

Получена: 14 декабрь 2022 / Принята: 10 январь 2023 / Опубликовано online: 15 марта 2023 г.
УДК: 616.31-08-039.71
DOI 10.53511/PHARMKAZ.2023.17.39.022

¹ Н.Б. Мадраимов, ¹ М.А. Баймуратова, ¹ К.К. Куракбаев, ² Ж.С. Калел, ¹ М.В. Лактионова, ³ Ф.С. Хан

¹Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», г. Алматы, Республика Казахстан.

² УО «Каспийский общественный университет»

³Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ОБЗОР ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Резюме: Улучшение качества стоматологической помощи населению является как медицинской, так и не менее значимой социальной и экономической проблемой. Стоматологическое здоровье населения, безусловно, является неотъемлемой частью общественного здоровья государства. Организаторами здравоохранения признается тот экономический ущерб, который требует предотвращения осложнений и заболеваний воспалительного генеза путем организации медицинской помощи пациентам стоматологического профиля, учитывая, что большинство заболеваний хорошо поддается профилактике.

Цель исследования: изучить распространённость заболеваний полости рта, а также организацию стоматологической помощи 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 исследования. По запросу было найдено 57 публикаций, критериям включения соответствовали 29 из них. Болезни полости рта широко распространены в странах с любым уровнем развития, поражая 60–90% детей и большинство взрослых. Невылеченный кариес постоянных зубов был наиболее распространенным состоянием здоровья в 2010 г., от него пострадало 35% населения мира, или 2,4 миллиарда человек во всем мире. Рак губ и полости рта входит в число 15 наиболее распространенных видов рака в мире: в 2018 г. было зарегистрировано 500 550 случаев заболевания или стандартизированный по возрасту показатель (ASR) в 2,8 на 100 000 мужчин и 1,2 на 100 000 женщин. В 2010 г. тяжелый пародонтит был шестым по распространенности состоянием здоровья, поражая 10,8% людей, или 743 миллиона человек, во всем мире.

Заключение. Распространенность рассматриваемых стоматологических нозологий в разных возрастных группах достаточно высока даже в развитых странах, что на сегодняшний день нашло отражение в усилении усовершенствования организационных мероприятий в виде принятых Государственных и негосударственных программ страхования здоровья населения. Благодаря чему, охват стоматологическими услугами значительно расширен, включая уязвимые категории населения.

Ключевые слова: распространённость, кариес, болезни десен, медицинское страхование, стоматологическая помощь.

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

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

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

³ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті (ҚазҰМУ) Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ШЕТ ЕЛДЕРДЕГІ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІНЕ ШОЛУ

Түйін: Халыққа стоматологиялық көмек көрсету сапасын арттыру – бұл әрі медициналық, әрі маңызды әлеуметтік-экономикалық мәселе. Халықтың стоматологиялық денсаулығы, әрине, мемлекеттің қоғамдық денсаулығының құрамдас бөлігі болып табылады. Денсаулық сақтауды ұйымдастырушылар көптеген аурулардың жақсы алдын алуға болатынын ескере отырып, стоматологиялық науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыру арқылы асқинулар мен қабыну ауруларының алдын алуды талап ететін экономикалық зиянды мойындайды.

Зерттеудің мақсаты: ауыз қуысы ауруларының таралуын, сонымен қатар шет елдердегі стоматологиялық көмекті ұйымдастыруды 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: метал-талдаулар, жүйелі шолулар, когорттық және қималық зерттеулер.

Алып тастау критерийлері: қысқа хабарламалар, жарнамалық мақалалар түріндегі сарапшылық пікір. Зерттеу нәтижелері: сұраныс бойынша 57 жарияланым табылды, оның 29-ы қосу критерийлеріне сәйкес келді. Ауыз қуысының аурулары барлық даму деңгейіндегі елдерде кең таралған, балалардың 60-90% және ересектердің көпшілігіне әсер етеді.

Емделмеген тұрақты тіс жегі 2010 жылы денсаулықтың ең көп тараған ауруы болды, ол әлем халқының 35% немесе бүкіл әлем бойынша 2,4 миллиард адамға әсер етті. Еріннің және ауыздың қатерлі ісігі әлемдегі ең көп таралған 15 қатерлі ісіктің бірі болып табылады, 2018 жылы 500 550 жағдай немесе жас бойынша стандартталған көрсеткіш (ASR) 100 000 еркекке 2,8 және 100 000 әйелге 1,2 құрайды. 2010 жылы ауыр периодонтит әлем бойынша адамдардың 10,8% немесе 743 миллион адамға әсер ететін денсаулық жағдайы бойынша алтыншы орында болды.

