

## Роль специализированных центров челюстно-лицевой хирургии в структуре многопрофильных медицинских организаций стран мира

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Lebedev M.V, Kerimova K.I., Zakharova I.Yu.

### The role of specialized centers of maxillofacial surgery in the structure of multidisciplinary medical organizations of the world

#### Резюме

Состояние системы здравоохранения является показателем социально-экономического благополучия населения страны. Уровень качества оказания медицинской помощи и ее доступность влияют на удовлетворенность населения жизнью, определяют уровень заболеваемости и смертности по стране и миру, в целом. Именно поэтому, любому государству необходимо индивидуальное определение наиболее эффективной модели здравоохранения, способов ее функционирования и регулирования.

Одним из приоритетных показателей, определяющих эффективность организации отрасли здравоохранения – доступность и качество оказания медицинской помощи населению. Система оказания медицинской помощи пациентам с патологиями челюстно-лицевой области на сегодня, в каждой стране организована по-разному, однако ни одна из моделей не является совершенной. В настоящей статье обозначены особенности оказания медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области в странах мира

**Ключевые слова:** система оказания медицинской помощи, обзор литературы, челюстно-лицевая хирургия, медицинская помощь

**Для цитирования:** Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю., Роль специализированных центров челюстно-лицевой хирургии в структуре многопрофильных медицинских организаций стран мира, Уральский медицинский журнал, №09 (192) 2020, с. 34 -38, DOI 10.25694/URMJ.2020.09.08

#### Summary

The state of the health system is an indicator of the socio-economic well-being of the country's population. The level of quality of medical care and its accessibility affect the population's satisfaction with life, determine the level of morbidity and mortality in the country and the world as a whole. That is why, any state needs an individual definition of the most effective model of health care, the ways of its functioning and regulation.

One of the priority indicators determining the effectiveness of the organization of the healthcare industry is the availability and quality of medical care to the population. The system of medical care for patients with pathologies of the maxillofacial region today is differently organized in each country, however, none of the models is perfect. This article outlines the features of providing medical care to patients with pathology of the maxillofacial region in the countries of the world

**Key words:** medical care system, literature review, maxillofacial surgery, medical care

**For citation:** Lebedev M.V, Kerimova K.I., Zakharova I.Yu., The role of specialized centers of maxillofacial surgery in the structure of multidisciplinary medical organizations of the world, Ural Medical Journal, No. 09 (192) 2020, p. 34 - 38 , DOI 10.25694/URMJ.2020.09.08

На сегодня актуальными являются поиск новых возможностей и определение методов повышения и поддержания здоровья населения. Одно из приоритетных

направлений деятельности развитых стран мира – обеспечение эффективного развития и функционирования системы здравоохранения, которая регулирует уровень

качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Совершенствование отрасли способствует созданию системы, деятельность которой будет направлена на обеспечение наиболее высокого качества и доступности медицинских услуг для каждого гражданина, не учитывая при этом его социальный и материальный статус.

Анализ опубликованной литературы показал, что ключевую роль в поддержании здоровья и обеспечении населения качественной своевременной медицинской помощью играет сформировавшаяся в стране модель здравоохранения. Одна из них – бюджетная, сложившаяся в следующих странах: Великобритания, Греция, Ирландия, Италия, Португалия и др. К примеру, в Великобритании основной источник финансирования отрасли здравоохранения – налоговые поступления граждан. Национальная служба здравоохранения обеспечивает население необходимыми медицинскими услугами, препаратами и изделиями при оказании пациенту с патологией челюстно-лицевой области помощи в условиях стационара бесплатно. Препараты, по рецепту амбулаторно назначенные на приеме стоматологом или челюстно-лицевым хирургом, оплачиваются путем соплатежа (порядка 10 долларов за рецепт), особые категории граждан освобождаются от соплатежей. Не в полном объеме соплатежи взимаются за офтальмологические и стоматологические услуги. Существует возможность оплаты проезда до медицинской организации для малоимущих граждан. В Австралии существуют две государственные программы, финансируемые федеральным правительством, которые отвечают за обязательное медицинское страхование, покрывая до 75% стоимости услуг стационарной медпомощи, до 100% услуг, предоставляемых амбулаторной медицинской организацией, и возмещение до 90% стоимости лекарственных средств. Так же правительством Австралии предоставляются средства на услуги по уходу за престарелым населением и инвалидами. Правительство тщательно следит за рынком лекарственной продукции и изделий, частными страховыми организациями, которые играют лишь вспомогательную роль в структуре отрасли здравоохранения.

