

Получена: 14 декабрь 2022 / Принята: 10 январь 2023 / Опубликовано online: 15 марта 2023 г.
 УДК 336.58.61
 DOI 10.53511/PHARMKAZ.2023.56.11.021

¹ Н.Б. Мадраимов, ¹ М.А. Баймуратова, ¹ К.К. Куракбаев, ¹ М.В. Лактионова, ² Ж.С. Қалел, ³ Д.С. Есимов

¹Қазақстандық медициналық университет «Қазақстан Республикасының Ұлттық медициналық университеті», Алматы, Қазақстан Республикасы

² УО «Каспийский общественный университет»

³Республиканское общественное объединение «Қазақстандық медициналық альянс» Алматы, Қазақстан Республикасы

ОЦЕНКА МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА СИСТЕМ СТРАХОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ИНСТРУМЕНТА ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Резюме: За последнее десятилетие стремление к Всеобщему охвату услугами здравоохранения получило значительный импульс, став приоритетной областью в достижении целей устойчивого развития к 2030 году. Однако вопросы здоровья полости рта в значительной степени отсутствовали в обсуждении ВОУЗ, а в борьбе с заболеваниями полости рта был достигнут только ограниченный прогресс во всем мире за последние двадцать лет.

Цель исследования: изучить охват стоматологическими услугами в зарубежных странах

Материалы и методы. Стратегия поиска. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем глубиной за последние 10 лет: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Критерии включения: Публикации уровня доказательности А, В; мета-анализы, систематические обзоры, когортные и поперечные исследования.

Критерии исключения: мнение экспертов в виде коротких сообщений, рекламные статьи.

Результаты. По запросу было найдено 121 публикация, критериям включения соответствовали 90 из них. Обзор литературы показал, что в большинстве зарубежных стран стоматологическая помощь в основном оплачивается за счет собственных средств пациента. В последнее 10-летие активно внедряются элементы страховой медицины, однако через страховую медицину реализуется только часть стоматологических услуг. Некоторые услуги стоматологической помощи покрываются за счет средств добровольного медицинского страхования и только небольшая часть за счет обязательного медицинского страхования.

Заключение. В целом, обзор литературы и опыт стран подчеркивает, что несмотря на некоторые недостатки систем страхования в качестве инструмента повышения доступности стоматологической помощи, от наличия такой системы больше преимуществ, чем у отсутствия.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, медицинское страхование, всеобщий охват услугами здравоохранения, болезни полости рта.

¹ Н.Б. Мадраимов, ¹ М.А. Баймуратова, ¹ К.К. Куракбаев,
¹ М.В. Лактионова, ² Ж.С. Қалел, ³ Д.С. Есимов

¹Қазақстандық медицина университеті «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі», Алматы қ., Қазақстан Республикасы

² «Каспий қоғамдық университеті», Алматы қ., Қазақстан Республикасы.

³ «Медициналық ұйымдардың Қазақстандық альянсы»

Республикалық қоғамдық бірлестігі Алматы қ., Қазақстан Республикасы.

¹ N. Madraimov, ¹ M. Baimuratova, ¹ K. Kurakbayev,
¹ M. Laktionova, ² Zh. Kalel, ³ D. Yessimov

¹ Kazakhstan's Medical University «Kazakhstan School of Public Health», Almaty, the Republic of Kazakhstan.

² Caspian International School of Medicine, Almaty, the Republic of Kazakhstan.

³ Republican public association "Kazakhstan alliance of medical organizations"

ХАЛЫҚҚА СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІН АРТТЫРУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ САҚТАНДЫРУ ЖҮЙЕЛЕРІНІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІН БАҒАЛАУ

Түйін: Денсаулықты жалпыға бірдей қамтуға деген ұмтылыс соңғы онжылдықта 2030 жылға дейінгі тұрақты даму мақсаттарына қол жеткізудегі басым бағытқа айналды. Дегенмен, ауыз қуысының денсаулығы УНС талқылауында негізінен жоқ болды және ауыз қуысы ауруларымен күресуде соңғы жиырма жылда бүкіл әлемде шектеулі прогреске қол жеткізілді.

Зерттеудің мақсаты: шет елдердегі стоматологиялық қызметтің қамтылуын зерттеу.

Іздеу стратегиясы. Ашық қолжетімді мақалалар соңғы 10 жыл ішінде тереңдетілген ғылыми жарияланымдар мен мамандандырылған іздеу жүйелерінің келесі дерекқорлары арқылы зерттелді: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Материалдар мен әдістер. Қосылу критерийлері: Дәлелдер деңгейі А, В жарияланымдары: мета-талдаулар, жүйелі шолулар, когорттық және қималық зерттеулер.

Алып тастау критерийлері: қысқа хабарламалар, жарнамалық мақалалар түріндегі сарапшылық пікір. Зерттеу нәтижелері: сұраныс бойынша 121 жарияланым табылды, оның 90-ы қосу критерийлеріне сәйкес келді. Әдебиеттерге шолу көрсеткендей, көптеген шет елдерде тіс күтімі негізінен науқастың өз қаражаты есебінен төленеді. Соңғы 10 жылда сақтандыру медицинасының элементтері белсенді түрде енгізілді, бірақ сақтандыру медицинасы арқылы стоматологиялық қызметтің бір бөлігі ғана сатылуда. Кейбір стоматологиялық қызметтер ерікті медициналық сақтандырумен, ал аз бөлігі ғана міндетті медициналық сақтандырумен қамтылған.

Қорытынды. Тұтастай алғанда, әдебиеттерге және ел тәжірибесіне шолу стоматологиялық көмекке қолжетімділікті арттыру құралы ретінде сақтандыру жүйелерінің кейбір кемшіліктеріне қарамастан, мұндай жүйенің болмауынан гөрі көп артықшылықтарға ие екенін көрсетеді.

Түйінді сөздер: стоматологиялық көмек, медициналық сақтандыру, жалпы денсаулықты қамту, ауыз қуысы аурулары.

ASSESSMENT OF THE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF INSURANCE SYSTEMS AS A TOOL TO INCREASE THE AVAILABILITY OF DENTAL CARE TO THE POPULATION

Resume: Over the past decade, the pursuit of Universal health coverage has received significant momentum, becoming a priority area in achieving the Sustainable Development Goals by 2030. However, oral health has been largely absent from the discussion of the HEU, and only limited progress has been made in the fight against oral diseases worldwide over the past twenty years.

The purpose of the study: to study the coverage of dental services in foreign countries

Materials and Methods. Search strategy. The articles in the public domain were studied using the following databases of scientific publications and specialised search engines with a depth of the last ten years: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, and Google Scholar.

Inclusion criteria: Publications of the level of evidence A, B: meta-analyses, systematic reviews, cohort and cross-sectional studies. Exclusion criteria: expert opinion in short messages and advertising articles.

Results. 121 publications were found on request, and 90 met the inclusion criteria. A literature review showed that dental care is mainly paid for in most foreign countries at the expense of the patient's funds. In the last ten years, elements of insurance medicine have been actively introduced, but only a part of dental services is implemented through insurance medicine. Some dental care services are covered by voluntary medical insurance and only a small amount by compulsory medical insurance.

Conclusion. In general, a review of the literature and the experience of countries emphasises that despite some disadvantages of insurance systems as a tool to increase the availability of dental care, there are more advantages to having such a system than not having one.

Keywords: dental care, health insurance, universal health coverage, diseases of the oral cavity

Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) в широком смысле определяется всеми людьми, имеющими доступ к необходимому медицинским услугам без финансовых затруднений. За последнее десятилетие стремление к ВОУЗ получило значительный импульс, став приоритетной областью в достижении целей устойчивого развития (ЦУР) к 2030 году. Первоначальные оценки указывают на прогресс в таких важных областях, как охват услугами, связанными с вирусом иммунодефицита человека, туберкулезом и малярией[1]. Здоровье полости рта, напротив, в значительной степени отсутствовало в обсуждении ВОУЗ, а в борьбе с заболеваниями полости рта был достигнут только ограниченный прогресс во всем мире за последние двадцать лет[2].

Во многих странах гигиена полости рта считается второстепенной задачей и приписывается индивидуальной, а не социальной ответственности. Однако несколько стран, стремящихся к ВОУЗ, включают стоматологические услуги для некоторых или всех групп населения, что позволяет предположить, что исключение гигиены полости рта из ВОУЗ не является концептуальной неизбежностью. Неспособность расширить ВОУЗ, чтобы охватить здоровье полости рта, рискует подорвать системные результаты в отношении здоровья и усугубить неравенство в отношении здоровья. По мере того как страны планируют и согласовывают стратегии в отношении ВОУЗ, необходимо рассмотреть вопрос о том, совместимо ли исключение гигиены полости рта с общими целями ВОУЗ.

Для мониторинга прогресса в обеспечении ВОУЗ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк используют 16 контрольных показателей в четырех категориях: репродуктивное здоровье, здоровье матери и ребенка; инфекционные заболевания; неинфекционные заболевания; и возможности и доступ к услугам. Хотя и стоматологические заболевания признаны как относящиеся к неинфекционным, они были исключены из числа показателей ЦУР, связанных со здоровьем, которые направлены на общее улучшение результатов в отношении здоровья. [3].

По сути, глобальная стоматологическая помощь в основном предоставляется частными стоматологами, а стоимость лечения высока. В странах ОЭСР сообщалось об общем увеличении общих расходов на здравоохранение, особенно частных расходов на здравоохранение [4]. В стоматологии уровень использования стоматологической помощи низок и соответствует существующим потребностям в основном из-за высокой стоимости стоматологических услуг [5-6]. Таким образом, программы предоплаты стоматологических услуг или схемы страхования считаются эффективным механизмом предоставления стоматологических услуг большему количеству людей [7-8].

