

В. Г. Дьяченко, С. А. Галёса, М. Т. Пьетрок, И. В. Павленко

Введение в общую врачебную практику в стоматологии

УДК 616.31
ББК 56.6

Авторы составители: В. Г. Дьяченко
С. А. Галёса
М. Т. Пьетрок
И. В. Павленко

Рецензенты: д. м. н., проф. Н. А. Капитоненко
д. м. н., проф. И. Ф. Служаев

Общая врачебная практика в стоматологии. Учебное пособие/Под. ред. проф. В. Г. Дьяченко

В учебном пособии освещены наиболее важные разделы организации стоматологической помощи населению России. На основании наработанного опыта реализации организационной технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики в условиях ЛПУ различных форм собственности, изучения опыта систем стоматологической помощи населению экономически развитых стран, авторами подготовлены рекомендации по организации первичной стоматологической помощи населению. Организационные технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики описаны с точки зрения эффективного производства стоматологических услуг в условиях рынка. Даны основные подходы к организации стоматологической клиники, начиная с процесса выбора места, этапов проектирования, заканчивая оснащением оборудованием и дизайном различных зон учреждения, а так же управления действующим стоматологическим предприятием.

Настоящее издание рассчитано на выпускников стоматологических факультетов медицинских вузов, которые в рамках непрерывного образования (интернатура, ординатура, аспирантура, переподготовка и др.) продолжают совершенствовать свои знания не только по вопросам клинической стоматологии, но и по вопросам организации и управления производством стоматологических услуг.

© С. А. Галёса, В. Г. Дьяченко, И. В. Павленко, М. Т. Пьетрок

ISBN

АВТОРЫ



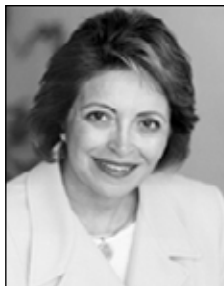
Дьяченко Владимир Гаврилович

д. м. н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет



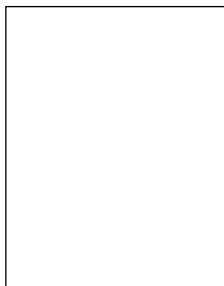
Галёса Сергей Александрович

к. м. н., главный стоматолог МЗ Хабаровского края, главный врач ГУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»



Мария Тереза Пьетрок

территориальный менеджер в Центральной и Восточной Европе компании «A-dec International Inc»



Ирина Викторовна Павленко

юрист, генеральный директор компании «Стома-Денталь», вице-президент Ассоциации «Стоматологическая Индустрия»

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АТР** – Азиатско-Тихоокеанский регион
- ВВП** – Внутренний валовой продукт
- ВСОП** – Врач стоматолог общей практики
- ВРП** – Внутренний региональный продукт
- ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения
- ДФФО** – Дальневосточный федеральный округ
- ДМС** – Добровольное медицинское страхование
- ЕСН** – Единый социальный налог
- ЕТС** – Единая тарифная сетка
- КМП** – Качество медицинской помощи
- КПУ** – Кариозный Пломбированный Удаленный
- КСГ** – Клинико-статистические группы
- ЛПУ** – Лечебно-профилактическое учреждение
- МЗ РФ** – Министерство здравоохранения Российской Федерации
- МЗ ХК** – Министерство здравоохранения Хабаровского края
- МКР** – Модель конечных результатов
- НСП** – Негосударственные стоматологические предприятия
- ОМС** – Обязательное медицинское страхование
- ПГГ** – Программа государственных гарантий
- ПМСП** – Первичная медико-санитарная помощь
- СМО** – Страховые медицинские организации
- СанПиН** – Санитарные правила и нормы
- СНиП** – Строительные нормы и правила
- СтАР** – Стоматологическая ассоциация России
- ФАП** – Фельдшерско-акушерский пункт
- ЦНИИСиЧЛХ** – Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (и челюстно-лицевой хирургии с 2007 г.)