Вторая модель – социально-страховая, сформировавшаяся в странах Европы, Канаде, Японии. Финансирование здравоохранения в этих странах складывается из взносов работников и работодателей. Государство в такой модели играет лишь роль гаранта в обеспечении населения медицинской помощью. В Германии около 90% населения охвачены национальной системой – ОМС. К источникам ее финансирования относятся взносы работающего населения и работодателей – 15,5%, делящиеся между ними поровну. Система обязательного медицинского страхования покрывает практически все расходы на медицинскую помощь, лекарства и медицинские изделия. Все граждане Франции охвачены системой ОМС, которая на 90% финансируется посредством взносов на соцстрахование, а оставшуюся часть составляют налоговые взносы и акцизы.

Третьей моделью, представленной, к примеру, в

США, является частная, при которой нет единой системы медицинского обслуживания или страхования, обеспечиваемой за счет средств государственного бюджета. Приоритетное направление оказания медицинской помощи – платное, организованное посредством частного страхования или непосредственной оплаты пациентом. Государство обеспечивает финансирование медицинских услуг только для малообеспеченных категорий населения, пенсионеров и безработных [1].

Большинство стран разделяют мнение, что большая часть средств на оказание медицинской помощи должна выделяться из федерального бюджета. Здравоохранение должно обеспечивать все категории населения доступной медицинской помощью, а деятельность отрасли направлена на повышение стандартов качества ее оказания. Во всем мире порядка 30% всех средств, выделенных на здравоохранение, расходуются непроизводительно, что в большей степени связано с неэффективностью трудовых ресурсов, слабым руководящим звеном и низким уровнем контроля [2]. Одна из мировых проблем – недостаточность отдельных категорий работников здравоохранения. Прогнозируемый дефицит кадровых ресурсов здравоохранения может достигнуть 12,9 млн. специалистов к 2035 г. [3-4]. Недостаточное финансирование системы здравоохранения стран мира, неиспользованные возможности внедрения новых рабочих мест, неудачные попытки увеличения экономического роста и повышения показателей – основные проблемы отрасли здравоохранения [5-6].

Помимо разных моделей здравоохранения, организация оказания медицинской помощи стран имеет ряд отличий. Одно из них – порядок обращения пациентов как к врачу общей практики, так и к врачу-специалисту. В Дании, Англии и Финляндии пациенты имеют право встать на учет только у врача общей практики по месту жительства, а в Нидерландах имеют возможность выбора врача независимо от места проживания. В таких странах, как Австралия, Новая Зеландия, Франция и Швеция пациенты могут встать на учет и у врача общей практики, и у лечащего врача.

В Нидерландах и Швеции пациенты имеют право самостоятельно обратиться к узкоспециализированному специалисту, в частности, к челюстно-лицевому хирургу, оказывающему амбулаторную помощь, однако в таком случае не имеют право на возмещение расходов. Рассчитывать на возмещение можно только имея направление от врача общей практики. Жителям Англии к врачу за специализированной медицинской помощью можно обратиться только при наличии направления. В Дании существует контроль доступа к специализированной медицинской помощи, который подразумевает обязательную постановку пациента на учет. Однако, если житель готов оплатить посещение и врача общей практики, и узкоспециализированного врача, может воспользоваться системой, разрешающей самостоятельное обращение [7-9].

В Германии и Франции, где практикуется самостоятельное обращение к врачам стоматологам и челюстно-лицевым хирургам за амбулаторной помощью, в настоящее время вводят ограничения, способствующие

повышению значения врачей первичного звена в проведении контроля. Во Франции особо контролируется принцип собственного выбора пациентом конкретного специалиста [10-11]. Данное решение обусловлено перспективой снижения стоимости медицинского обслуживания и отсутствия обращения к узкоспециализированным специалистам без необходимости [12].