Страхование приобрело известность и со временем превратилось из оплаты за услугу в качестве основного метода оплаты в альтернативную форму оплаты, которой является частное медицинское страхование [8]. Частное страхование передает стоимостной риск страховой компании по схеме, применяемой и выбранной пациентами. Таким образом, такая сторонняя оплата стоматологических услуг осуществляется стоматологу агентством, а не непосредственно пациентом. Третьей стороной может быть частный перевозчик, такой как страховая компания, или также государство в рамках государственного финансирования стоматологической помощи [7]. Страховое покрытие стоматологических услуг обычно предоставляется в рамках общей медицинской страховки, которую можно приобрести отдельно или как часть комбинированного медицинского полиса с большим покрытием. предпочтительнее во многих случаях, поскольку оплата производится немедленно.

Исторически к стоматологическим услугам относились как к второстепенной части системы здравоохранения и относили к сфере личной ответственности. В Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии с системой единого плательщика стоматологические услуги первоначально покрывались Национальной службой здравоохранения. Однако в 1952 году правительство ввело доплату за услуги в качестве меры экономии [9]. Сокращение стоматологического покрытия ввиду ограниченного бюджета предполагает, что стоматологическая помощь была дискреционной льготой, которая, в отличие от других медицинских услуг, не должна была предоставляться безоговорочно в рамках ВОУЗ национальной системы здравоохранения.

США, Канада и Австралия

В Канаде, еще одной стране, известной своим комплексным медицинским страхованием, стоматологические услуги не полностью покрываются программой Medicare. Страховое покрытие варьируется в зависимости от провинции и по-разному распространяется на такие группы, как коренные народы, ветераны, семьи с низким доходом и другие уязвимые группы населения. вплоть до индивидуума. Предоставив план программы, Королевская комиссия по службам здравоохранения пришла к выводу, что «личная гигиена и сбалансированное питание находятся под контролем человека и он должен взять на себя ответственность за разумное и благоразумное использование медицинских услуг, включая регулярные стоматологические осмотры» [10]

Реализация покрытия стоматологическими услугами рассматривается через систему единого плательщика, аналогичную более широкой системе здравоохранения Канады. В качестве альтернативы есть возможность внедрить полисы обязательного страхования, существующие в таких странах, как Швейцария и Нидерланды, чтобы гарантировать, что все граждане охвачены той или иной формой государственного или частного страхования. В модели этого типа резиденты автоматически включаются в государственный план, если они не выбирают альтернативный утвержденный правительством частный план. Наконец, правительства могут принять решение расширить критерии участия в существующих государственных стоматологических программах, чтобы обеспечить доступ к стоматологическому страхованию для наиболее уязвимых в финансовом отношении групп. [11]

Соединенные Штаты Америки, которые не предлагают всеобщее медицинское обслуживание, в основном исключили стоматологические льготы, когда они учредили Medicaid и Medicare для уязвимых групп населения, детей из семей с низким доходом и лишь постепенно добровольно распространялся на взрослых с низким доходом некоторыми штатами. Эти примеры показывают, что пренебрежение стоматологической помощью является общей темой во многих странах с высоким уровнем дохода, независимо от их модели здравоохранения.

Государственное страхование детей в США включает Medicaid и Программу медицинского страхования детей (ПМСД), покрывающую детей из малообеспеченных семей, при этом Medicaid также распространяется на детей-инвалидов или детей, находящихся на попечении приемных родителей. [12] Medicaid имеет большее количество участников и, как правило, более высокие требования к минимальному комплексному страховому покрытию, чем ПМСД. [13] Каждый штат решает, следует ли управлять Medicaid и ПМСД отдельно, в рамках расширения Medicaid ПМСД или с помощью комбинации двух методов. [14] Когда два вида страхования программы не управляются одной программой или администратором, штаты могут приме-

нять различные тарифы и правила для двух программ. Эти разные политики в управлении программами государственного страхования могут привести к различиям в доступности стоматологической помощи для детей, застрахованных по программам Medicaid и ПМСД. Частное медицинское страхование (ЧМС) играет ключевую роль в финансировании стоматологической помощи в австралийской системе здравоохранения [15]. В 2012–2013 годах 12% всех расходов на стоматологические услуги финансировались физическими лицами косвенно через ЧМС. Австралийская индустрия РНІ строго регулируется и напрямую субсидируется правительством посредством 30-процентной налоговой скидки на страховые взносы в зависимости от нуждаемости. [16] Ключевые правила включают страховые взносы по рейтингу сообщества, контроль над увеличением страховых взносов и ограничения на виды услуг, которые могут быть застрахованы. Страховые взносы, оцениваемые сообществом, поддерживают недискриминационный доступ к ЧМС, гарантируя, что страховые взносы одинаковы независимо от состояния здоровья или демографических характеристик человека.

Страховое покрытие стоматологических услуг обычно предоставляется в рамках общей медицинской страховки, которую можно приобрести отдельно или как часть комбинированного полиса с больничным покрытием. В 2013/2014 году примерно 55% населения имели страховку на общее лечение, а подавляющее большинство имело стоматологическую страховку. Наличие ЧМС было связано с более высоким уровнем посещения стоматолога, посещением для осмотра и получением благоприятных услуг (посещение стоматолога в течение последних 2 лет, регулярное посещение одного и того же стоматолога и посещение для осмотра). В соответствии с этим также сообщалось об ассоциации между ЧМС и улучшением здоровья полости рта. Хотя регулярное посещение стоматолога не обязательно связано с меньшей частотой заболевания, регулярный уход и, как правило, посещение для осмотра были связаны с меньшим количеством невылеченного кариеса и меньшими социальными последствиями заболеваний полости рта. [17].

Имеющиеся данные в Австралии свидетельствуют о том, что взрослые, имеющие стоматологическую страховку, с большей вероятностью получают более регулярный стоматологический уход и имеют более благоприятный характер использования услуг, чем незастрахованные. Однако связь между стоматологическим страхованием и здоровьем полости рта менее ясна. Результаты были смешанными, а исследований, в которых сообщали о скорректированных анализах, было мало. Тем не менее, рассмотренные исследования в целом отражали связь, обычно обнаруживаемую между регулярным уходом и здоровьем полости рта; то есть стоматологическая страховка не была связана с меньшим количеством заболеваний, но была связана с лучшим лечением болезни (меньше неле-

ченного кариеса и больше пломбированных зубов). [8] В целом, исследования, проведенные в Канаде, Соединенных Штатах и Австралии, показали, что люди со страховкой стоматологических услуг сообщают о большем использовании стоматологических услуг и более низком уровне неудовлетворенных потребностей. [18-23]

Европа

Описано шесть систем оказания стоматологической помощи в Европе. Они были названы скандинавскими, бисмарковскими, бевериджскими, южноевропейскими, восточноевропейскими и гибридными (финансируемое государством (бесплатное) лечение полости рта для некоторых или всех детей, но в основном частное обеспечение для взрослых). Ясно, что между странами Европы существуют большие различия в том, как медицинские услуги по уходу за здоровьем полости рта предоставляются пациентам. [24-25].

Стоматологические услуги в Ирландии предоставляются по трем программам, финансируемым государством: Государственная стоматологическая служба, которая оказывает неотложную и некоторую плановую стоматологическую помощь детям в возрасте до 16 лет и некоторым уязвимым группам, Схема Стоматологических служб, которая дает право определенным взрослым на некоторые услуги бесплатно, и льготное стоматологическое лечение в рамках Схемы пособий на стоматологическое лечение для тех, кто заплатил взносы социального страхования за три года [26-28]. Кроме того, частная стоматологическая помощь доступна для пациентов, которые платят полностью из своего кармана и требуют возмещения до 20% стоимости лечения за определенные нестандартные процедуры за счет налоговых льгот [29].

В Швеции стоматологическая помощь до 23 лет бесплатна, а все остальные получают ежегодное пособие на общее стоматологическое обслуживание в размере от 30 до 60 евро для поощрения стоматологических осмотров и профилактического лечения. Люди с определенными заболеваниями или состояниями (например, с трудноизлечимым диабетом) получают специальную субсидию на лечение зубов в размере 60 евро каждые шесть месяцев. Кроме того, большая часть стоматологической помощи в Швеции подпадает под действие схемы защиты от высоких затрат, которая направлена на защиту пациентов от очень высоких затрат на стоматологическую помощь. Расходы на лечение выше определенного порога в течение двенадцати месяцев покрываются в размере 50% (при расходах от 295 до 1 470 евро) или 85% (свыше 1 470 евро) от справочных цен. Нидерланды выделяются по охвату стоматологической помощи дополнительным добровольным медицинским страхованием (ДМС). Большинство стоматологических услуг не покрываются государством, но частично компенсируются планами ДМС, которыми пользуются 84% населения. Во Франции частное страхование также играет важную роль в возмещении расходов на нерегуляр-

ные стоматологические услуги, не покрываемые государством. [30]

В Германии существует фиксированная субсидия в размере 60 % на стандартное лечение коронок или накладок, которая может быть увеличена, если пациенты проявляют постоянство в отношении профилактических посещений. Остальные расходы, а также любая разница в расходах из-за того, что пациенты выбрали более качественные материалы, чем те, которые покрываются страховкой, должны быть оплачены из собственного кармана. Во всех других странах государственная медицинская страховка покрывает лишь часть расходов на несъемное протезирование. В некоторых странах дополнительное ДМС, по-видимому, играет важную роль в возмещении стоимости стоматологического лечения, которое не покрывается или оплачивается лишь частично, включая протезирование.