СОДЕРЖАНИЕ

8	ВВЕДЕНИЕ
11	ГЛАВА 1. Основные тенденции распространения стоматологических заболеваний на Дальнем Востоке России
15	1.1. Эпидемиологические исследования. Особенности изучения стоматологического здоровья у различных групп населения
21	1.2. Организация изучения среды и уровня распространения стоматологических заболеваний у различных групп населения
32	1.3. Тенденции формирования стоматологической патологии у населения Дальнего Востока России
44	ГЛАВА 2. Организация первичной медико-санитарной помощи населению Дальнего Востока
45	2.1. Условия оказания первичной медицинской помощи населению Дальнего Востока России
53	2.2. Общие подходы муниципальной (коммунальной) медицины к организации диагностики, лечения и профилактики заболеваний
62	2.3. Пути реализации стратегии дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи населению
76	ГЛАВА 3. Принципы планирования и реализации организационных технологий ЛПУ стоматологического профиля первичного уровня
79	3.1. Принципы планирования стоматологической помощи населению
92	3.2. Некоторые подходы к определению видов и объемов стоматологической помощи населению в зоне обслуживания врача-стоматолога общей практики
102	3.3. Обоснование выбора модели организационной технологии врача стоматолога общей практики в зависимости от дислокации
119	ГЛАВА 4. Формирование стоматологического учреждения первичного уровня в условиях Дальнего Востока России (на примере Хабаровского края)
120	4.1. Характеристика региональных особенностей Хабаровского края
134	4.2. Обоснование перспективной модели стоматологической помощи населению территорий Дальнего Востока России
143	4.3. Особенности формирования новой организационной модели производства стоматологических услуг в условиях рынка

163	ГЛАВА 5. Стандартизация производства стоматологических услуг
164	5.1. История стандартизации в системе оказания медицинской помощи
171	5.2. Общие подходы к стандартизации в здравоохранении
178	5.3. Разработка и применение стандартов в отечественной стоматологии
191	5.4. Стандарты КСГ в отечественной стоматологической практике
196	5.5. Международные стандарты ИСО/ТК 106 в области стоматологии
203	ГЛАВА 6. Перспективы организации производства стоматологических услуг в ЛПУ первичного уровня
203	6.1. Лицензирование и аккредитация – критерии формирования современного ЛПУ стоматологического профиля
214	6.2. Новые тенденции в региональной стоматологии
221	6.3. Современные задачи реализации технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики
227	6.4. Экономические аспекты становления и развития института врача-стоматолога общей (семейной) практики
234	ГЛАВА 7. Организация стоматологического учреждения первичного уровня
235	7.1. На пути к формированию конкурентной модели производства стоматологических услуг
240	7.2. Несколько первых шагов по организации эффективного производства стоматологических услуг
245	7.3. Создание стоматологического кабинета врача-стоматолога общей практики
256	7.4. Как грамотно и эффективно обустроить свое рабочее место
271	ГЛАВА 8. Управление производством услуг в стоматологии
273	8.1. Менеджмент в стоматологии в новых экономических условиях
289	8.2. Системный анализ и его значение в работе менеджера-стоматолога
292	8.3. Системный подход к управлению стоматологическим учреждением в новых экономических условиях
308	ЗАКЛЮЧЕНИЕ
309	БИБЛИОГРАФИЯ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Еще в 1979 году в резолюции 32 сессии ВОЗ была обнародована Глобальная стратегия «Здоровья для всех к 2000 году». С тех пор большое число стран на всех континентах разработали свои национальные стратегии и подготовили проекты региональных программ¹. К сожалению, в большинстве территорий России к 2000 году не удалось достичь контрольных порогов уровня стоматологического здоровья, напротив показатели распространенности кариеса и его тяжести значительно повысились. Многие специалисты пытаются увязать снижение уровня стоматологического здоровья россиян с влиянием рыночных механизмов на функционирование стоматологических учреждений в новых экономических условиях.