Қорытынды. Қарастырылып отырған стоматологиялық нозологиялардың әртүрлі жас топтарында таралуы тіпті дамыған елдерде де айтарлықтай жоғары, бұл бүгінгі күні қабылданған мемлекеттік және мемлекеттік емес медициналық сақтандыру бағдарламалары түріндегі ұйымдастырушылық шараларды жетілдірудің күшеюінен көрінеді. Осының арқасында стоматологиялық қызметпен қамту, оның ішінде халықтың осал санаттары айтарлықтай кеңейді.

Түйін сөздер: таралу, кариес, қызыл иек ауруы, медициналық сақтандыру, стоматологиялық көмек.

¹ Nariman Madraimov, ¹ Mairash Baimuratova,
¹ Kuralbai Kurakbayev, ² Zhan Kalel, ¹ Mariya Laktionova,
³ Felix Khan.

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

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

³Asfendiyarov Kazakh National Medical University

REVIEW OF ORGANIZATIONAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF DENTAL CARE IN FOREIGN COUNTRIES

Resume: Improving the quality of dental care for the population is both a medical and no less significant social and economic problem. Dental health of the population, of course, is an integral part of the public health of the state. Healthcare organizers recognize the economic damage that requires the prevention of complications and diseases of inflammatory origin by organizing medical care for dental patients, given that most diseases are well preventable.

The purpose of the study: to study the prevalence of oral diseases, as well as the organization of dental care in foreign countries
 Materials and Methods. Search strategy. Open access articles were studied using the following databases of scientific publications and specialized search engines in depth over the past 10 years: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Inclusion Criteria: Evidence level A, B publications: meta-analyses, systematic reviews, cohort and cross-sectional studies.

Exclusion criteria: expert opinion in the form of short messages, promotional articles.

Results. 57 publications were found by request, 29 of them met the inclusion criteria. Oral diseases are widespread in countries of all levels of development, affecting 60–90% of children and most adults. Untreated permanent tooth decay was the most common health condition in 2010, affecting 35% of the world's population, or 2.4 billion people worldwide. Cancer of the lips and mouth is among the 15 most common cancers in the world, with 500,550 cases in 2018 or an age-standardized rate (ASR) of 2.8 per 100,000 males and 1.2 per 100,000 females. In 2010, severe periodontitis was the sixth most common health condition, affecting 10.8% of people, or 743 million people, worldwide.

Conclusion. The prevalence of the considered dental nosologies in different age groups is quite high even in developed countries, which today is reflected in the strengthening of the improvement of organizational measures in the form of adopted State and non-state health insurance programs. Thanks to this, the coverage of dental services has been significantly expanded, including vulnerable categories of the population.

Key words: prevalence, caries, gum disease, health insurance, dental care.

Введение. Улучшение качества стоматологической помощи населению является как медицинской, так и не менее значимой социальной и экономической проблемой. На сегодняшний день изучение стоматологического здоровья – это проблема, которая предусматривает рассмотрение трех уровней, согласно существующих индикаторов для мониторинга. Ключевыми считаются оценка здоровья полости рта (ЗПР) детей и подростков; исследование ЗПР у населения в целом, а также мониторинг качества жизни полости рта [1]. Обеспечение безопасности пациентов и медработников во время оказания стоматологической помощи является достаточно важной составляющей гарантировано качественного обслуживания с учетом соблюдения мер индивидуальной защиты [2]. Стоматологическое здоровье населения, безусловно, является неотъемлемой частью общественного здоровья государства. Организаторами здравоохранения признается тот экономический ущерб, который требует предотвращения осложнений и заболеваний воспалительного генеза путем организации медицинской помощи пациентам стоматологического профиля [3]. Болезни полости рта в основном поддаются профилактике, они широко распространены в странах с любым уровнем развития, поражая 60–90% детей и большинство взрослых [1]. Невылеченные болезни полости рта могут иметь последствия от инвалидности до летального исхода. Помимо кариеса и болезней десен, патологии полости рта включают рак полости рта и ротоглотки, микробные инфекции и абсцессы зубов. Плохое здоровье полости рта также снижает качество жизни, ограничивая способность жевать и снижая самооценку [2]. Кроме того, заболевания полости рта имеют общие факторы риска, такие как злоупотребление табаком, алкоголем, иррациональное питание и стресс, с другими основными неинфекционными заболеваниями, к примеру -сердечно-сосудистые заболевания и диабет [3]. Соответственно, исключение вопросов стоматологии из универсальных программ здравоохранения ставит под угрозу долгосрочные последствия для здоровья населения далеко за пределами только полости рта. Кроме того, это пренебрежение укрепляет представление о том, что здоровье полости рта концептуально отличается от системного здоровья.

