



УДК: 614.2:616-051.614.23

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.Б. ПАВЛОВ

*МУЗ «Городская
стоматологическая
поликлиника»,
г. Нижневартовск,
Ханты-Мансийский АО*

*e-mail:
stomp@intramail.ru*

Проанализировано влияние объема финансирования учреждений здравоохранения на состояние стоматологического здоровья населения. Сравняется уровень оказания медицинской помощи, уровень и структура заболеваемости, возрастные и гендерные особенности обращаемости с заболеваниями полости рта в Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО), Самарской и Калининградской областях. Показано, что расходы на охрану здоровья населения существенным образом влияют на уровень оказания медицинской помощи, который в свою очередь определяет уровень и структуру стоматологической заболеваемости населения. Делается заключение, что недостаточное финансирование учреждений здравоохранения приводит к росту заболеваемости, особенно трудоспособного населения, хронизации стоматологических заболеваний, увеличению гендерных различий уровня заболеваемости, росту средней стоимости затрат на лечение стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость, структура стоматологической заболеваемости, обеспеченность стоматологической службы врачами стоматологического профиля, объемы и результаты оказываемой стоматологической помощи, уровень оказания медицинской помощи, возрастная структура стоматологических болезней.

Современная действительность экономического развития России характеризуется активным внедрением в стоматологическую практику рыночные отношения, что приводит к формированию неблагоприятных условий для развития государственных стоматологических лечебных учреждений [4]. По данным Стоматологической ассоциации России, в ряде регионов частная практика вытесняет государственную: в Калининградской области на негосударственные медучреждения приходится 80% рынка стоматологических услуг, в Москве, Самаре и Ростове-на-Дону – 60% [1]. При этом государство заинтересовано в существовании стоматологической службы, призванной оказывать массовую стоматологическую помощь населению, но выделяет на эти цели менее 4% от общего объема консолидированного бюджета здравоохранения [2]. Цель исследования – изучить особенности заболеваемости и уровень оказания медицинской помощи в зависимости от объема бюджетных расходов на охрану здоровья населения.

Информационная база исследования включала несколько источников данных.

По данным ОМС сравнивались характеристики стоматологической заболеваемости в субъектах с разным уровнем финансирования медицинской помощи. Для определения уровня оказания стоматологической помощи проводилось сравнение обеспеченности стоматологической службы врачами стоматологического профиля, объемов и результатов оказываемой в государственных учреждениях стоматологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО), Самарской и Калининградской областях. Анализировались данные отчетных форм № 30 и № 47 за 2008 год. Сравнительный анализ обращаемости за медицинской стоматологической помощью населения рассматриваемых субъектов проводился на основе соответствующих баз данных ОМС за 2007 год с использованием программы Microsoft® Office Access 2003.

Результаты исследования. Согласно данным официальной статистики, в 2008 году общие расходы на реализацию территориальных программ государственных гарантий в пересчете на одного человека в Калининградской области составляли 3576,6 руб. на одного жителя, в Самарской области – 4972,0, в ХМАО – 20694,4, в



России в среднем – 6312,8 [3]. Расходование средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования в Калининградской области составило 3,06 тыс. рублей на одного жителя, в Самарской области – 3,32, в ХМАО – 4,75. В целом по стране этот показатель составил 3,74 тыс. рублей на одного жителя. То есть расходы на охрану здоровья населения в Калининградской области оказались существенно ниже среднероссийских показателей, а в ХМАО – значительно выше.

Расходы на территориальное здравоохранение пропорциональны обеспеченности населения врачами стоматологического профиля (число физических лиц, работников государственных учреждений, приходящихся на 10 тысяч населения), которая в ХМАО является одной из самых высоких в стране (табл. 1). В Калининградской области обеспеченность населения врачами стоматологического профиля ниже среднероссийского показателя, в Самарской области – близка к нему. Существенно различается обеспеченность населения сравниваемых субъектов специалистами узкого профиля – стоматологами детскими, стоматологами-терапевтами, стоматологами-хирургами и стоматологами-ортодонтами.