В последние десятилетия разрабатывается нормативная база по переходу отечественной системы здравоохранения на технологии семейной медицины. Изданы приказы Минздрава РФ «О поэтапном переходе к оказанию первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» от 26.08.1992 № 237 и «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» от 17.01.2005 № 84, приказ «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» от 11 марта 2008 г. № 112н. В последнем приказе регламентируется специальность врача-стоматолога общей практики наряду с «узкими» стоматологическими специальностями: ортодонтия, стоматология детская, стоматология ортопедическая, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая и челюстно-лицевая хирургия.

Таким образом, в нашей стране внедряется система здравоохранения, где основной врачебной фигурой в оказании медицинской помощи является семейный врач. В стоматологии обсуждение проблемы создания, внедрения и развития общей (семейной) практики было начато после выхода первого же приказа Минздрава (Бородина Т.В., 1994; Леонтьев В.К., Бородина Т.В., 1995; Образцов Ю.Л., 1996), и к настоящему времени накоплен некоторый опыт в работе государственных и коммерческих стоматологических учреждений, работающих по принципу общих врачебных практик (Вагнер В.Д. и соавт., 2001; Янсон С.Д., 2003).

Внедрение системы семейной медицины в стоматологии несомненно связано со значительной реорганизацией привычной схемы работы стоматологических клиник, именно поэтому каждая публикация, в которой, так или иначе, освещается комплексная проблема стоматологического обслуживания семьи, является источником инновационных решений по продвижению отечественной стоматологии вперед.

¹ В 1979 г., приняв резолюцию (WHA 32.30), тридцать вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения положила начало осуществлению Глобальной стратегии здоровья для всех к 2000 году. В этой резолюции Ассамблея здравоохранения одобрила Отчет и Декларацию Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, которая была проведена в г. Алма-Ате, СССР в 1978 году и призвала государства члены ВОЗ заняться разработкой национальной политики, стратегий и планов действий для достижения поставленной цели и на коллективной основе заняться разработкой региональных и глобальных программ с учетом руководящих принципов, изложенных в документе. (прим. авторов).

ВВЕДЕНИЕ

Одной из ключевых проблем отечественного здравоохранения при переходе к рынку является способность государства обеспечивать конституционное право личности на охрану здоровья и получение гарантированной медицинской помощи нужного объема и качества. Острота проблемы формируется в связи с дефицитом финансовых ресурсов, направляемых на обеспечение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и нарастанием негативных тенденций в состоянии здоровья населения. В особом положении находятся экономически депрессивные территории страны, в том числе Дальнего Востока России, которые и в годы социалистического прошлого, и в сегодняшних рыночных условиях сохраняют диспропорции экономического и социального развития.

В новых условиях развития страны планирование и прогнозирование стоматологической помощи населению дотационных регионов должно отвечать требованиям рынка и складывающимся тенденциям развития. Очевидным стало изменение структуры самой системы – в составе государственных и муниципальных стоматологических учреждений появились хозрасчетные (коммерческие) подразделения, формируется механизм скрытой аренды, а повсеместное закрытие стоматологических кабинетов в детских садах и школах практически разрушило некогда стройную систему помощи детям. Кроме того, активно развивается альтернативный (частный) сектор стоматологических услуг, значение которого для решения вопросов планирования и прогнозирования производства стоматологических услуг нельзя преуменьшать.

Рост частного сектора в стоматологии ставит перед управляющими структурами несколько проблем требующих анализа причинно-следственных связей и управленческих решений. Главным вопросом для успешного социального прогнозирования и управления стоматологической помощью на региональном уровне является знание конкретной потребности населения и необходимых для ее обеспечения ресурсов с учетом региональных особенностей (развития экономики и социальной сферы, плотности расселения, транспортных связей, наличной сети стоматологических ЛПУ и т. п.). Формирование социальных норм и региональных нормативов в стоматологии должно отвечать требованиям рынка, а при планировании стоматологической помощи населению необходимо использовать методологию социального прогнозирования, заключающуюся в использовании механизмов поискового (технологического) и нормативного (по заранее заданным критериям) прогнозирования. Применение таких технологий в стоматологии, позволяет с достаточной долей достоверности сформировать комплексные (материальные, кадровые, финансовые) критерии стоматологической службы субъекта РФ, исходя из конкретных социально-экономических условий территории и требований рынка.

