систем стоматологической помощи населению в избранных странах (табл. 1).

В Алжире до 1962 года, т.е. до получения независимости, в стране стоматологическая

помощь населению оказывалась исключительно частнопрактикующими стоматологами, получившими образование во французских университетах. Оплата лечения была прямая, т.е. пациент платил непосредственно врачу. С приобретением самостоятельности Алжир потерял почти всех стоматологов, так как они покинули страну [2].

В переходный период времени, который длился 12 лет, до 1974 года, были подготовлены национальные кадры для стоматологической помощи в количественном соотношении 1 стоматолог на 34 тысячи населения. Для лечения населения были открыты медико-социальные центры, поликлиники и госпитали, в которых оказывали стоматологическую помощь за небольшую плату, а некоторым категориям граждан – бесплатно. В этот период существовал также частный сектор с прямой оплатой или через страховые агентства. С 1974

Таблица 1 - Системы стоматологической службы за рубежом

Страны	Государственная (общественная) система	Частная система	Страховая система
Алжир	С 1974 г.	До 1962 г.	
Чехия	С 1966 г.	До 1900 г. С 1990 г.	1948-1966 гг. С 1990 г.
Финляндия	1909-1972 гг.	До 1909 г.	
Англия	С 1907-1917 гг. 1946 г. (для всего населения)	До 1907 г.	С 1907-1926 гг.

года серией законодательных актов система стоматологической помощи в Алжире приобрела следующие организационные формы: частная практика разрешена только в сельских районах, исключительно для алжирских стоматологов после семи лет обязательной работы в государственном секторе стоматологической помощи. Кроме этого, стоматолог, имеющий кабинет, должен пять дней с утра отработать в государственной амбулатории. Разрешение на частную практику выдается Министерством общественного здоровья. Модель стоматологической помощи в Алжире характерна для большинства развивающихся стран Среднего и Ближнего Востока [9,10].

До 1900 года на территории, которая образовалась как Чехословакия, а теперь Чехия, была частная система стоматологической помощи с прямой оплатой. В течение последующего периода вплоть до 1948 года большинство частных стоматологов работали в системе страховых компаний, которые в 1948 году преобразовались в национальную страховую службу, а с 1966 года в государственную социалистическую систему. Введен участковый принцип обслуживания населения и нормативы приема пациентов. До 1990 года лечение было бесплатное. Частная практика разрешалась, но

была очень лимитированной. Примерно с 1990 года по настоящее время в стране происходит преобразование государственной системы обратно в страховую и частную.

Большинство стоматологических поликлиник закрыты или кабинеты в них арендуются частными врачами. Кабинеты организованы также в квартирах и других помещениях, где только возможно. Работа стоматологов организована таким образом, что деньги за лечение большинства пациентов и в первую очередь детей они получают от государства по предъявлению отчета о проделанной лечебной работе. В других случаях пациенты платят за лечение непосредственно врачу [9].

Как известно, для Финляндии характерны высокое качество стоматологической помощи и резкое снижение заболеваемости населения. До 1909 года в стране была только частная система. В 1909 году в Финляндии была организована общественная стоматологическая помощь школьникам, которая постепенно развивалась до полного охвата школьников в 1972 году. Общественная система стоматологической помощи также охватывала студентов, военных, инвалидов и престарелых людей. Для других групп населения стоматологическая помощь

оказывалась частными стоматологами и оплачивалась напрямую пациентом врачу в полном объеме. Страховой системы в Финляндии не было. С 1972 года в Финляндии введен закон о расширении общественного сектора на все население страны. Организованы центры здоровья, каждый из которых обслуживали примерно 10 тысяч человек. В задачи этих центров входили профилактика, воспитание здорового образа жизни, а также регулярные осмотры, обучение гигиене. Лечение частично оплачивалось пациентами, но его стоимость значительно меньше, чем в частных кабинетах [4,5].