Таблица 1

Обеспеченность населения России, Калининградской и Самарской областей и Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО) врачами стоматологического профиля в 2008 году (на 10 тыс. населения)

Врачебная специальность	Российская Федерация	Калининградская область	Самарская область	ХМАО
Стоматологи	0,49	0,64	1,11	0,59
Стоматологи-ортодонты	0,09	0,10	0,08	0,20
Стоматологи-терапевты	1,00	0,16	0,47	1,60
Стоматологи детские	0,04	0,49	1,65	2,17
Стоматологи-ортопеды	0,28	0,01	0,34	0,01
Стоматологи-хирурги	0,05	0,06	0,24	0,34
Челюстно-лицевые хирурги	0,05	0,04	0,05	0,05
Всего	2,21	1,08	2,50	3,37

В ХМАО коэффициент совместительства (среднее число занятых штатных врачебных должностей стоматологического профиля, деленное на число физических лиц, работников государственных учреждений) близок показателю Калининградской области (1,56 и 1,60 соответственно), в Самарской области этот показатель составляет 1,28. Если в ХМАО высокий коэффициент совместительства врачей стоматологического профиля обусловлен большим числом штатных должностей, то в Калининградской области – дефицитом врачей. В связи с чем, в ХМАО доступность помощи для населения существенно выше, чем в Калининградской области.

В свою очередь, обеспеченность населения стоматологами пропорциональна объемам оказанной стоматологической помощи (табл. 2).

Таблица 2

Показатели оказания стоматологической помощи населению России, Калининградской и Самарской областей и Ханты-Мансийского автономного округа в 2008 году

Показатели	Российская Федерация	Калининградская область	Самарская область	ХМАО
1	2	3	4	5
<i>(на 100 тыс. населения)</i>				
Всего санировано	16246,1	5510,1	17121,5	26262,4
Число осмотров в порядке плановой санации	13322,0	5840,6	16575,9	18623,3
Число вылеченных зубов	44744,2	22038,7	37370,2	72909,2
Число удаленных зубов	14777,7	8934,2	13585,1	15309,2



Окончание табл. 2

1	2	3	4	5
<i>(на одну санацию)</i>				
Вылечено зубов	2,75	4,00	2,18	2,78
Удалено зубов	0,91	1,62	0,79	0,58
<i>(%)</i>				
Доля лиц, нуждавшихся в санации из числа осмотренных	54,4	49,2	47,6	65,3
Доля санированных пациентов из числа лиц, нуждавшихся в санации	68,1	38,1	64,4	77,0

Показатели числа санаций, числа осмотров в порядке плановой санации и числа вылеченных и удаленных зубов на 100 тыс. населения ХМАО больше, чем в Самарской области, и много больше, чем в Калининградской области. Эти объемные показатели для Самарской области близки, среднероссийским значениям, для Калининградской области – существенно ниже них, а для ХМАО – существенно больше.

В Самарской области число осмотров в порядке плановой санации в пересчете на численность населения снизилось с 2005 по 2008 годы на 3,3%, тогда как в Калининградской области и ХМАО этот показатель увеличился на 4,6 и 13,1% соответственно [5]. При этом общее число физических лиц, работающих в государственных учреждениях на врачебных должностях стоматологического профиля, с 2005 по 2008 год в Самарской области выросло на 16,9%, тогда как в среднем по Российской Федерации оно снизилось на 0,7%, в ХМАО – на 4,7% и в Калининградской области – на 27,0%. Число вылеченных зубов в пересчете на одну санацию в Самарской области меньше, чем в Калининградской области и ХМАО. Показатель числа удаленных зубов (как и числа вылеченных зубов) в пересчете на одну санацию в Калининградской области много больше, чем в двух других субъектах. Соотношение количества вылеченных и удаленных зубов позволяет судить не только о состоянии стоматологического здоровья населения, но и о мотивированности стоматологов на сохранение зубов пациентов. В среднем по стране отношение числа вылеченных зубов к числу удаленных зубов в 2008 году составляло 3,0. Для Калининградской области этот показатель составил 2,5, для Самарской области – 2,8, для ХМАО – 4,8, то есть в ХМАО стоматологи значительно чаще лечат стоматологические заболевания, чем удаляют поврежденные зубы. О большей доступности для населения стоматологической помощи в ХМАО свидетельствует также значительно более высокая доля санированных пациентов из числа лиц, нуждавшихся в санации, при том, что там нуждались в санации более половины пациентов, осмотренных в плановом порядке. Приведенные данные позволяют сделать заключение, что уровень оказания медицинской помощи в Калининградской области худший, ХМАО – лучший.