Очевидно, что именно рынок с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью работников позволит перейти к системе нормирования и стимулирования труда по таким приоритетным направлениям и критериям, которые обеспечивали бы гарантированный уровень удовлетворения потребностей населения в различных видах и объемах стоматологической помощи.

Несколько лет назад, осознав необходимость разработки единой системы и методологии стандартизации на федеральном уровне, три ведомства – Минздрав, Федеральный фонд ОМС и Госстандарт приступили к методическим работам, сформиро-

вав и утвердив «Программу работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении». В этой связи приходится часто отвечать на вопрос, который задают впервые сталкивающиеся с системой стандартизации в здравоохранении врачи-стоматологи: «Не подменит ли стандарт медицинскую сущность врачебной деятельности, не заменит ли клиническое мышление?». Мы полагаем, что стандартизация и клиническое мышление — это два взаимодополняющих процесса, которые нельзя отделять друг от друга.

Если врач-стоматолог не научился сознательно принимать клинические решения, используя всю палитру специальных знаний и умений, то стандартом этого не заменить. В то же время объем информации по вопросам клинической стоматологии увеличивается ежегодно от 25 до 30% и практическому стоматологу, работающему на ежедневном приеме, некогда следить за этими изменениями. Не успевая следить за изменениями стоматологической науки и практики, он зачастую вынужден применять устаревшие еще 25–50 лет назад методы лечения и диагностики кариеса, зубочелюстных аномалий и т. п. В сложившейся ситуации «все при деле» — пациент тратит деньги, региональный и муниципальные бюджеты и система ОМС — оплачивает расходы на стоматологическую помощь населению, только вот нет ожидаемого эффекта в виде снижения заболеваемости, повышения доступности, качества и безопасности стоматологических услуг.

Конечно, теоретически можно предположить, что и студенты стоматологических факультетов ВУЗов, и врачи-стоматологи регулярно посещают образовательные сайты «интернета», читают научные журналы по специальности («Стоматология», «Маэстро», «Институт стоматологии», «Новое в стоматологии» и т. п.). Но не всякому студенту и врачу интересны и понятны детали чисто научных исследований. К тому же, не секрет, что среди практиков бытует мнение, что ученые далеки от реальной жизни: «Вот мы — практики, — мы на передовой, сами знаем, как лечить». Остаются монографии, методические рекомендации, утвержденные Минздравом РФ. Но в последние годы они выпускаются ничтожно малыми тиражами, которые, как правило, раздариваются авторами ближайшим знакомым и коллегам. Во многих городах и районах отдаленных регионов вообще не продается литература по стоматологии. Поэтому современная информация о передовых технологических стандартах оказания стоматологических услуг, как правило, не доходит до врачей, не говоря уж о пациентах.

Один из важнейших принципов стандартизации — «консенсуальность», согласие при разработке и внедрении нормативных требований, — может быть реализован только путем участия в этом процессе максимально большого числа заинтересованных лиц.

В настоящее время мы являемся свидетелями коренных перемен, происходящих в российской стоматологии. Наследие социалистической системы медленно уступает позиции рыночным преобразованиям, и результаты этих преобразований становятся необратимыми, прежде всего за счет формирования негосударственного сектора производителей стоматологических услуг. Совершенно очевидно, что возврат к прежнему стилю руководства региональной стоматологией невозможен, и это подтверждается теми радикальными переменами, которые происходят во всех областях жизнедеятельности нашего общества. Не вызывает сомнений устойчивость процессов децентрализации в экономической и социальной жизни многих регионов страны. Все чаще и чаще руководителям ЛПУ стоматологического профиля приходится принимать решения по стратегическим вопросам касающихся форм собственности, развития учреждения, уп-

равления финансами, формированию имиджа ЛПУ, стратегии рекламной деятельности и т. п. При этом на смену администраторам традиционного (волевого) типа приходят гибкие и эффективные руководители, в основе деятельности которых заложены принципы современного менеджмента.