Медицинская помощь пациентам с патологиями челюстно-лицевой области в развитых странах Европы и Америки оказывается в мультипрофильных центрах, обеспечивающих лечение и полную реабилитацию пациентов, в том числе с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области [1].

Большинство стран занимаются разработкой общих систем мониторинга реабилитации пациентов, которые должны охватывать все медицинские организации, занимающиеся лечением и реабилитацией конкретной патологии. Если рассматривать с позиции челюстно-лицевой хирургии, на примере детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области, то это – родильные дома, центры пренатальной диагностики, цитогенетические лаборатории, детские больницы, специализированные реабилитационные центры для детей [2-5].

По мнению ряда зарубежных специалистов, создание единых баз данных всех пациентов с конкретными патологиями, проведение мониторинга динамики развития заболевания различными специалистами с момента внесения пациента в базу данных до момента снятия его с учета позволит предотвратить развитие осложнений и повысить качество оказания медицинской помощи [6].

При обращении в медицинские организации пациентов с патологиями челюстно-лицевой области практически всех стран Европы помощь оказывает врач. Однако в ряде стран наблюдается тенденция к расширению должностных обязанностей медицинских сестер. К примеру, в Швеции изначально пациента осматривает медицинская сестра, которая дает направление к врачу общей практики, либо непосредственно в больницу [13].

Во многих странах мира основное направление развития стационарной медицинской помощи, в том числе пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области — создание национальных и региональных систем, интегрирующих догоспитальный и госпитальный этапы оказания медицинской помощи, средства эвакуации пациентов, несколько уровней стационаров, оказывающих специализированную медицинскую помощь, основанную на единых клинических подходах к лечению пострадавших [14-17].

Правительство большинства развитых стран поддерживает как государственные, так и частные учреждения, предоставляющие населению медицинские услуги. Это в свою очередь способствует росту конкуренции между медицинскими организациями и повышению качества оказания медицинской помощи. В ряде стран, к примеру, в Австралии и Великобритании большая часть врачей общей практики и врачей-специалистов, в частности челюстно-лицевых хирургов, являются индивидуальными предпринимателями, имеют право совмещать

работу в государственных и частных медицинских организациях.

В современном обществе особая роль отводится первичной медицинской помощи, в том числе по профилю «челюстно-лицевая хирургия», которая в большинстве зарубежных стран оказывается частнопрактикующими врачами, либо частными медицинскими организациями. Исключение составляют Исландия и отчасти Швеция, где преимущественно первичная медицинская помощь оказывается врачами, являющимися сотрудниками государственных медицинских организаций. В Швеции из всех центров, оказывающих первичную медицинскую помощь, треть являются частными. В США первичная медицинская помощь оказывается частными семейными врачами, составляющими более 30% от общего числа врачей.

Санитарное и эпидемиологическое благополучие населения – приоритетная задача деятельности отрасли здравоохранения. Вследствие этого имеется необходимость в усилении контроля допуска к работе как врачей, так и медицинских организаций. Примером является существующая в Америке медицинская ассоциация, деятельность которой направлена на контроль набора студентов в учебные учреждения, контроль врачей-эмигрантов, установление особых условий для выхода медицинской компании на рынок услуг, осуществляя посредством этого контроль оказания медицинской помощи в стране. В таких странах, как Германия, Франция и Голландия государственный контроль доступности и качества медицинской помощи обеспечивается посредством коммерческих страховых компаний, в Швеции и Японии с помощью системы государственного страхования, а в Канаде и Великобритании непосредственно путем прямого государственного обеспечения.

Существуют так же различия в профилактической работе. Большинство стран ориентировано на проведение скрининга онкологических заболеваний, в том числе онкологии челюстно-лицевой области, так же на разработку различных программ профилактики данных заболеваний. При создании и расширении профилактических служб, попытке организации их активного использования руководящее звено здравоохранения сталкивается со значительными трудностями. Существует мнение, что в странах, к примеру Германия и Франция, в которых развита система контроля обращений населения к врачам-специалистам, намного успешнее происходит интеграция профилактической помощи в общую практику. Но, например, в Новой Зеландии практикуется внедрение специализированных организаций первичной охраны здоровья и увеличение доли государственного финансирования первичной помощи на каждого человека [8, 13, 18].