В большинстве стран Европы существуют большие различия в охвате периодонтального зондирования и удаления зубного камня (что является частью пародонтологического лечения для предотвращения прогрессирования заболевания). Последнее лечение обычно проводится ассистентом стоматолога или стоматологом-гигиенистом. В Германии со сравнительно полным покрытием стоматологической помощи в целом чистка зубов не покрывается обязательным медицинским страхованием, в то время как в Словакии (с более ограниченным охватом) социальное медицинское страхование покрывает периодонтальное зондирование и удаление зубного камня. Базовая гигиена полости рта в Словакии частично покрывается страховкой ОМС при условии, что пациенты регулярно посещают профилактические осмотры два раза в год. В Ирландии одна зубная паста и полировка в год покрываются на сумму до 42 евро для тех, кто вносит взносы в систему социального страхования в течение последних трех лет (Программа пособий на стоматологическое лечение), что соответствует почти половине населения. Некоторое разделение затрат применяется в Эстонии и Литве, в то время как пациенты в остальных странах (например, в Германии) должны полностью платить за эти услуги из своего кармана.

Социально-экономический статус пациентов является основным фактором, определяющим доступ к стоматологической помощи почти во всех странах. Это особенно заметно, когда пациенты должны платить авансом за услуги, которые ретроспективно возмещаются медицинским страхованием или покрываются очень высокие расходы на собственные нужды. В Литве, например, высокая стоимость зубных протезов означает, что вмешательство остается недоступным для групп с низким доходом. Несколько стран признали, что теоретически люди с когнитивными нарушениями или психическими заболеваниями могут быть менее способны сформулировать запрос на лечение или понять различные преимущества и процессы ле-

чения альтернатив, таких как установка корневого канала по сравнению с удалением. В некоторых странах поставщики могут отказать в обслуживании по финансовым причинам (связанным со статусом страховки или уровнем дохода).

Разделение затрат применяется, как правило, к большинству услуг и имеет разную структуру в разных странах. Долевое участие может осуществляться в форме совместного страхования (например, во Франции), фиксированных субсидий (Эстония, Германия и Швеция) или в виде франшизы (Нидерланды, где доплаты также применяются для всего протеза). Наиболее значительное разделение затрат относится к лечению несъемным протезированием, где только часть затрат покрывается законодательной системой, и поэтому эти варианты остаются недоступными для многих людей. Во многих странах количество покрываемых стоматологических услуг ограничено в год (например, стоматологическое обследование) или в течение определенного периода в несколько лет (для зубных протезов). Определенные зубы, покрываемые для некоторых видов лечения, также могут быть ограничены. В большинстве стран законодательное покрытие ограничено стандартными материалами; сверхстандартные материалы, которые обеспечивают высококачественную стоматологическую помощь и, следовательно, лучшие результаты для здоровья, должны оплачиваться пациентом из собственного кармана. Это демонстрирует общий ограниченный охват стоматологической помощью в отношении охвата услугами по сравнению с другими услугами здравоохранения. В целом, стоматологическая помощь, по-видимому, подвержена большему разделению затрат и ограничениям по сравнению с другими областями. Это приводит к ограниченной финансовой защите расходов на уход за полостью рта во многих странах и финансовым затруднениям для домохозяйств, что также влияет на использование стоматологической помощи. [31] При сравнении неудовлетворенных потребностей в различных видах помощи (медицинская помощь или лекарства, отпускаемые по рецепту), стоматологическая помощь является наиболее частым типом, от которого люди отказываются по финансовым причинам. Что касается Италии, то расходы на стоматологию на душу населения составили около 250 евро, а государственная система здравоохранения обеспечивала лишь 5% ухода за полостью рта [32]. В среднем 14% взрослых сообщают о неудовлетворенных потребностях в стоматологической помощи из-за затрат в странах Европейского Союза. [33].

В Англии, в отличие от других служб здравоохранения, где существует полная финансовая защита, при стоматологических услугах взрослые пациенты всех возрастов оплачивают часть расходов в виде фиксированной платы за курс лечения (в 2019 году плата составляла 22,70 фунтов стерлингов или примерно 27 евро за услуги группы 1, включая профилактическое

обследование и диагностику, и 62,10 фунтов стерлингов, или 75 евро, за услуги группы 2, которые включают в себя некоторые базовые услуги, такие как пломбирование, а также некоторые более дорогие услуги, такие как лечение корневых каналов, удаление зубов) [34]. В Швеции лица в возрасте 65 лет и старше получают фиксированную ежегодную субсидию (или пособие) в размере 600 шведских крон (57 евро), которые используются для профилактической стоматологической помощи, а затем они платят любую сумму, превышающую эту сумму. Пациенты могут использовать это общее стоматологическое пособие для осмотров, профилактического лечения и любой другой стоматологической помощи, которая дает им право на государственную стоматологическую поддержку. Кроме того, существует пособие в размере 600 шведских крон (57 евро) каждые 6 месяцев на профилактическую стоматологическую помощь пациентам всех возрастов (включая пожилых людей в возрасте 65 лет и старше), у которых диагностировано серьезное заболевание, имеющее последствия для здоровья полости рта (например, сухость во рту вследствие облучения, болезнь Крона, тяжелый диабет). Таким образом, стоматологическая помощь покрывается иначе, чем другие услуги здравоохранения, такие как первичная помощь и визиты к специалистам, для которых вместо пособий предусмотрена фиксированная доплата. [35] Помимо ежегодной субсидии (пособия) на профилактическую стоматологическую помощь в Швеции существует катастрофическое покрытие других стоматологических услуг. За расходы на стоматологические услуги, превышающие пособие, пациенты платят из собственного кармана до 3000 шведских крон в год (около 284 евро), затем пациенты оплачивают 50% расходов до 15000 шведских крон (1420 евро), и они платят только 15% расходов свыше 15 000 шведских крон (1420 евро). Кроме того, в Швеции существуют справочные цены на стоматологическую помощь, которые накладывают ограничения на покрытие для пациентов, при этом отсутствует государственное покрытие услуг или затрат на лечение, которые превышают фиксированную справочную цену на эту услугу или лечение [36]. Во Франции пациенты вносят вклад в виде 30%-го совместного страхования [37], при этом эти расходы часто покрываются частным страхованием, как и все другие медицинские (не стоматологические) услуги. В Германии полная стоимость базовых стоматологических услуг, соответствующий определенному стандарту лечения, покрывается системой обязательного социального медицинского страхования (ОМС), как и другие медицинские услуги. [38] Подавляющее большинство населения Германии (почти 90%) являются участниками обязательного медицинского страхования. [39] В Нидерландах финансирование ухода за полостью рта для взрослых было радикально изменено в 1995 году. До этого люди с доходом ниже определенного

уровня оплачивались медицинским обслуживанием и уходом за полостью рта в рамках национального медицинского страхования. После 1995 г. большая часть ухода за полостью рта у взрослых перестала покрываться национальным медицинским страхованием. Все взрослые пациенты должны были оплачивать большую часть ухода за полостью рта самостоятельно, возможно, посредством добровольной дополнительной страховки. В 2006 году это национальное страхование было заменено Законом о медицинском страховании, который остается в силе и в настоящее время. Этим законом все жители Нидерландов обязаны оформлять стандартную медицинскую страховку на ограниченный спектр медицинской помощи. Этот спектр услуг, покрываемых базовым страхованием, определяется правительством. Для молодых жителей до 17 лет включительно базовое страхование покрывает расходы на профилактические и лечебные (первичные) стоматологические услуги. Для взрослых возмещение расходов на гигиену полости рта ограничивается протезированием беззубой челюсти и стоматологической помощью для людей с тяжелыми физическими и/или умственными недостатками. Следует отметить, что с 2008 по 2010 год молодыми жителями считались лица в возрасте до 21 года включительно. [40] Как и во многих европейских странах, в Румынии система общественного здравоохранения предлагает страхование, финансируемое за счет национальной системы налогообложения. Медицинское страхование гарантируется детям и подросткам до 18 лет, работникам и пенсионерам и покрывает медицинские услуги во всех государственных медицинских учреждениях, а также в тех частных учреждениях, которые выбирают сотрудничество с Национальной кассой медицинского страхования. для возмещения. Когда дело доходит до ухода за полостью рта, в Румынии подавляющее большинство стоматологических клиник являются частными, и конкретное сотрудничество для возмещения расходов на стоматологическое лечение не является обязательным.