Первая общественная стоматологическая клиника открылась в Англии в 1907 году для лечения школьников. В течение 10 лет программа расширялась для всех младших школьников, а также беременных и кормящих женщин. Параллельно вводилась страховая система, которая позволила уже к 1926 году получать возмещение затрат на лечение у частных врачей для половины населения страны. В 1946 году в стране введена общественная стоматологическая система для всего населения. Однако врачи-стоматологи работали в своих частных кабинетах. Система администрировалась Национальным департаментом здоровья, который осуществлял планирование, финансирование и оценку результатов работы общественной системы. Каждый житель в Англии может выбирать врача по своему усмотрению. Как правило, это семейные врачи-стоматологи широкого профиля. Дорогостоящее стоматологическое лечение, например протезирование, пациент частично (50%) оплачивает, а остальные 50% государство оплачивает врачам зарплату согласно заключенному контракту для обслуживания населения [11].

Лечение в государственных поликлиниках бесплатное. Кроме государственной системы в Англии есть также частная система, куда могут обратиться все желающие [10].

### **Страховая стоматологическая помощь.**

Система впервые появилась в Центральной Европе, Австро-Венгрии и Германии, как уже было указано в 80-х годах прошлого века, а затем в период между первой и второй мировыми

войнами – в Чехословакии, Польше, Румынии и Югославии. В 40-х годах текущего столетия страховая стоматология распространилась на Бельгию, Данию, Францию, и Нидерланды, а также частично внедрена в Греции, Италии и Испании [2].

Система страховой стоматологической помощи – это одна из форм индивидуального страхования, которая финансируется из средств, внесенных застрахованным пациентом [6].

Вначале страхование было ограничено только для рабочих. В рамках страховки можно было рассчитывать на удаление зубов без анестезии. Постепенно объем страховой стоматологической помощи расширился по трем направлениям:

охват всех рабочих и служащих, государственных и частных предприятий и учреждений;

охват семей стоматологической помощью; увеличение объема стоматологической помощи, включая все хирургические операции, пломбирование зубов и частично ортодонтическое и ортопедическое лечение.

Стоматологи в названных выше странах вначале сильно препятствовали внедрению страховой системы, опасаясь ограничений их свободной профессии и снижения качества лечения. Частично эти опасения оправдались. В настоящее время в странах, где функционирует страховая система, стоматологи удовлетворены платой страховых компаний за их работу и больше не протестуют, как это было при внедрении системы [7].

### **Государственная система стоматологической службы.**

Первые зачатки государственной системы появились еще во времена внедрения страховой системы, т.е. 110-115 лет назад. В основе зарождения системы были активисты, частные врачи стоматологи, которые на коммунальном уровне ставили перед властями вопросы финансирования программ стоматологической помощи школьникам. Первая программа общественной стоматологической была организована в конце прошлого века в городах Страсбурге и Цюрихе.

В 20-х годах текущего столетия программы

государственной системы стоматологической помощи широко распространились во многих европейских странах и включили не только школьников, но беременных женщин, а также другие группы населения повышенного риска к болезням зубов.

Направления развития государственной системы:

- систематическое лечение школьников;
- систематическое лечение других групп населения повышенного риска;
- коммунальная профилактика;
- общественное финансирование программ лечебно-профилактической стоматологической помощи для всего населения страны.

Согласно документам ВОЗ, теория и практика систематического стоматологического лечения школьников в рамках государственной системы была разработана и апробирована в Германии [2,3].

**Индивидуальная медицинская деятельность в системе стоматологической помощи населению (частная система).**

Наиболее важные задачи частной системы:

- быть доступной для заботы о стоматологическом здоровье общества в удобное время для пациента, в дружелюбном приятном окружении;

- обеспечить высококачественную стоматологическую помощь пациентам в комфортабельных условиях;

- сделать все возможное для предотвращения или снижения интенсивности зубных болезней.

Частная практика стоматолога – это одна из систем стоматологической помощи населению, при которой стоматолог принимает избранное число пациентов, оплачивающих полную стоимость лечения. До начала XX века частная практика была единственной системой стоматологической помощи. Затем она была уменьшена под влиянием развившейся альтернативной системы – общественного здравоохранения.