Пренебрежение здоровьем полости рта также имеет негативные последствия для справедливости в отношении здоровья. Тот факт, что большинство заболеваний полости рта возможно предотвратить с помощью раннего вмешательства, следовательно может быть взято за основу, к сожалению, отсутствующей личной ответственности в поддержании хорошего здоровья полости рта. Вместе с тем, интерпретация предполагает, что во всех группах населения имеются равные возможности доступа к медицинскому обслуживанию, и упускает из виду широкий спектр социально-экономических детерминант, немало влияющих на здоровье полости рта, иногда даже до рождения. В 2016 г.

Всемирная стоматологическая федерация приняла новое определение здоровья полости рта и определила пять определяющих факторов, влияющих на состояние здоровья полости рта: генетические и биологические факторы, социальная среда, физическая среда, поведение в отношении здоровья и доступ к медицинской помощи, хорошее здоровье полости рта, сосредоточение внимания исключительно на личной ответственности не является ответом.

Следует признать, что во всем мире стоматологические заболевания непропорционально поражают малоимущие слои населения [3]. Заболевания полости рта могут сокращать возможности трудоустройства и ограничивать социальную мобильность, тем самым усиливая социальное неравенство, выходящее за рамки здоровья. Различия в состоянии здоровья полости рта особенно заметны в странах с высоким уровнем дохода, таких как США, где взрослые люди с низким доходом сталкиваются со структурными и экономическими препятствиями в доступе к базовым профилактическим и восстановительным стоматологическим услугам. В частности, было обнаружено, что в странах с низким и средним уровнем дохода стоматологическое лечение являлось значительным источником разрушительных расходов на здравоохранение [4]. С другой стороны, в Европейских странах, предлагающих государственное стоматологическое страхование, было обнаружено меньшее неравенство в использовании стоматологической помощи [5].

Таким образом, Всеобщий охват услугами здравоохранения (далее - ВОУЗ), включая стоматологические услуги, может способствовать обеспечению справедливости с точки зрения доступа к медицинской помощи и результатов гигиены полости рта, которые имеют преимущества для отдельных лиц, общества и системы здравоохранения.

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний полости рта, а также организацию стоматологической помощи в зарубежных странах

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 57 публикаций, критериям включения соответствовали 29 из них. К вопросу о текущем статусе мирового стоматологического здоровья хотелось бы остановиться на распространенности некоторых нозологий. Эпидемиологические данные указывают на то, что за последние четыре десятилетия распространенность кариеса зу-

бов в течение жизни снизилась, но это в основном в странах с высоким уровнем дохода, при этом наиболее существенное снижение наблюдается у 12-летних детей. [6,7]

Данные о бремени нелеченого кариеса молочных зубов получены из 192 исследований с участием 1 502 260 детей в возрасте от 1 до 14 лет в 74 странах, согласно ГББ 2015. [8] В 2010 г. невылеченный кариес молочных зубов был десятым наиболее распространенным 9,0% мирового детского населения; глобальная стандартизованная по возрасту распространенность оставалась неизменной в период с 1990 по 2010 г. (9,0%); [9] а стандартизованная по возрасту глобальная заболеваемость составила 15 205 случаев на 100 000 человеко-лет в 2010 г., что было незначительно и незначительно меньше, чем 15 437 случаев на 100 000 человеко-лет в 1990 г. [1]. В 2015 г. распространенность нелеченого кариеса молочных зубов составила 7,8%; стандартизированные по возрасту оценки распространенности в 2015 г. были аналогичны оценкам 1990 г. Пик нелеченого кариеса молочных зубов среди детей в возрасте 1–4 лет пришелся на 2015 г. [8]