Стоматологическим учреждениям, работающим по договору с Национальной кассой медицинского страхования (НКМС), предлагается фиксированный набор стоматологических процедур: профилактическое лечение (ежегодный осмотр и профессиональная чистка (1 раз в год для взрослых и 2 раза в год для детей до 18 лет)), герметизация фиссур (один раз в 2 года), местное фторирование (для детей от 6 до 14 лет), консервативное лечение (пломбирование), эндодонтическое лечение, пародонтологическое лечение (нехирургическое), несъемное протезирование (смоляные/металло-смоляные коронки), съемное протезирование (акриловые протезы (один раз в 4 года)), ортодонтическое лечение (съёмное, поддерживающие пространство, функциональные аппараты), хирургическое лечение (удаление, шинирование после травматических поражений зубов, репозиция ВНЧС) и лечение пато-

логии полости рта (специальные поражения слизистой оболочки полости рта). Кроме того, существуют фиксированные цены, установленные НКМС для этих стоматологических процедур, и процент покрытия составляет либо 100% для детей до 18 лет, студентов до 26 лет и взрослых, пользующихся особыми правами социального обеспечения, либо 60% для работающих или пенсионеры. Стандартный бюджет, предлагаемый НКМС на стоматологические услуги, ограничен 2000 румынских леев (около 400 евро, что соответствует величине минимальной брутто-зарплаты в Румынии) в месяц на одного стоматолога общего профиля, бюджет увеличен на 50 % для стоматолога общего профиля, работающего в сельской местности, с одной стороны, и на 20 % для стоматолога, специализирующегося в конкретной области стоматологии. Положения и условия договора дают возможность детям и взрослым пользоваться базовыми услугами по уходу за полостью рта бесплатно или по сниженным ценам, с целью поддержания или восстановления функциональности. Тем не менее, фиксированный список подходящих методов лечения не включает современные стоматологические методы лечения, которые обычно и широко используются в настоящее время, такие как армированные волокнами штифты, металлокерамические или цельнокерамические реставрации, хирургическое лечение периодонтита или эндодонтическое лечение с микроскопией или зубные имплантаты. С другой стороны, этот ограниченный ежемесячный бюджет оставляет возможность для покрытия меньшего количества процедур и пациентов, поэтому многие случаи неудовлетворенных стоматологических потребностей пациентов, которые не могут позволить себе стоматологическое лечение, оплачиваются из собственного кармана. [41]

Азия

В японской системе медицинского страхования все жители Японии входят в страховую группу в зависимости от возраста и рода занятий [42]. Система здравоохранения включает Медицинское страхование сотрудников, которое распространяется на сотрудников частных компаний и членов их семей. Те, кто работает на малых и средних предприятиях, и члены их семей являются членами Национальной ассоциации медицинского страхования. В рамках японской системы бесплатного медицинского обслуживания люди могут обращаться в несколько медицинских учреждений, включая стоматологические клиники и больницы [43]. Все застрахованные лица и их иждивенцы в возрасте от 40 до 74 лет могут ежегодно проходить специальные медицинские осмотры и получать медицинские рекомендации. С 2008 года проводятся медицинские осмотры для предотвращения метаболического синдрома в соответствии с рекомендациями Закона о здоровье и медицинском обслуживании лиц в возрасте 18 лет. Они предоставляют ценную информацию, такую как статус курения, для предотвращения неинфекци-

онных заболеваний. [44]

Республика Корея добилась всеобщего охвата населения медицинским страхованием в 1989 г. Однако остается много проблем, связанных с эффективностью системы, в том числе высокие выплаты из кармана. [45] Исследования, проведенные после расширения страхования, подтвердили, что доступ к стоматологическим услугам улучшился [46-47]; однако неравенство в доступе к услугам все еще сохраняется. [48-49].

В Малайзии системы стоматологического медицинского страхования в целом не применялись (Che Musa et al., 2019). Взрослые и пожилые группы, которые выбирают стоматологическую помощь в частной практике, должны платить из своих карманных денег. Оплата из своего кармана даже за простые стоматологические процедуры часто может быть довольно дорогой, и очень немногие страховщики неизбежно включают стоматологическое страхование как часть льгот в своих планах. Кроме того, лишь ограниченное число частных организаций (работодателей) предоставляет базовое стоматологическое страхование, которое субсидирует стоматологическую помощь в рамках своих выплат работникам, часто для обычного ухода, такого как ежегодная чистка зубов и пломбирование; в то время как серьезные проблемы с зубами, как правило, ложатся на плечи отдельных лиц [50-51]. Это несколько известных страховщиков стоматологического покрытия в Малайзии, предоставляемых несколькими компаниями, такими как Allianz Care, TuneProtect в сотрудничестве с Universal MediDent Sdn Bhd и Malaysia Dental Health Insurance. Тем не менее, их существование неизвестно на местном уровне и непривлекательно, вероятно, из-за того, что некоторые из предлагаемых схем достаточно всеобъемлющи, чтобы предлагать комплексные стоматологические льготы или защиту зубов в Малайзии. Следовательно, профилактика стоматологических заболеваний, таких как распространенные и сложные стоматологические заболевания, такие как кариес и заболевания пародонта, а также деформации полости рта, связанные с раком полости рта и травмами, обычно не включаются в страховое покрытие. [52].

С 2009 г. Китайское правительство углубило реформу системы медицинского здравоохранения, в которой базовое медицинское страхование структурно охватывало 90% населения [53]. Тем не менее, большинство из них не покрывает заболевания полости рта, и более 85% расходов на стоматологические услуги оплачиваются наличными [54].

По сравнению с Японией расходы на стоматологию на душу населения составляли 203 доллара США в рамках государственного медицинского страхования, которое покрывало примерно 70% и составляло 6,7% от общих медицинских расходов [55]. Стоматологические расходы для взрослых китайцев были на более низком уровне. Базовое медицинское страхование здоровья полости рта существенно не изменилось по срав-

нению с предыдущими годами [56].

В России всё больше и больше набирает популярность среди населения лечение по системе добровольного медицинского страхования (ДМС), это особенно распространено в стоматологии, так как система обязательного медицинского страхования не может обеспечить на должном уровне финансирование стоматологической службы [57]. В связи с этим ДМС использует денежные средства самих граждан или организаций, которые могут позволить себе страховать своих сотрудников [58]. В российском законодательстве нет четких позиций, регламентирующих деятельность страховых компаний (СК), и она практически не регулируется должным образом, а подчиняется Федеральному закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991г. №1499-1. По этой причине у медицинских организаций возникают проблемы при исполнении на практике условий самих программ, которые зачастую содержат противоречивый смысл в их содержании [59]. Система обязательного медицинского страхования так же снижает нагрузку на стоматологические услуги. Щедрая страховка на лечение зубов гарантирует доступ к стоматологическим услугам в случае необходимости. Результаты уже указали на улучшение стоматологических состояний в соответствии с расширением системы стоматологической помощи в течение двух или трех десятилетий. Стоматологические льготы по обязательному медицинскому страхованию обеспечивают финансовый доступ к стоматологической помощи для человека. Кроме того, эта система гарантирует стабильный доход стоматологам как официальным поставщикам стоматологических услуг. Для будущих реформ здравоохранения в области стоматологии необходимы меры по борьбе с болезнями и усилению централизации финансирования. Эти аспекты схемы социального медицинского страхования постепенно трансформировались в «управляемое государством» здравоохранение. По мнению исследователей, полученные результаты показывают, что социальное медицинское страхование предоставляет людям равные возможности для стоматологических услуг, а реформы здравоохранения улучшили здоровье полости рта. [60]

В 1996 г. в Кыргызстане была разработана и начато внедрение Программы реформ здравоохранения «Манас», рассчитанной на 1996–2006 годы. Результаты реформирования по программе «Манас» позволили подытожить наработанное и продолжить ее в виде программы «Манас Таалими» до 2012 года, «Ден соолук» 2012–2019 гг.. Решающим фактором обеспечения перехода на новые принципы обустройства здравоохранения было создание Фонда обязательного медицинского страхования в 1997 г. При проведении реформ в здравоохранении вопросом первостепенной важности является вопрос реформирования, оптимизации или если сказать точнее – сокращения, определения приоритетов финансирования разных секторов

охраны здоровья населения. Именно здесь стоматологическая служба, как показал опыт реформ, не является приоритетной для бюджетного финансирования. Общая схема реформ финансирования может быть представлена как введение подушевого финансирования на амбулаторном уровне, и финансирования за пролеченный случай для стационаров. При начальном этапе проведения финансовых реформ сохранялся основной источник – бюджетное финансирование, затем, в него постепенно начали вливаться финансовые потоки обязательного медицинского страхования, что продолжается и по сей день. [61]. Несмотря на программы медицинского страхования, система здравоохранения Республики Сенегал сталкивается с трудностями. Конечно же, финансовых ресурсов, направляемых в бюджет здравоохранения, по-прежнему недостаточно. Последние исследования все же продемонстрировали, что медицинское страхование вносит значительный вклад в покрытие ухода за полостью рта, даже если оно, как правило, не принимает во внимание «эстетический» уход. Следовательно, необходимо, чтобы различные участники больше консультировались и общались, чтобы развивать культуру среди населения и выступать за социальную защиту, которая позволит наиболее обездоленным иметь лучший доступ к стоматологической помощи. [62] Функционирующая система страхования стоматологического здоровья в Израиле была обоснована в 1995 году в Законе о национальном медицинском страховании. К сожалению, на сегодняшний день, все еще остается проблемой вопрос покрытия страхованием, а тем самым и услугами стоматологической помощи, взрослых граждан трудоспособного населения, в то время как дети от 0 до 18 и пожилые жители 75+ лет являются основным центром внимания системы. [63] Результаты национального опроса 2009 г. в Иране показали, что доля стоматологической помощи составила 15,5% от общих расходов на здравоохранение иранских домохозяйств [64]. Поперечное исследование в Иране изучало взаимосвязь между стоматологической страховкой и типом услуг, получаемых взрослыми иранцами с зубами в 2011 году. Результаты показали, что более половины граждан Тегерана со стоматологической страховкой посетили стоматолога в течение последних 12 месяцев [65].

В 2007 году в Иране было 71 330 916 буклетов медицинского страхования, что превышало общую численность населения страны (т. е. 70 495 000 человек), потому что у некоторых людей было два вида страхования, а у других не было ни одного вида страхового покрытия [66].