Анализ информации, содержащейся в базах данных ОМС сравниваемых субъектов за 2007 год, показал, что в среднем число обращений к стоматологам бюджетных организаций в расчете на одного жителя в ХМАО составило 0,10 для мужчин и 0,14 для женщин, в Самарской области – 0,34 и 0,46 соответственно, в Калининградской области – 0,19 и 0,30. Число заболеваний на одного обратившегося человека в среднем в ХМАО составило 1,45 для мужчин и 1,53 для женщин, в Самарской области – 1,67 и 1,91, в Калининградской области – 1,89 и 2,09 соответственно. В ХМАО на лечение одного заболевания в среднем пришлось 0,50 посещений мужчинами и 0,49 посещений поликлиники женщинами, в Самарской области – 1,12 и 1,14, в Калининградской области – 1,20 и 1,16. Лучшая оснащенность стоматологических учреждений ХМАО позволила стоматологам интенсифицировать работу по оказанию медицинской помощи пациентам.

При разном уровне оказания стоматологической помощи различаются также уровень и структура стоматологической заболеваемости населения. Наименьший уровень заболеваемости в 2007 году наблюдался в ХМАО, наибольший – в Самарской



области (табл. 3). Во всех субъектах уровень стоматологической заболеваемости по обращаемости среди женщин на треть выше, чем среди мужчин. Уровень заболеваемости в Самарской области выше заболеваемости населения ХМАО в 3,0 раз среди мужчин и в 2,9 раза среди женщин.

Таблица 3

Уровень заболеваемости по обращаемости наиболее распространенными болезнями зубов и полости рта мужчин и женщин Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО), Самарской и Калининградской областей (на 10 тысяч населения), 2007 год

Заболевания	ХМАО		Самарская область		Калининградская область	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Кариес дентина	219,4	321,5	816,4	1099,8	332,7	571,4
Пульпит	133,3	165,1	450,2	570,5	287,8	447,5
Хронический апикальный периодонтит	185,2	250,6	650,1	831,5	474,6	788,8
Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения	57,3	70,2	115,9	155,0	119,9	162,2
Хронический пародонтит	38,3	69,5	110,2	179,7	71,2	138,9
Острый пародонтит	5,2	8,2	10,8	15,9	12,7	21,5
Все заболевания	1015,2	1396,0	3034,7	4020,4	1964,6	3067,3

Наибольшее число причин обращения жителей ХМАО в поликлиники было вызвано кариесом дентина – 23,3% всех обращений мужчин и 25,2% всех обращений женщин. В Самарской области на первом месте по обращаемости также находится кариес дентина – им вызвано более четверти всех обращений жителей: 27,3 и 27,4% соответственно, в Калининградской области кариес дентина занимает второе место (16,9 и 18,6%). На втором месте по частоте обращений населения ХМАО находится пульпит (19,0 и 16,4%), который в Самарской и Калининградской областях находится на третьем месте (16,8 и 15,8%, 14,7 и 14,6% соответственно).