Невылеченный кариес постоянных зубов был наиболее распространенным состоянием здоровья в 2010 г., от него пострадало 35% населения мира, или 2,4 миллиарда человек во всем мире. [1] Эти и другие данные о бремени болезни получены из 186 исследований, в которых приняли участие 3 265 546 человек. в возрасте 5 лет и старше в 67 странах. В период с 1990 по 2010 год глобальная стандартизованная по возрасту распространенность оставалась стабильной на уровне около 35%. В 2010 г. стандартизованная по возрасту заболеваемость составила 27 257 случаев на 100 000 человек, что незначительно отличалось от оценки 1990 г., равной 28 689 случаев на 100 000 человек. Распространенность достигла пика в 1990 и 2010 годах; первый и самый большой пик был в возрасте 25 лет, а второй, меньший пик, произошел примерно в возрасте 70 лет, причем более поздний пик, вероятно, объясняется усилением корневого кариеса. Последние данные за 2015 г. подтвердили, что нелеченный кариес постоянных зубов остается наиболее распространенным состоянием здоровья в мире (34,1%). В отличие от ранее полученных данных, пик распространенности нелеченого кариеса постоянных зубов в 2015 г. приходится на младшую возрастную группу 15–19 лет. С 1990 г. (31 407 случаев на 100 000 населения) по 2017 г. (30 129 случаев на 100 000 населения) число распространенных случаев нелеченого кариеса зубов снизилось всего на 4%. Глобальное распределение и межстрановые различия в распространенности за этот период изменились незначительно. Таким образом, в целом глобальное бремя нелеченого кариеса молочных и постоянных зубов за последние 30 лет оставалось относительно неизменным, что ставит под сомнение общепринятое представление о

том, что бремя кариеса зубов в целом уменьшилось. Определение случая заболевания пародонта в эпидемиологических исследованиях представляет собой сложную задачу, но, как правило, основывается на измерениях глубины пародонтального кармана и клинической потери прикрепления. В 2010 г. тяжелый пародонтит был шестым по распространенности состоянием здоровья, поражая 10,8% людей, или 743 миллиона человек, во всем мире. Глобальные стандартизированные по возрасту распространенность и заболеваемость остаются стабильными с 1990 г.: в 1990 г. распространенность составляла 11,2%, а заболеваемость — 696 случаев на 100 000 человеко-лет, по сравнению с распространенностью 10,8% и заболеваемостью 701. случаев на 100 000 человеко-лет в 2010 г. [10]

Потеря зубов отражает конечную точку заболевания зубов в течение всей жизни - обычно кариеса или заболеваний пародонта - и историю лечения (или отсутствия) лечения зубов у человека. В 2010 г. 158 миллионов человек, или 2,3% населения мира, страдали полной адентией (отсутствием естественных зубов). Распространенность тяжелой потери зубов снизилась в период с 1990 по 2010 год с 4,4% до 2,4%. Глобальная заболеваемость также снизилась с 374 случаев на 100 000 человеко-лет в 1990 году до 205 случаев на 100 000 человеко-лет в 2010 году. [11]

Рак губ и полости рта входит в число 15 наиболее распространенных видов рака в мире: в 2018 г. было зарегистрировано 500 550 случаев заболевания или стандартизованный по возрасту показатель (ASR) в 2,8 на 100 000 мужчин и 1,2 на 100 000 женщин. Данные за 2018 г. показывают, что рак ротовой полости имеет самую высокую заболеваемость среди всех видов рака в Меланезии и Южной Азии среди мужчин и является ведущей причиной смертности от рака среди мужчин в Индии и Шри-Ланке. Кроме того, среди мужчин, живущих в странах с низким или средним индексом человеческого развития, ASR рака ротовой полости занимает четвертое место среди всех видов рака (ASR 8,7 на 100 000 мужчин). [12].

Далее считаем возможным остановиться на некоторых сведениях международного опыта, посвященного изучению здоровья полости рта и охвату стоматологической помощью. ВОУЗ в широком смысле определяется всеми людьми, имеющими доступ к необходимым 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. [13] 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. [1] 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. [14] 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. [15] 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.

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» [16]

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. Medicaid имеет большее количество участников и, как правило, более высокие требования к минимальному комплексному страховому покрытию, чем ПМСД [17]. Каждый штат решает, следует ли управлять Medicaid и ПМСД отдельно, в рамках расширения Medicaid ПМСД или с помощью комбинации двух методов. [18] Когда два вида страхования программы не управляются одной программой или администратором, штаты могут применять 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.