В Иране есть четыре крупных фонда социального страхования. Под контролем Министерства сотрудничества, труда и социального обеспечения эти фонды отвечают за определение пакетов основных медицинских пособий и ежегодную корректировку тарифов

для государственного и частного секторов. Наиболее важными страховыми компаниями в Иране являются Медицинские службы здравоохранения (МСЗ) и Организация социального обеспечения (ОСО). МСЗ является государственной корпорацией, которая охватывает около 35 миллионов человек (т. их семьи. Существуют также более мелкие страховые компании, такие как страхование медицинских услуг вооруженных сил. МСЗ и ОСО бесплатно покрывают следующие основные стоматологические услуги: Посещение стоматолога (включая инструктаж по гигиене полости рта, осмотр и диагностику, назначение лекарств и рентгенологию, а также запрос лабораторных анализов) строгание.

Претенденты на передовые стоматологические услуги должны приобрести дополнительную стоматологическую страховку или платить из своего кармана. В дополнение к проценту людей, имеющих медицинское страхование, важным фактором является качество страхового покрытия; например, страхование с стоматологическим покрытием и без него имеет разные последствия. Результаты когортного исследования показали, что рутинная стоматологическая профилактика у людей со страховкой стоматологического обслуживания была на 52% больше, чем у пациентов без стоматологической страховки. страхование (например, частное, семейное здравоохранение и отделение коренных народов и инуитов) сообщили, что у студентов со стоматологическим покрытием было лучшее здоровье полости рта [67]

Африка

В Нигерии уход за полостью рта составляет около 5% от общих расходов на здравоохранение, и на него приходится около 20% личных расходов [68]. Хотя проект национальной политики в области здоровья полости рта на 2020 г. способствует профилактической стоматологической помощи, национальная схема медицинского страхования покрывает гораздо больше лечебных стоматологических услуг. До внедрения Национальной программы для тех немногих, у кого есть медицинская страховка, стоматологические услуги, покрываемые страховыми пакетами, очень ограничены. Неспособность нигерийцев получить медицинскую страховку ограничивает их использование услуг по уходу за полостью рта, при этом люди с низким социально-экономическим статусом страдают несоразмерно больше. [69]

В исследовании Эфиопии большинство специалистов в области здравоохранения сообщили об ограниченных финансах и отсутствии надлежащей медицинской/стоматологической страховки в качестве барьера для стоматологических услуг и ухода за полостью рта. Это может быть связано с тем, что в развивающихся странах, таких как Эфиопия, месячная заработная плата большинства государственных служащих, включая медицинских работников (особенно тех, кто работает в государственных медицинских учреждениях), ниже, что не позволяет им пользоваться со-

временной медицинской помощью, включая гигиену полости рта и стоматологические услуги. [70] В Эфиопии ежемесячная заработная плата медицинских работников почти такая же, как у других специалистов, не являющихся работниками здравоохранения, и в среднем они зарабатывают около 12 500 ЕТВ (эфиопских быров) (3860–39 700 ЕТВ), что составляет около 416 долларов США (128,6–1323 долларов США) в зависимости от вид медицинской профессии и занимаемая им должность. Врачи и стоматологи получают относительно более высокую месячную заработную плату, чем другие медицинские работники, и она составляет около 20 800 ЕТВ (693 доллара США) для врачей и 20 700 (690 долларов США) для стоматолога, и это средняя месячная заработная плата, поскольку она может быть выше или ниже в зависимости от их должности и типа учреждения, в котором они работают. Медицинское страхование также было еще одним важным фактором, влияющим на использование услуг по уходу за полостью рта и зубов, и это верно, потому что в Эфиопии только несколько частных секторов предоставляют услуги, и им уделялось должное внимание. недавнее рассмотрение правительством в рамках его инициатив по реформе финансирования сектора здравоохранения в 2011 году путем введения программ социального медицинского страхования и медицинского страхования на уровне общины и создания Эфиопского агентства медицинского страхования. Несмотря на то, что с момента внедрения системы произошли улучшения в использовании и доступе к медицинской помощи, все еще остается много проблем, связанных с ее внедрением. [71-73]

В целом, обзор литературы и опыт стран подчеркивает, что несмотря на некоторые недостатки систем страхования в качестве инструмента повышения доступности стоматологической помощи, от наличия такой системы больше преимуществ, чем у отсутствия [74-75]. Конечно, здоровье полости рта – это многофакторное явление, которое также зависит от экономического статуса, социальных детерминант, условий жизни, уровня инфраструктуры, медицинской грамотности и качества предоставляемых услуг в целом. [76-82]. Таким образом, один из аргументов в критику повышения доступности и покрытия любой из форм медицинской помощи, в том числе стоматологической [83-89] исходит из так называемого «Закона инверсного ухода» (Inverse Care Law), впервые постулированного Тьюдором Хартом в 1971 году, [90] гласящего: «Доступность качественной медицинской помощи обратно пропорциональна потребности в ней обслуживаемого населения», что означает что обездоленные сообщества, которые больше всего страдают и, следовательно, больше всего нуждаются, получают наименьшее количество ресурсов, поскольку сообщества людей с высоким экономическим статусом «впитывают» эти ресурсы быстрее, чем раньше за счет оптимизации процессов предоставления и получения стоматологической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva, 2019.
- 2 Kassebaum N. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression // *J Dent Res.* - 2015. - Т.94, № 5. - С. 650–658.
- 3 Wang T., Mathur M., Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility // *Bull World Heal. Organ.* - 2020. - Т. 98, № 10. - С. 719–721
- 4 OECD. Health at a Glance 2016: OECD Indicators. 2017; OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. 2020
- 5 Bommireddy V.S. et al. Socioeconomic Status, Needs, and Utilization of Dental Services among Rural Adults in a Primary Health Center Area in Southern India // *J. Int. Oral Heal.* - 2014. - Т. 6, № 6. - С. 56–60;
- 6 Brennan D.S., Luzzi L., Roberts-Thomson K.F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia // *BMC Health Serv. - Res.* 2008. Т. 8, № 1.
- 7 Garla B.K., Satish G., Divya K.T. Dental insurance: A systematic review // *J. Int. Soc. Prev. Community Dent.* - 2014. Т. 4, № 2. - С. 73–77.
- 8 Gnanamanickam E.S. et al. Dental insurance, service use and health outcomes in Australia: a systematic review // *Aust. Dent. J.* - 2018. - Т. 63, № 1. - С. 4–13.
- 9 The National Health Service - Management in the 1950s [Electronic resource] // London: The National Archives of the UK
- 10 Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare? [Electronic resource] // Toronto: University of Toronto, Network for Canadian Oral Health Research. 2013. URL: <http://www.ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/lay-quinonez.pdf>
- 11 Zivkovic N. et al. Providing dental insurance can positively impact oral health outcomes in Ontario // *BMC Heal. Serv Res.* 2020. - Т. 20, № 1. - С. 124.
- 12 Duffy E. et al. Association between type of health insurance and children's oral health, NHANES 2011-2014 // *J Public Heal. Dent.* - 2018. - Т. 78, № 4. - С. 337–345
- 13 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. Key CHIP design features [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.macpac.gov/subtopic/key-design-features/>
- 14 Centers for Medicare & Medicaid Services. CHIP state program information [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.medicaid.gov/chip/state-program-information/index.html>
- 15 Paris V., Devaux M., Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries // *OECD Health Working Papers.* 2010.
- 16 Teusner D., Brennan D., Spencer A. Associations between level of private dental insurance cover and favourable dental visiting by household income // *Aust Dent J.* - 2015. - Т. 60, № 4. - С. 479–489.
- 17 Crocombe L. et al. Impact of dental visiting trajectory patterns on clinical oral health and oral health-related quality of life // *J Public Heal. Dent.* - 2012. - № 72. - С. 36–44
- 18 Manski R. et al. Wealth effects and dental care utilization in the US // *J Public Heal. Dent.* - 2012. - Т. 72, № 3. - С. 179–89.
- 19 Thompson B. et al. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study // *J Public Heal. Dent.* - 2014. - Т. 74, № 3. - С. 210–218;
- 20 Lewis C. et al. Dental insurance and its impact on preventive dental care visits for U.S. children // *J Am Dent Assoc.* - 2007. - Т. 138, № 3. - С. 369–80;
- 21 Teusner D., Anikeeva O., Brennan D. Self-rated dental health and dental insurance: modification by household income. // *Heal. Qual Life Outcomes.* - 2014. - Т. 12, № 67.
- 22 Choi M. The impact of Medicaid insurance coverage on dental service use // *J Heal. Econ.* 2011. Т. 30, № 5. С. 1020–31;
- 23 Yu Z., Elyasi M., Amin M. Associations among dental insurance, dental visits, and unmet needs of US children // *J Am Dent Assoc.* 2017. Т. 148, № 2. С. 92–9
- 24 Widström E., Eaton K. Oral health systems in the extended European union // *Oral Heal. Prev Dent.* 2004. Т. 2. С. 155–194;
- 25 Eaton K. et al. Variations in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries: a case study // *Int Dent J.* 2019. Т. 69, № 2. С. 130–140
- 26 Woods N. et al. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 7: Republic of Ireland // *Br Dent J.* 2017. Т. 222, № 7. С. 541–548;
- 27 Johnston B., Thomas S., Burke S. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ireland. 2020;
- 28 Smile agus Sláinte: National Oral Health Policy. Dublin: Department of Health., 2019.
- 29 Henry E., Brick A., Keegan C. Utilisation of dental and optical Services in Ireland—Baseline analysis for the Hippocrates Mode // *Economic and Social Research Institute (ESRI) Research Series.* 2021
- 30 Winkelmann J., Gómez Rossi J., Schwendicke F. et al. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach // *BMC Oral Health.* 2022. Т. 22, № 1. С. 65
- 31 Palm W. et al. Gaps in coverage and access in the European Union. // *Health Policy (New York).* 2021. Т. 125, № 3. С. 341–350
- 32 Bindi M. et al. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 8: Italy // *Br Dent J.* 2017. Т. 222, № 10. С. 809–817
- 33 OECD. Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems. Paris, 2019
- 34 Nhs.uk. How much will I pay for NHS dental treatment? [Electronic resource]. URL: <https://www.nhs.uk/common-health-questions/dental-health/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/>
- 35 Glenngård A.H. International Profiles of Health Care Systems: The Swedish health Care System. 2014. 133–141p.
- 36 Swedish Dental care subsidy [Electronic resource]. URL: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard/tandvardsstod>.
- 37 OECD. France: country health profile. 2019.
- 38 Allin S. et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions // *Health Policy (New York).* 2020. Т. 124, № 9. С. 998–1007.
- 39 Schwendicke F., Krois J., Jordan R. Can We Predict Usage of Dental Services? An Analysis from Germany 2000 to 2015 // *JDR Clin Trans Res.* 2020. Т. 5, № 4. С. 349–357.
- 40 den Boer J., van der Sanden, WJM Bruers J. Developments in oral health care in the Netherlands between 1995 and 2018 // *BMC Oral Health.* 2020. Т. 20, № 1. С. 192
- 41 Cărămidă M. et al. Patients' Perspective on Their Experience of Dental Treatments Covered by Public Health Insurance in Romania-A Pilot Study. // *Int J Env. Res Public Heal.* 2021. Т. 19, № 1. С. 272
- 42 Okamura S., Kobayashi R., Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care // *Health Policy (New York).* 2005. Т. 74, № 3. С. 282–6
- 43 Suzuki T. et al. Number of consulting medical institutions and risk of polypharmacy in community-dwelling older people under a healthcare system with free access: a cross-sectional study in Japan // *BMC Heal. Serv Res.* 2020. Т. 20, № 1. С. 359
- 44 Kawamura K., Doi T., Kano K. et al. Association between smoking habits and dental care utilization and cost using administrative claims database and specific medical check-up data // *BMC Oral Health.* 2022. Т. 22. С. 372.
- 45 World Health Organization. Republic of Korea Health System Review. 2015
- 46 Park H. et al. Trends in the utilization of dental outpatient services affected by the expansion of health care benefits in South Korea to include scaling: a 6-year interrupted time-series study // *J Periodontal Implant Sci.* 2018. Т. 48, № 3. С. 11;
- 47 Jang Y., Kim C., Kim N. Influence of dental insurance coverage on access to preventive periodontal care in middle-aged and elderly populations: analysis of representative Korean Community Health Survey Data (2011–2015) // *Int Dent J.* 2019. Т. 69, № 6. С. 445–453.
- 48 Choi J., Park D. The impact of national health insurance coverage on pit and fissure sealing experience // *Rural Remote Heal.* 2018. Т. 18. С. 4804;
- 49 Jang Y. et al. A 7-year study of the regional distribution of differences in scaling experience rate among Koreans // *J Korean Acad Oral Heal.* 2015. Т. 39. С. 201–206.