В любой стране мира имеет место разногласие между экономической и социальной составляющими медицинских услуг. Правительство считает обязательным обеспечить население равноправным доступом к медицинским услугам. Для этого в первую очередь необходимо создать социальное равенство населения, что с точки зрения экономики зачастую невозможно и не эффективно [19]. Часть стран, не смотря на экономическую неэффек-

тивность стараются обеспечить социальные гарантии. Такие страны, как Сингапур и Тайвань, успешно организуют государственно-частное партнерство, тем самым с успехом сочетая экономическую и социальную сферы [20].

В настоящее время одним из главных источников финансирования отрасли здравоохранения является страхование, что считается альтернативным государственно-му способом обеспечения системы. Подобное решение влечет за собой ряд проблем. В первую очередь – необходимость создания организаций, занимающихся конкретно данным видом деятельности, что требует значительных экономических вложений. В странах, где приоритетом является страхование, затраты на обеспечение системы здравоохранения выше, чем в государствах, финансирующих отрасль непосредственно средствами из бюджета, к примеру, подобная ситуация в Соединенных Штатах Америки. Второй момент заключается в невозможности полной оценки стоимости страхового случая ни пациентом, ни врачом, т.к. расчёт проводится непосредственно страховой организацией. В связи с этим имеет место преувеличение страхового случая [21-23]. Рынок частных услуг всегда пытается повысить эффективность и максимизировать свою прибыль. Попытка перехода на частные страховые компании в ряде стран вызывает социальные волнения среди населения. Поэтому, вне зависимости от того, что обеспечение системы здравоохранения финансовыми ресурсами за счет государственного бюджета не считается эффективным, т.к. затруднен контроль распределения ресурсов, большинство специалистов в сфере экономики считают невозможным полный отказ от него [24-25]. Следовательно, никакой из традиционных методов финансирования отрасли не является совершенным. Правительство большинства стран приветствует рефор-

мы в сфере здравоохранения с целью определения наиболее эффективной комбинации различных видов финансирования для повышения качества предоставления медицинских услуг [26-28].

Один из компонентов, которому отводится значительная роль в отрасли здравоохранения является медицинская этика, от которой в некоторой степени зависит эффективность оказания медицинской помощи. Этический аспект нуждается в регулировании с обеих сторон и гарантированной направленности на один конечный результат – улучшение и восстановление здоровья пациента [29]. К актуальным проблемам отрасли следует отнести вероятность возникновения морального риска – возможность недобросовестного выполнения своих обязанностей одним из участников контракта. Одним из самых оптимальных решений данной проблемы является, внедренная в Сингапуре, система индивидуальных медицинских счетов [30]. Каждый гражданин несет полную ответственность за состояние здоровья, и в случае его ухудшения, за повышение стоимости услуг. Оплата осуществляется непосредственно от пациента врачу, без участия посредников. В то же время, наиболее нуждающиеся категории населения обеспечиваются поддержкой со стороны государства.

## Заключение

Рассмотрев модели системы здравоохранения и порядка оказания медицинской помощи в странах мира, можно сделать вывод, что данная отрасль абсолютно любой страны нуждается в доработках и нововведениях с целью повышения качества медицинской помощи населению. Очевидно, что обмен опытом и сотрудничество помогли бы в совокупности добиться хороших результатов и улучшить социальное состояние населения мира в целом.

---

## Литература:

1. WHO. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. WHO. Geneva, World Health Organization; 2016: 64.
2. WHO. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. In: *The World Health Report*. Geneva, World Health Organization; 2010: 1-3.
3. Campbell J. et al. *A universal truth: No health without a workforce*. Forum Report Third Global Forum on Human Resources for Health Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. In: *Forum Report Third Global Forum on Human Resources for Health Global Health Workforce Alliance and World Health Organization*. Geneva, Global Health Workforce Alliance, World Health Organization; 2013: 104.
4. *Global Health Workforce Alliance. Human Resources for Health: foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda*. WHO, Geneva, World Health Organization; 2014: 70.
5. Buchan J., Dhillon I. S., Campbell J. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva, World Health Organization; 2017: 455.
6. Stuckler D. et al. *An Evaluation of the International Monetary Fund's Claims about Public Health*. *International Journal of Health Services*. 2010; 40(2): 327-332.
7. Thomson S., Osborn R., Squires D. *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. *The Commonwealth Fund*; 2012: 11–12.
8. Stefanie Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S., McKee M. *International Healthcare Comparison Network. Policy brief. Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries*. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies; 2009: 76.
9. Riesberg A. *Choice in the German health care system*. *Euro Observer*. 2004; 6(4): 6–9.