Стоматологические услуги в Ирландии предоставляются по трем программам, финансируемым государством: Государственная стоматологическая служба (PDS), которая оказывает неотложную и некоторую плановую стоматологическую помощь детям в возрасте до 16 лет и некоторым уязвимым группам, Стоматологические службы Схема (DTSS), которая дает право определенным взрослым на некоторые услуги бесплатно, и льготное стоматологическое лечение в рамках Схемы пособий на стоматологическое лечение (DTBS) для тех, кто заплатил взносы социального страхования за три года [19–21]. 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 [22].

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 подпада-

ет 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 нерегулярные стоматологические услуги, не покрываемые государством. [23]

В японской системе медицинского страхования все жители Японии входят в страховую группу в зависимости от возраста и рода занятий [24]. 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 медицин-

ского страхования. В рамках японской системы бесплатного медицинского обслуживания люди могут обращаться в несколько медицинских учреждений, включая стоматологические клиники и больницы [25]. 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 неинфекционных заболеваний [26].

Выводы. Обобщая все вышесказанное распространенность рассматриваемых стоматологических нозологий в разных возрастных группах достаточно высока даже в развитых странах, что на сегодняшний день нашло отражение в усилении усовершенствования организационных мероприятий в виде принятых Государственных и негосударственных программ страхования здоровья населения. Благодаря чему, охват стоматологическими услугами значительно расширен, включая уязвимые категории населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тишков Д.С. – Стоматологическое здравоохранение в России: сравнение полиса обязательного медицинского страхования и частных услуг в стоматологической практике. – Ж. Наука и здоровье. Азимут научных исследований: экономика и управление. 2021. Т. 10. № 1(34) – 2021. - С. 334-336
- 2 Абралина Ш.Ш., Абылкаирова Г.С., Үмүтқанова Д.С. - организация стоматологической помощи детскому населению при covid-19. – ж. Наука и Здравоохранение, республиканская научно-практическая конференция с международным участием «обязательное социальное медицинское страхование – повышение эффективности системы здравоохранения». -2020. - №5(i)– с. 5
- 3 Матчина О.И., Баянова Н.А., Денисов В.А.- организация стоматологической помощи на региональном уровне в условиях ОСМС.- ж.Наука и Здравоохранение, №5(i), 2020 республиканская научно-практическая конференция с международным участием «обязательное социальное медицинское страхование – повышение эффективности системы здравоохранения» - с.43-44
- 4 Kassebaum N. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression // J Dent Res. 2015. Vol. 94, № 5. P. 650–658.
- 5 Glick M. et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health // J Public Heal. Dent. 2017. Vol. 77, № 1. P. 3–5.
- 6 Peres M. et al. Oral diseases: a global public health challenge // Lancet. 2019. Vol. 394, № 10194. P. 249–260.
- 7 Bernabé E., Masood M., Vujicic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries // BMC Public Health. 2017. Vol. 17, № 1. P. 109.
- 8 Listl S. Countries with public dental care coverage have lower social inequalities in the use of dental services than countries without such coverage // J Evid Based Dent Pr. 2015. Vol. 15, № 1. P. 41–42.
- 9 Marthaler T. Changes in dental caries 1953-2003 // Caries Res. 2004. Vol. 38, № 3. P. 173–181.
- 10 Frencken J. et al. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review // J Clin Periodontol. 2017. Vol. 44, № 18. P. 94–105.
- 11 Kassebaum N. et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors // J Dent Res. 2017. Vol. 96, № 4. P. 380–387.
- 12 Marcenés W. et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis // J Dent Res. 2013. Vol. 92, № 7. P. 592–597.
- 13 Kassebaum N. et al. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression // J Dent Res. 2014. Vol. 93, № 11. P. 1045–1053.
- 14 Kassebaum N. et al. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis // J Dent Res. 2014. Vol. 93, № 7. P. 20–28.
- 15 Bray F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J Clin. 2018. Vol. 68, № 6. P. 394–424.
- 16 Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva, 2019.
- 17 Wang T., Mathur M., Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility // Bull World Heal. Organ. 2020. Vol. 98, № 10. P. 719–721.
- 18 The National Health Service - Management in the 1950s [Electronic resource] // London: The National Archives of the UK.
- 19 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>.
- 20 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. Key CHIP design features [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.macpac.gov/subtopic/key-design-features/>.
- 21 Centers for Medicare & Medicaid Services. CHIP state program information [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.medicaid.gov/chip/state-program-information/index.html>.
- 22 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. Vol. 222, № 7. P. 541–8.
- 23 Johnston B., Thomas S., Burke S. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ireland. 2020.