- 50 Che Musa M.F. et al. Situation, challenges and potential reforms for healthcare systems of Malaysia and Bangladesh: overview of dental counterpart // *J. Biotechnol. Strateg. Heal. Res.* 2019. T. 3, № 3. С. 225–236;
- 51 Malaysia M. of H. National Health and Morbidity Survey 2019 (fact sheet): Noncommunicable diseases, healthcare demand and health literacy. 2020
- 52 Che Musa M.F. et al. Current concept of oral health and its potential implications for policy and practice of dental health coverage and insurance: Post COVID-19 measurement // *IJUM J. of Orofacial Heal. Sci.* 2021. T. 2, № 1. С. 4–13
- 53 Li C., Yao N., Yin A. Disparities in dental healthcare utilization in China // *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018. T. 46, № 6. С. 576–585.
- 54 Hu D., Hong X., Li X. Oral health in China—trends and challenges // *Int J Oral Sci.* 2011. T. 3, № 1. С. 7–12
- 55 Zaitou T., Saito T., Kawaguchi Y. The Oral Healthcare System in Japan // *Healthc.* 2018. T. 6, № 3. С. 1–1
- 56 Cheng M. et al. Dental expenditure, progressivity and horizontal inequality in Chinese adults: based on the 4th National Oral Health Epidemiology Survey // *BMC Oral Health.* 2020. T. 20, № 1. С. 137
- 57 Агеева Н.. Страхование: теория, практика и зарубежный опыт. Москва: Юность, 2016. 325 p.
- 58 Грищенко Н.. Основы страховой деятельности // *Финансы и статистика.* 2015. Т. 3. С. 5–12
- 59 Буюевская А.А. Предпосылки к развитию добровольного медицинского страхования и его особенности // *Экономика здравоохранения.* 2013. Т. 3. С. 34–42.
- 60 Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. 2006. 243 p.
- 61 Каратаева М.А. et al. Обеспечения, возможности оптимизации финансового льготному, страховой стоматологической помощи контингенту населения южного региона кыргызстана // *Бюллетень науки и практики.* 2021. Т. 7, № 10. С. 245–252
- 62 Diop M. et al. The role of health insurance in the coverage of oral health care in Senegal // *J Public Heal. Africa.* 2018. T. 9, № 3. С. 772
- 63 Sgan-Cohen H., Tobias G., Zini A. Is the oral health reform in Israel optimally distributed? - A commentary // *Isr J Heal. Policy Res.* 2019. T. 8, № 1. С. 33
- 64 Jadidfarid M.-P., Yazdani S., Khoshnevisan M.-H. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country // *Oral Heal. Dent Manag.* 2012. T. 11, № 4. С. 189–198.
- 65 Lu N., Samuels M., Wilson R. Socioeconomic differences in health: how much do health behaviors and health insurance coverage account for? // *J Heal. Care Poor Underserved.* 2004. T. 15, № 4. С. 618–630.
- 66 Ibrahimipour H. et al. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran // *Heal. Policy Plan.* 2011. T. 26, № 6. С. 485–495
- 67 Siddiqui M. Dental Health Screening Program Report; Rostam Beigi M. et al. A cross-sectional investigation of the relationship between complementary health insurance and frequency of dental visits in 15 to 64 years old of Tehran population, Iran, a secondary data analysis (urban HEART-2) // *BMC Heal. Serv Res.* 2019. T. 19, № 1. С. 678
- 68 World Health Organization. Oral health: fact sheets. 2020
- 69 Oluwatola T., Olowookere O., Folayan M. COVID-19 pandemic and the widening oral health inequality in Nigeria // *Pan Afr Med J.* 2022. T. 17, № 41. С. 40.
- 70 Janakiram C., Varghese, N Ramanarayanan Venkitachalam J., Vineetha K. Comparison of modified Bass, Fones and normal tooth brushing technique for the efficacy of plaque control in young adults—A randomized clinical trial // *J Clin Exp Dent.* 2020. T. 12, № 2. С. 123.
- 71 Jembere M.Y. Community based health insurance scheme as a new healthcare financing approach in rural ethiopia: role on access, use and quality of healthcare services, the case of teheledere district, south wollo zone, Northeast Ethiopia. // *Fam. Med Med Sci Res.* 2018. T. 7. С. 2.;
- 72 Ababa A. Ethiopian health insurance agency. evaluation of community-based health insurance pilot schemes in ethiopia. Final Report. 2015. 23 p.; Yilma Z. et al. Impact of Ethiopia's community based health insurance on household economic welfare // *World Bank Econ Rev.* 2015. T. 29, № 1. С. 164–73;
- 73 Yimenu D. et al. Health Professionals Oral Health Knowledge and Practice: Unleashing the Hidden Challenges // *J Multidiscip Heal.* 2020. T. 13. С. 459–469
- 74 Herkrath F., Vettore M., Werneck G.. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. // *PLoS One.* 2018. T. 13. С. e0192771;
- 75 Santoso C. et al. Factors Affecting Dental Service Utilisation in Indonesia: A Population-Based Multilevel Analysis // *Int J Env. Res Public Heal.* 2020. T. 17, № 5. С. 5282
- 76 Mohammadi T., Malekmohammadi, M Hajizamani H.R., Mahani S.. Oral health literacy and its determinants among adults in Southeast Iran // *Eur. J. Dent.* 2018. T. 12. С. 439–442;
- 77 Hamano T. et al. Is Accessibility to Dental Care Facilities in Rural Areas Associated with Number of Teeth in Elderly Residents? // *Int. J. Environ. Res. Public Heal.* 2017. T. 14. С. 327;
- 78 Mahendradhata Y. et al. The Republic of Indonesia Health System Review In: Hort K., Patcharanarumol W // *Health Systems in Transition.* New Delhi, India, 2017;
- 79 Danquah E.P.. et al. Routine medical and dental examinations: A case study of adults in Tema community 20 in Ghana // *Int. J. Heal. Promot. Educ.* 2019. С. 1–13;
- 80 Adunola F. et al. Self-perceived oral health, normative need, and dental services utilization among dentate adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011–2014 // *J Public Heal. Dent.* 2019. T. 79, № 1. С. 79–90;
- 81 Rezaei S. et al. Dental health-care service utilisation and its determinants in West Iran: a cross-sectional study // *Int Dent J.* 2018. T. 68, № 3. С. 176–182.;
- 82 Rezaei S., Pulok M., Zahirian Moghadam, T Zandian H. Socioeconomic-Related Inequalities in Dental Care Utilization in Northwestern Iran // *Clin Cosmet Investig Dent.* 2020. T. 12. С. 181–189
- 83 Oberoi S. et al. Inverse care law still holds for oral health care in India despite so many dental graduates: Where do we lack? // *J Indian Assoc Public Heal. Dent.* 2017. T. 15. С. 181–182;
- 84 Dehmoobadsharifabadi, A Singhal S., Quiñonez C. Investigating the “inverse care law” in dental care: A comparative analysis of Canadian jurisdictions // *Can J Public Heal.* 2017. T. 107, № 6. С. 538–544;
- 85 Butler D. et al. Do undergraduate general practice placements propagate the “inverse care law”? // *Educ Prim Care.* 2022. T. 33, № 5. С. 280–287;
- 86 Kim E., Kim B., Jung H. Does the national dental scaling policy reduce inequalities in dental scaling usage? A population-based quasi-experimental study // *BMC Oral Health.* 2019. T. 19, № 185;
- 87 Reis C. et al. Factors associated with the performance of primary dental health care in Brazil: A multilevel approach // *Med.* 2020. T. 99, № 17. С. 19872.;
- 88 Bansal M. et al. Satisfaction level among patients visiting a rural dental institution toward rendered dental treatment in Haryana, North India // *J Educ Heal. Promot.* 2018. T. 12, № 7. С. 81;
- 89 Parlani S., Tripathi S., Bhoyar A. A cross-sectional study to explore the reasons to visit a quack for prosthodontic solutions // *J Indian Prosthodont Soc.* 2018. T. 18, № 3. С. 231–238.
- 90 Hart J. The inverse care law // *Lancet.* 1971. T. 1. С. 405–412.