Хронический апикальный периодонтит находится на третьем месте в ХМАО (16,9% всех обращений мужчин и 16,3% всех обращений женщин), на втором месте в Самарской области (22,0 и 21,9%), на первом месте – в Калининградской области (24,2 и 25,7% соответственно). Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и хронический пародонтит занимают четвертое и пятое места в ХМАО, их доля составляет соответственно 4,2 и 3,8%, 3,8 и 5,3%. В Самарской области доля этих заболеваний меньше и составляет 3,5 и 3,6%, 3,7 и 4,7%, в Калининградской области доля острого апикального периодонтита больше и составляет 6,1 и 5,3%, доля хронического пародонтита составляет 3,6 и 4,5%. В отличие от остальных болезней, заболеваемость острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения в Калининградской области выше, чем в Самарской области.

Влияние уровня оказания стоматологической помощи прослеживается и на возрастной структуре стоматологических заболеваний. В Самарской области наблюдается трехкратное превышение уровня заболеваемости пульпитом населения заболеваемости населения ХМАО и полуторахкратное – населения Калининградской области, но при этом в возрастной структуре обращаемости с пульпитом населения и Самарской, и Калининградской областей наблюдается гораздо большая доля лиц трудоспособного возраста, чем в ХМАО. Одновременно в этих областях наблюдается существенно меньшая доля обращений детей с этим заболеванием, а также меньшая доля обращений пожилых лиц в возрасте 70-74 года.

Возрастная структура заболеваемости острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения в ХМАО и в Калининградской области близки, в Самар-

ской области возрастная структура этого заболевания отличается меньшей долей острых случаев болезни у детей и их большей долей у взрослых.

Доля хронического апикального периодонтита среди населения трудоспособного возраста Самарской и Калининградской областей также существенно больше, чем в ХМАО. При этом в возрастной структуре этого заболевания в Самарской и Калининградской областях доля детей заметно меньше, чем в ХМАО, а пациентов трудоспособного возраста – больше. Этот факт можно объяснить переходом острого заболевания в хроническое течение при отсутствии соответствующего лечения из-за меньшей доступности стоматологической помощи. В возрастной группе 50-54 года доля хронического апикального периодонтита в Калининградской области больше, чем в других субъектах.

Возрастная структура заболеваемости острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения населения Самарской и Калининградской областей разная, тогда как возрастная структура заболеваемости хроническим апикальным периодонтитом близка. При этом уровень заболеваемости хроническим апикальным периодонтитом населения Самарской области выше, чем в Калининградской области. Возможно, это отражает факт недостаточного выявления острой фазы заболевания в Самарской области из-за недостаточного числа стоматологических осмотров.

Аналогично, уровень заболеваемости населения острым пародонтитом меньше уровня заболеваемости хроническим пародонтитом в ХМАО в 4,3 раза для мужчин и в 4,1 раза для женщин, в Самарской области – в 4,1 раз для мужчин и в 3,8 раз для женщин, а в Калининградской области – в 5,1 раз для обоих полов. Возрастная структура заболеваемости острым пародонтитом в ХМАО и в Калининградской области сходна, особенно для мужчин, а в Самарской области отлична от них: пик заболеваемости сдвинут на более молодой трудоспособный возраст.

Уровень заболеваемости населения ХМАО хроническим пародонтитом втрое ниже, чем в Самарской области и вдвое ниже, чем в Калининградской области. Типажи возрастной структуры заболеваемости хроническим пародонтитом в Самарской и Калининградской более схожи между собой, чем с возрастным распределением ХМАО.

Наибольшая доля обращений в возрастной структуре обращаемости населения ХМАО сдвинута на более пожилые возрастные группы, чем это наблюдается в Самарской и Калининградской областях. При этом среди детей Самарской области хронический пародонтит был диагностирован гораздо реже, чем среди детей ХМАО и Калининградской области, где он отмечался в небольших количествах.