- 24 Smile agus Sláinte: National Oral Health Policy. Dublin: Department of Health., 2019.
- 25 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.
- 26 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. Vol. 22, № 1. P. 65.
- 27 Okamura S., Kobayashi R., Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care // Health Policy (New York). 2005. Vol. 74, № 3. P. 282–6.
- 28 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. Vol. 20, № 1. P. 359.
- 29 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. Vol. 22. P. 372.

REFERENCES

- 1 Tishkov D.S. – Stomatologicheskoe zdravooхранenie v Rossii:sravnenie polisa obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya i chastnyh uslug v stomatologicheskoy praktike. – Zh. Nauka i zdorov'e. Azimut nauchnyh issledovaniy: ekonomika i upravlenie. 2021. T. 10. № 1(34) – 2021. - S. 334-336
- 2 Abralina SH.SH., Abylkairova G.S., Ymytqanova D.S. - organizaciya stomatologicheskoy pomoshchi detskomu naseleniyu pri covid-19. – zh. Nauka i Zdravooхранenie, respublikanskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem «obyazatel'noe social'noe medicinskoe strahovanie – povyshenie effektivnosti sistemy zdravooхранeniya».-2020. - №5(i)– s. 5
- 3 Matchina O.I., Bayanova N.A., Denisov V.A.- organizaciya stomatologicheskoy pomoshchi na regional'nom urovne v usloviyah OSMS.- zh.Nauka i Zdravooхранenie, №5(i), 2020 respublikanskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem «obyazatel'noe social'noe medicinskoe strahovanie – povyshenie effektivnosti sistemy zdravooхранeniya» - s.43-44
- 4 Kassebaum N. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression // J Dent Res. 2015. Vol. 94, № 5. P. 650–658.
- 5 Glick M. et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health // J Public Heal. Dent. 2017. Vol. 77, № 1. P. 3–5.
- 6 Peres M. et al. Oral diseases: a global public health challenge // Lancet. 2019. Vol. 394, № 10194. P. 249–260.
- 7 Bernabé E., Masood M., Vujcic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries // BMC Public Health. 2017. Vol. 17, № 1. P. 109.
- 8 Listl S. Countries with public dental care coverage have lower social inequalities in the use of dental services than countries without such coverage // J Evid Based Dent Pr. 2015. Vol. 15, № 1. P. 41–42.
- 9 Marthaler T. Changes in dental caries 1953-2003 // Caries Res. 2004. Vol. 38, № 3. P. 173–181.
- 10 Frencken J. et al. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review // J Clin Periodontol. 2017. Vol. 44, № 18. P. 94–105.
- 11 Kassebaum N. et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors // J Dent Res. 2017. Vol. 96, № 4. P. 380–387.
- 12 Marcenes W. et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis // J Dent Res. 2013. Vol. 92, № 7. P. 592–597.
- 13 Kassebaum N. et al. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression // J Dent Res. 2014. Vol. 93, № 11. P. 1045–1053.
- 14 Kassebaum N. et al. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis // J Dent Res. 2014. Vol. 93, № 7. P. 20–28.
- 15 Bray F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J Clin. 2018. Vol. 68, № 6. P. 394–424.
- 16 Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva, 2019.
- 17 Wang T., Mathur M., Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility // Bull World Heal. Organ. 2020. Vol. 98, № 10. P. 719–721.
- 18 The National Health Service - Management in the 1950s [Electronic resource] // London: The National Archives of the UK.
- 19 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>.
- 20 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. Key CHIP design features [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.macpac.gov/subtopic/key-design-features/>.
- 21 Centers for Medicare & Medicaid Services. CHIP state program information [Electronic resource]. 2021. URL: <https://www.medicare.gov/chip/state-program-information/index.html>.
- 22 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. Vol. 222, № 7. P. 541–8.
- 23 Johnston B., Thomas S., Burke S. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ireland. 2020.
- 24 Smile agus Sláinte: National Oral Health Policy. Dublin: Department of Health., 2019.
- 25 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.
- 26 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. Vol. 22, № 1. P. 65.
- 27 Okamura S., Kobayashi R., Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care // Health Policy (New York). 2005. Vol. 74, № 3. P. 282–6.
- 28 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. Vol. 20, № 1. P. 359.
- 29 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. Vol. 22. P. 372.

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное 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, halelzhap@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.

Хан Феликс Сергеевич, 11k.felixk@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5951-0326>, интерн Школы Стоматологии, Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Ж. Асфендиярова