REFERENCES

- 1 Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva, 2019.
- 2 Kassebaum N. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression // *J Dent Res.* - 2015. - T.94, № 5. - С. 650–658.
- 3 Wang T., Mathur M., Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility // *Bull World Heal. Organ.* - 2020. - T. 98, № 10. - С. 719–721
- 4 OECD. Health at a Glance 2016: OECD Indicators. 2017; OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. 2020
- 5 Bommireddy V.S. et al. Socioeconomic Status, Needs, and Utilization of Dental Services among Rural Adults in a Primary Health Center Area in Southern India // *J. Int. Oral Heal.* - 2014. - T. 6, № 6. - С. 56–60;

- 6 Brennan D.S., Luzzi L., Roberts-Thomson K.F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia // *BMC Health Serv. - Res.* 2008. T. 8, № 1.
- 7 Garla B.K., Satish G., Divya K.T. Dental insurance: A systematic review // *J. Int. Soc. Prev. Community Dent.* - 2014. T. 4, № 2. - C. 73–77.
- 8 Gnanamanickam E.S. et al. Dental insurance, service use and health outcomes in Australia: a systematic review // *Aust. Dent. J.* - 2018. - T. 63, № 1. - C. 4–13.
- 9 The National Health Service - Management in the 1950s [Electronic resource] // London: The National Archives of the UK
- 10 Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare? [Electronic resource] // Toronto: University of Toronto, Network for Canadian Oral Health Research. 2013. URL: <http://www.ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/lay-quinonez.pdf>
- 11 Zivkovic N. et al. Providing dental insurance can positively impact oral health outcomes in Ontario // *BMC Heal. Serv Res.* 2020. - T. 20, № 1. - C. 124.
- 12 Duffy E. et al. Association between type of health insurance and children's oral health, NHANES 2011-2014 // *J Public Heal. Dent.* - 2018. - T. 78, № 4. - C. 337–345
- 13 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. Key CHIP design features [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.macpac.gov/subtopic/key-design-features/>
- 14 Centers for Medicare & Medicaid Services. CHIP state program information [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.medicaid.gov/chip/state-program-information/index.html>
- 15 Paris V., Devaux M., Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries // *OECD Health Working Papers.* 2010.
- 16 Teusner D., Brennan D., Spencer A. Associations between level of private dental insurance cover and favourable dental visiting by household income // *Aust Dent J.* - 2015. - T. 60, № 4. - C. 479–489.
- 17 Crocombe L. et al. Impact of dental visiting trajectory patterns on clinical oral health and oral health-related quality of life // *J Public Heal. Dent.* - 2012. - № 72. - C. 36–44
- 18 Manski R. et al. Wealth effects and dental care utilization in the US // *J Public Heal. Dent.* - 2012. - T. 72, № 3. - C. 179–89.
- 19 Thompson B. et al. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study // *J Public Heal. Dent.* - 2014. - T. 74, № 3. - C. 210–218;
- 20 Lewis C. et al. Dental insurance and its impact on preventive dental care visits for U.S. children // *J Am Dent Assoc.* - 2007. - T. 138, № 3. - C. 369–80;
- 21 Teusner D., Anikeeva O., Brennan D. Self-rated dental health and dental insurance: modification by household income. // *Heal. Qual Life Outcomes.* - 2014. - T. 12, № 67.
- 22 Choi M. The impact of Medicaid insurance coverage on dental service use // *J Heal. Econ.* 2011. T. 30, № 5. C. 1020–31;
- 23 Yu Z., Elyasi M., Amin M. Associations among dental insurance, dental visits, and unmet needs of US children // *J Am Dent Assoc.* 2017. T. 148, № 2. C. 92–9
- 24 Widström E., Eaton K. Oral health systems in the extended European union // *Oral Heal. Prev Dent.* 2004. T. 2. C. 155–194;
- 25 Eaton K. et al. Variations in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries: a case study // *Int Dent J.* 2019. T. 69, № 2. C. 130–140
- 26 Woods N. et al. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 7: Republic of Ireland // *Br Dent J.* 2017. T. 222, № 7. C. 541–548;
- 27 Johnston B., Thomas S., Burke S. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ireland. 2020;
- 28 Smile agus Sláinte: National Oral Health Policy. Dublin: Department of Health., 2019.
- 29 Henry E., Brick A., Keegan C. Utilisation of dental and optical Services in Ireland—Baseline analysis for the Hippocrates Mode // *Economic and Social Research Institute (ESRI) Research Series.* 2021
- 30 Winkelmann J., Gómez Rossi J., Schwendicke F. et al. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach // *BMC Oral Health.* 2022. T. 22, № 1. C. 65
- 31 Palm W. et al. Gaps in coverage and access in the European Union. // *Health Policy (New York).* 2021. T. 125, № 3. C. 341–350
- 32 Bindi M. et al. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 8: Italy // *Br Dent J.* 2017. T. 222, № 10. C. 809–817
- 33 OECD. Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems. Paris, 2019
- 34 Nhs.uk. How much will I pay for NHS dental treatment? [Electronic resource]. URL: <https://www.nhs.uk/common-health-questions/dental-health/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/>
- 35 Glenngård A.H. International Profiles of Health Care Systems: The Swedish health Care System. 2014. 133–141p.
- 36 Swedish Dental care subsidy [Electronic resource]. URL: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard/tandvardsstod>.
- 37 OECD. France: country health profile. 2019.
- 38 Allin S. et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions // *Health Policy (New York).* 2020. T. 124, № 9. C. 998–1007.
- 39 Schwendicke F., Krois J., Jordan R. Can We Predict Usage of Dental Services? An Analysis from Germany 2000 to 2015 // *JDR Clin Trans Res.* 2020. T. 5, № 4. C. 349–357.
- 40 den Boer J., van der Sanden, WJM Bruers J. Developments in oral health care in the Netherlands between 1995 and 2018 // *BMC Oral Health.* 2020. T. 20, № 1. C. 192
- 41 Cărămidă M. et al. Patients' Perspective on Their Experience of Dental Treatments Covered by Public Health Insurance in Romania-A Pilot Study. // *Int J Env. Res Public Heal.* 2021. T. 19, № 1. C. 272
- 42 Okamura S., Kobayashi R., Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care // *Health Policy (New York).* 2005. T. 74, № 3. C. 282–6
- 43 Suzuki T. et al. Number of consulting medical institutions and risk of polypharmacy in community-dwelling older people under a healthcare system with free access: a cross-sectional study in Japan // *BMC Heal. Serv Res.* 2020. T. 20, № 1. C. 359
- 44 Kawamura K., Doi T., Kano K. et al. Association between smoking habits and dental care utilization and cost using administrative claims database and specific medical check-up data // *BMC Oral Health.* 2022. T. 22. C. 372.
- 45 World Health Organization. Republic of Korea Health System Review. 2015
- 46 Park H. et al. Trends in the utilization of dental outpatient services affected by the expansion of health care benefits in South Korea to include scaling: a 6-year interrupted time-series study // *J Periodontal Implant Sci.* 2018. T. 48, № 3. C. 11;
- 47 Jang Y., Kim C., Kim N. Influence of dental insurance coverage on access to preventive periodontal care in middle-aged and elderly populations: analysis of representative Korean Community Health Survey Data (2011–2015) // *Int Dent J.* 2019. T. 69, № 6. C. 445–453.
- 48 Choi J., Park D. The impact of national health insurance coverage on pit and fissure sealing experience // *Rural Remote Heal.* 2018. T. 18. C. 4804;
- 49 Jang Y. et al. A 7-year study of the regional distribution of differences in scaling experience rate among Koreans // *J Korean Acad Oral Heal.* 2015. T. 39. C. 201–206.
- 50 Che Musa M.F. et al. Situation, challenges and potential reforms for healthcare systems of Malaysia and Bangladesh: overview of dental counterpart // *J. Biotechnol. Strateg. Heal. Res.* 2019. T. 3, № 3. C. 225–236;
- 51 Malaysia M. of H. National Health and Morbidity Survey 2019 (fact sheet): Noncommunicable diseases, healthcare demand and health literacy. 2020
- 52 Che Musa M.F. et al. Current concept of oral health and its potential implications for policy and practice of dental health coverage and insurance: Post COVID-19 measurement // *IJUM J. of Orofacial Heal. Sci.* 2021. T. 2, № 1. C. 4–13
- 53 Li C., Yao N., Yin A. Disparities in dental healthcare utilization in China // *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018. T. 46, № 6. C. 576–585.
- 54 Hu D., Hong X., Li X. Oral health in China—trends and challenges // *Int J Oral Sci.* 2011. T. 3, № 1. C. 7–12
- 55 Zaitu T., Saito T., Kawaguchi Y. The Oral Healthcare System in Japan // *Healthc.* 2018. T. 6, № 3. C. 1–1