Неограниченная частная практика в первоначальном ее виде существует в настоящее время только в некоторых странах Средиземноморья. Однако по мере

индустриализации стран и роста числа людей, занятых на производстве, развивается страховая система. С увеличением экономического потенциала стран и ростом количества стоматологов наблюдается тенденции внедрения общественной системы стоматологической помощи, по крайней мере, неотложной, для всего населения.

В некоторых Европейских странах, например Исландии, Норвегии, Швейцарии, частная практика остается основной формой стоматологической помощи взрослому населению. Для этих стран характерно высокое качество стоматологической помощи и большая обеспеченность стоматологами. Спор на стоматологическую помощь легко удовлетворяется. В то же время в этих странах возросла ответственность за здоровье населения на административных уровнях, в результате чего появилась общественные программы для детей. В настоящее время и в скандинавских странах наблюдается тенденция ограничения частной практики за счет расширения общественных программ.

В большинстве стран Европы частная практика является дополнением страховой системы, так как страховая система не покрывает стоимость такого вида лечения, как ортопедическое. В странах Восточной Европы до недавнего времени, частная система была ограничена и ею пользовалась только та часть населения, которая не получала желаемые виды лечения и качество в государственном секторе. В некоторых странах (Болгария, Румыния) до перестройки частная практика была полностью запрещена [2,5,8,9,10].

В настоящий момент в Кыргызской Республике функционируют две формы системы: обязательная (государственная) и частная. Рекомендации по введению страховой системы стоматологической помощи населению, повлекут за собой следующие изменения:

- врач-стоматолог получит уверенность в своих доходах, благодаря росту заинтересованности населения поддерживать свое здоровье;

- с ростом экономического потенциала страны увеличатся страховые взносы и

соответственно доходы стоматолога.

Таким образом, как было очевидным на приведенных примерах, сама система (частная, страховая или государственная) это, по сути, только определенные структуры и рычаги, с помощью которых реализуются цели обеспечения стоматологического здоровья населения.

## Литература:

1. Аврамова, О.Г., Леонтьев, В.К. Перспективы разработки профилактических стоматологических программ в России (исторический и ситуационный анализ) // Стоматология. – 1998, – № 2, – С. 11-18.
2. Борисенко, Л.Г., Агиевцева, С.В. Профилактика болезней периодонта среди взрослого населения с использованием индивидуальных средств гигиены // Здоровье. – 1996, – № 10, – С. 54-55.
3. Ковальский В.Л. Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2002, – 29 с.
4. Корсун, К. Ю. Особенности формирования сети государственных стоматологических учреждений в различных регионах Российской Федерации / К. Ю. Корсун // Стоматология. – 2002, – №6, – С. 57-60.
5. Корчагин, В.П. Проблемы финансирования здравоохранения / В.П. Корчагин // Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. – М., 1996, – С. 9-17.
6. Леонтьев, В.К., Шестаков, В.Т., Воронин, В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003, – 280 с.
7. Леус, П. А. Коммунальная стоматология / П. А. Леус // Производственно-практическое издание для стоматологов. – Минск, 2000, – С. 105-146.
8. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов 782. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1991.
9. Панкевич, И.И. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний среди населения Республики Беларусь. // Здоровье. 1996, – №7, – С. 8-9.
10. Пахомов, Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению / Г.Н. Пахомов // - М., 1983, – 207 с.
11. Система организации стоматологической помощи населению России / [В.Г. Бутова, В.Л. Ковальковский, Н.Г. Ананьева]. – М.: Медицина, 2005, – С. 38-43.
12. Современные достижения в стоматологии. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов 826. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1994.
13. Терехова, Т.Н. Применение фторидов для массовой профилактики кариеса зубов / Т.Н. Терехова // Здоровье. – 1996, – № 7, – С. 14-15
14. Orda V.N. Multinationale Studie zur Ermittlung des gerostomatologischen Behandlungsbedarfs – Ergebnisse und Empfehlungen. WHO, 1994.
15. Petersen P.E., Staehr Johansen K. Oratel telematic system for quality assurance in oral health care/ Computer methods and programmes in biomedicine. 1994, - V. 45(4). P. 3.
16. Widstrom E., Eaton K. Systems for the provision of oral health care, workforce and costs in the EU and EEA. Stakes, Finland, 1999. 34 p.