10. Bech M. Choice in the Danish health care system. *Euro Observer*. 2004; 6(4): 5–6.
11. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). ISPOR Global Health Care Systems Road Maps France – Medical devices (2020). Available at: <http://www.ispor.org/HTARoadMaps/FranceMD.asp>.
12. Thomson S., Dixon A. Choices in health care: the European experience. *Euro Observer*. 2017; 6(4): 1–4.
13. Talmant J.C., Lumineau J.P. A functional approach in the primary treatment of labial-alveolarvelopalatine clefts for a minimum of sequels. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2007; 4: 255-263.
14. Alimonti A., Bocca B., Mattei D., Pino A. Biomonitoring of the Italian population to metals: reference values 1990–2009. *Rapporti ISTISAN*. 2010: 58.
15. Steinberg B., Nelson V.S., Feinberg S.E., Calhoun C. Incidence of maxillofacial involvement in arthrogryposis multiplex congenital. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996; 8: 956-959.
16. Aldharae K.A., Böhmer A.C., Ludwig K.U. Nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in arab populations: genetic analysis of 15 risk loci in a novel case-control sample recruited in Yemen. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2014; 4: 307-313.
17. Thulstrup A.M., Bonde J.P. Maternal occupational exposure and risk of specific birth defects. *Occup. Med. (Lond)*. 2006; 8: 532-543.
18. Williams A.C., Bearn D., Mildinhall S. Cleft lip and palate care in the United Kingdom – the Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Study/ Part 2: dentofacial outcomes and patient satisfaction. *Cleft PalateCraniofacial*. 2018; 1: 24-34.
19. Holland W.W., Stewart S. Screening in disease prevention. What works? Oxford: Nuffield Trust and European Observatory for Health Systems and Policies. 2015.
20. Clark D.E. Trauma system evaluation using the fatality analysis reporting system. *J. Trauma*. 2003; 54(6): 1199–1204.
21. Lendrum R.A., Lockey D.J. Trauma system development. *Anaesthesia*. 2013; 68(1): 30–39.
22. Nathens A.B., Jurkovich G.J., Rivara F.P., Maier R.V. Effectiveness of state trauma systems in reducing injuryrelated mortality: a national evaluation. *J. Trauma*. 2010; 48(1): 25–30.
23. Pigneri D.A., Beldowicz B., Jurkovich G.J. Trauma systems: Origins, evolution, and current challenges. *Surg. Clin. North Am*. 2017; 97(5): 947–959.
24. McKee M., Delnoij D., Brand H. Prevention and public health in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J (eds). *Social health insurance systems in Western Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004: 267–280
25. Wallness D. *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*. The Public Enquiry Unit, HM Treasury, Parliament Street, London; 2002: 18-22.
26. Hanvoravongchai P. World Health Organization. Health financing policy discussion paper. In: *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience*. Singapore; 2002: 52-54.
27. Tucci J., Tower Watson. The Singapore Health System — Achieving Positive Health Outcomes with Low Expenditure. *Healthcare Market Review (2020)* Available at: <http://watsonwyatt.com/europe/pubs/healthcare/render2.asp?ID=13850>.
28. Halvorson G. *Health Care will Not Reform Itself*. New York; 2009: 132.
29. Rosenthal E. The \$2.7 trillion medical bill. *New York Times* (2020). Available at: [www.nytimes.com/2013/06/02/health/colonoscopies-explainwhy-us-leads-the-world-in-health-expenditures.html?pagewanted=all](http://www.nytimes.com/2013/06/02/health/colonoscopies-explainwhy-us-leads-the-world-in-health-expenditures.html?pagewanted=all).
30. CIA. *The World Fact Book. Population Density (2020)*. Available at: <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2119.html>.