Таким образом, недостаточность профилактической работы, низкая степень охвата населения плановой санацией в итоге приводят к развитию осложнений кариеса (пульпитов, периодонтита), большей распространенности среди населения запущенных случаев стоматологических заболеваний и хронической патологии. При сравнении возрастной структуры обращаемости населения регионов с разным уровнем оказания медицинской помощи во всех случаях наблюдаются различия в значениях доли обращения трудоспособного населения. Наибольшие различия между уровнями заболеваемости населения сравниваемых субъектов наблюдаются для возрастной группы 20-49 лет. Если заболеваемость детей в возрасте до 5 лет в Самарской области превышает уровень заболеваемости детей ХМАО в 1,8 раз, то заболеваемость взрослых 20-49 лет – в 4,5 раза. Аналогичное сравнение ХМАО и Калининградской области дает показатели 2,2 и 3,4.

Гендерные различия заболеваемости внутри рассматриваемых субъектов также касаются этой возрастной группы. В ХМАО заболеваемость девочек до 5 лет практически равна уровню заболеваемости мальчиков, а заболеваемость двух возрастных групп женщин (20-49 и 50-74 лет) в 1,6 раз больше заболеваемости мужчин. В Самарской области заболеваемость девочек меньше заболеваемости мальчиков на 5,8%, заболеваемость женщин 20-49 лет в 1,6 раз больше заболеваемости мужчин, заболеваемость женщин 50-74 лет – в 1,4 раза. В Калининградской области заболеваемость



девочек меньше заболеваемости мальчиков на 9,2%, заболеваемость женщин 20-49 лет в 2,1 раз больше заболеваемости мужчин, заболеваемость женщин 50-74 лет – в 1,6 раза. То есть с повышением уровня оказания медицинской помощи наряду со снижением уровня заболеваемости уменьшаются гендерные различия, а среди детей до 5 лет показатели заболеваемости мальчиков и девочек уравниваются.

Итак, по результатам проведенного исследования, расходы на охрану здоровья населения существенным образом влияют на уровень оказания медицинской помощи, который в свою очередь определяет уровень и структуру стоматологической заболеваемости населения. Недостаточное бюджетное финансирование учреждений здравоохранения приводит к росту заболеваемости, особенно трудоспособного населения, хронизации стоматологических заболеваний, увеличению гендерных различий уровня заболеваемости.

Литература

1. Алимский, А.В. Предлагаемая модель организации стоматологической помощи населению Российской Федерации / А.В. Алимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2010. – №1(30). – С.44-50.
2. Данилов, Е.О. Правовые основы стоматологической практики / Е.О. Данилов. – СПб.: С.-Петербург. ин-т стоматологии, 2002. – 176 с.
3. Здравоохранение в России – 2009 г. // Статистический сборник Росстата. /URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/IssWWW.exe/Stg/d2/07-09.htm (посещение 25.04.2011)
4. Трифионов, Б.В. Совершенствование организации и управления региональной стоматологической службой на основе мониторинга и ситуационного моделирования : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Б.В. Трифионов, 2009. – М. – 49 с.
5. Янушевич, О.О. Стоматология России в цифрах и фактах: учеб. пособие / О.О. Янушевич, С.Т. Сохов, Т.П. Сабгайда и др. – М.: АНМИ. 2010. – 208 с.

DENTAL MORBIDITY IN REGIONS WITH DIFFERENT LEVELS OF HEALTH CARE FINANCING

N.B. PAVLOV

*City Dental Clinic,
Nizhnevartovsk,
Khanty-Mansi
Autonomous Area*

*e-mail:
stomp@intramail.ru*

The influence of funding size for health care facilities on the state of dental health was analyzed. The following items were compared for Khanty-Mansi Autonomous Okrug, Samara and Kaliningrad regions: the level of care, the level and structure of morbidity, age and gender specificity in using medical help with oral diseases. It is shown that spending on public health significantly affect the level of care, which in turn determines the level and structure of dental morbidity.

It is concluded that inadequate funding of health leads to increased dental morbidity, especially among the working population. Insufficient size of spending leads to rising of the number of chronic dental disease, to increase in gender differences in the incidence, as well as to growth of the average cost of medical care costs of dental diseases.

Key words: dental diseases, structure of dental morbidity, the availability of dental services, sufficiency of doctors of stomatological profile for population, volumes and results of dental care provided by population, level of care, the age structure of dental morbidity