- 56 Cheng M. et al. Dental expenditure, progressivity and horizontal inequality in Chinese adults: based on the 4th National Oral Health Epidemiology Survey // *BMC Oral Health*. 2020. T. 20, № 1. C. 137
- 57 Ageeva N. Strahovanie: teoriya, praktika i zarubezhnyy opyt. Moskva: YUnost', 2016. 325 p.
- 58 Grishchenko N.. Osnovy strahovoy deyatel'nosti // *Finansy i statistika*. 2015. T. 3. C. 5–12
- 59 Buevskaya A.A. Predposylki k razvitiyu dobrovol'nogo medicinskogo strahovaniya i ego osobennosti // *Ekonomika zdavoohraneniya*. 2013. T. 3. C. 34–42.
- 60 Akanov A.A. Politika ohrany zdorov'ya naseleniya v Kazahstane: Opyt razrabotki, realizacii nacional'nyh programm zdavoohraneniya i perspektivy na 2010-2015 gody. 2006. 243 p.
- 61 Karataeva M.A. et al. Obespecheniya, vozmozhnosti optimizacii finansovogo l'gotnomu, strahovoj stomatologicheskoy pomoshchi kontingentu naseleniya yuzhnogo regiona kyrgyzstana // *Byulleten' nauki i praktiki*. 2021. T. 7, № 10. C. 245–252
- 62 Diop M. et al. The role of health insurance in the coverage of oral health care in Senegal // *J Public Heal. Africa*. 2018. T. 9, № 3. C. 772
- 63 Sgan-Cohen H., Tobias G., Zini A. Is the oral health reform in Israel optimally distributed? - A commentary // *Isr J Heal. Policy Res*. 2019. T. 8, № 1. C. 33
- 64 Jadidfarid M.-P., Yazdani S., Khoshnevisan M.-H. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country // *Oral Heal. Dent Manag*. 2012. T. 11, № 4. C. 189–198.
- 65 Lu N., Samuels M., Wilson R. Socioeconomic differences in health: how much do health behaviors and health insurance coverage account for? // *J Heal. Care Poor Underserved*. 2004. T. 15, № 4. C. 618–630.
- 66 Ibrahimipour H. et al. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran // *Heal. Policy Plan*. 2011. T. 26, № 6. C. 485–495
- 67 Siddiqui M. Dental Health Screening Program Report; Rostam Beigi M. et al. A cross-sectional investigation of the relationship between complementary health insurance and frequency of dental visits in 15 to 64 years old of Tehran population, Iran, a secondary data analysis (urban HEART-2) // *BMC Heal. Serv Res*. 2019. T. 19, № 1. C. 678
- 68 World Health Organization. Oral health: fact sheets. 2020
- 69 Oluwatola T., Olowookere O., Folayan M. COVID-19 pandemic and the widening oral health inequality in Nigeria // *Pan Afr Med J*. 2022. T. 17, № 41. C. 40.
- 70 Janakiram C., Varghese, N Ramanarayanan Venkitachalam J., Vineetha K. Comparison of modified Bass, Fones and normal tooth brushing technique for the efficacy of plaque control in young adults-A randomized clinical trial // *J Clin Exp Dent*. 2020. T. 12, № 2. C. 123.
- 71 Jembere M.Y. Community based health insurance scheme as a new healthcare financing approach in rural ethiopia: role on access, use and quality of healthcare services, the case of tehuledere district, south wollo zone, Northeast Ethiopia. // *Fam. Med Med Sci Res*. 2018. T. 7. C. 2.;
- 72 Ababa A. Ethiopian health insurance agency. evaluation of community-based health insurance pilot schemes in ethiopia. Final Report. 2015. 23 p.; Yilma Z. et al. Impact of Ethiopia's community based health insurance on household economic welfare // *World Bank Econ Rev*. 2015. T. 29, № 1. C. 164–73;
- 73 Yimenu D. et al. Health Professionals Oral Health Knowledge and Practice: Unleashing the Hidden Challenges // *J Multidiscip Heal*. 2020. T. 13. C. 459–469
- 74 Herkrath F., Vettore M., Werneck G.. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. // *PLoS One*. 2018. T. 13. C. e0192771;
- 75 Santoso C. et al. Factors Affecting Dental Service Utilisation in Indonesia: A Population-Based Multilevel Analysis // *Int J Env. Res Public Heal*. 2020. T. 17, № 5. C. 5282
- 76 Mohammadi T., Malekmohammadi, M Hajizamani H.R., Mahani S.. Oral health literacy and its determinants among adults in Southeast Iran // *Eur. J. Dent*. 2018. T. 12. C. 439–442;
- 77 Hamano T. et al. Is Accessibility to Dental Care Facilities in Rural Areas Associated with Number of Teeth in Elderly Residents? // *Int. J. Environ. Res. Public Heal*. 2017. T. 14. C. 327;
- 78 Mahendradhata Y. et al. The Republic of Indonesia Health System Review In: Hort K., Patcharanarum W // *Health Systems in Transition*. New Delhi, India, 2017;
- 79 Danquah E.P.. et al. Routine medical and dental examinations: A case study of adults in Tema community 20 in Ghana // *Int. J. Heal. Promot. Educ*. 2019. C. 1–13;
- 80 Adunola F. et al. Self-perceived oral health, normative need, and dental services utilization among dentate adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011-2014 // *J Public Heal. Dent*. 2019. T. 79, № 1. C. 79–90;
- 81 Rezaei S. et al. Dental health-care service utilisation and its determinants in West Iran: a cross-sectional study // *Int Dent J*. 2018. T. 68, № 3. C. 176–182.;
- 82 Rezaei S., Pulok M., Zahirian Moghadam, T Zandian H. Socioeconomic-Related Inequalities in Dental Care Utilization in Northwestern Iran // *Clin Cosmet Investig Dent*. 2020. T. 12. C. 181–189
- 83 Oberoi S. et al. Inverse care law still holds for oral health care in India despite so many dental graduates: Where do we lack? // *J Indian Assoc Public Heal. Dent*. 2017. T. 15. C. 181–182;
- 84 Dehmoobadsharifabadi, A Singhal S., Quiñonez C. Investigating the “inverse care law” in dental care: A comparative analysis of Canadian jurisdictions // *Can J Public Heal*. 2017. T. 107, № 6. C. 538–544;
- 85 Butler D. et al. Do undergraduate general practice placements propagate the “inverse care law”? // *Educ Prim Care*. 2022. T. 33, № 5. C. 280–287;
- 86 Kim E., Kim B., Jung H. Does the national dental scaling policy reduce inequalities in dental scaling usage? A population-based quasi-experimental study // *BMC Oral Health*. 2019. T. 19, № 185;
- 87 Reis C. et al. Factors associated with the performance of primary dental health care in Brazil: A multilevel approach // *Med*. 2020. T. 99, № 17. C. 19872.;
- 88 Bansal M. et al. Satisfaction level among patients visiting a rural dental institution toward rendered dental treatment in Haryana, North India // *J Educ Heal. Promot*. 2018. T. 12, № 7. C. 81;
- 89 Parlani S., Tripathi S., Bhojar A. A cross-sectional study to explore the reasons to visit a quack for prosthodontic solutions // *J Indian Prosthodont Soc*. 2018. T. 18, № 3. C. 231–238.
- 90 Hart J. The inverse care law // *Lancet*. 1971. T. 1. C. 405–412.

Вклад авторов. Все авторы принимали равное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами. Финансирование – не проводилось.

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ. Қаржыландыру жүргізілмеді.

Authors' Contributions. All authors participated equally in the writing of this article.

No conflicts of interest have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work. Funding - no funding was provided.

Сведения об авторах:

Мадраимов Нариман Бауыржанович, incefalon@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4321-3554>, магистр менеджмента, докторант по специальности «Общественное здравоохранение», Казахский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Республика Казахстан, г.Алматы.

Баймуратова Майраш Аушатовна, mairash@list.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0219-7874>, к.м.н., доцент - ассоциированный профессор, профессор кафедры «Общественное здоровье и социальных наук», Казахский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», г. Алматы, Республика Казахстан.

Куракбаев Куралбай Куракбаевич, Kurakbayev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8117-6846>, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ЭЗ и СМ, Казахский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», г. Алматы, Республика Казахстан.

Қалел Жан Серікұлы, halelzhana@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5116-3430>, магистр медицинских наук, преподаватель кафедры «ОЗ с курсом ООД», «Каспийский университет», международная школа медицины

Лактионова Мария Владимировна, rigel1992@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9435-8841>, магистр общественного здравоохранения, докторант по специальности «Общественное здравоохранение», Казахский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Республика Казахстан, г.Алматы.

Есимов Даулетхан Сергазиевич, d.yessimov@mail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2256-4475>, к.м.н., председатель правления Республиканское общественное объединение «Казахстанский альянс медицинских организаций».