Проблемы подготовки и обучения стоматологов общей (семейной) практики сегодня чрезвычайно злободневны, потому что управление своей деятельностью или деятельностью других становится профессией, где хороших результатов нельзя достигнуть, опираясь лишь на практический опыт и знания, даваемые базовым стоматологическим образованием. Привычный руководитель стоматологического учреждения/кабинета – врач, наделенный властными полномочиями, сравнительно успешно справляющийся с управлением лишь собственно медицинскими (профилактическими, диагностическими, лечебными и др.) процессами, отходит в прошлое. В реальной ситуации врач-стоматолог, особенно в коммерческой стоматологии, должен обладать дополнительными знаниями. Для эффективного руководства производством стоматологических услуг сегодня необходимы специальные знания в области социальной медицины, организации, экономики и управления здравоохранением, права, стратегического планирования, информатики и пр. Умение управлять собой и другими людьми – сложное поле деятельности, к которому относятся кадровая политика, обеспечение сотрудничества между членами коллектива, обучение, информирование, мотивация сотрудников и другие важные составные части работы руководителя.

Данная публикация по нашему мнению призвана заполнить часть информационного вакуума по вопросам управления производством услуг на уровне первичной стоматологической помощи. Рассмотрение ситуации на примере стоматологии Дальнего Востока России отражает как особенности, так и общие тенденции, имеющиеся во многих территориях. Введение новой стоматологической специальности – «стоматолог общей практики» лишь шаг на пути к радикальному реформированию стоматологии. Мы полагаем, что по данной проблеме вопросов больше, чем ответов. Но, если мы не будем рассматривать проблемы отечественной стоматологии сегодня, то будем отставать от своих коллег в будущем все больше и больше, что может сделать этот процесс необратимым.

ГЛАВА 1

Основные тенденции распространения стоматологических заболеваний на Дальнем Востоке России

За последние 25 лет в отечественной стоматологии произошли коренные перемены, и понимание глубинных причин таких перемен может стать ключом к дальнейшему развитию. Более 100 лет минуло с того времени, когда Г.В. Блек предложил классификацию и правила лечения кариеса зубов. Метод лечения кариеса зубов того времени можно смело назвать «хирургическим». Врач должен был удалить, кроме кариозных, также большое количество здоровых зубных тканей, чтобы создать достаточное пространство для пломбы и обеспечить ее ретенцию и резистенцию. Блек искренне верил, что, если полость пораженного зуба будет максимально «очищена», то оставшиеся зубные ткани будут защищены от формирования новых патологических изменений.

Стоматологическая наука и практика еще не скоро поставит точку в данном и других вопросах, но, тем не менее, стоматологическая помощь всегда была и остается одним из самых массовых видов медицинской помощи. В силу чего всегда уделялось много внимания формам ее организации. В России различные типы зубоврачебных учреждений были полностью сформированы к концу 20-х годов XX века. Пробразом нынешних стоматологических поликлиник были, существовавшие в то время, самостоятельные зубоврачебные амбулатории. В 1922 году их было 1881, в т. ч. в сельской местности – 656. Активной работе по организации этих амбулаторий способствовала резолюция II Всероссийского съезда заведующих зубоврачебными отделениями губздравов, согласно которой «... с 1921 года на территории Советской Республики не останется ни одного частнопрактикующего врача, а вся зубоврачебная помощь будет оказываться исключительно на прочных социалистических и научных основах в государственных амбулаториях»². Как показало время, этот прогноз, как и многие другие, касающиеся отечественной медицины, не оправдался.

Сегодня отечественная стоматология являет собой огромную инерционную структуру, совершенствование которой, как всегда в России, растянется если не на века, то уж точно на десятилетия. Именно поэтому решение стратегических вопросов, определяющих принципы управления службой, номенклатуру специальностей, методы и формы подготовки специалистов, сертификации и лицензирования, должно быть безошибочным, т. е., с одной стороны, соответствовать сложившимся условиям, с другой стороны, – отвечать задачам формирования эффективной структуры оказания стоматологической помощи населению с учетом местной специфики. Именно здесь должен пригодиться исторический опыт развития стоматологии, как у нас в стране, так и за рубежом.

Определяющее влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья населения особенно отчетливо проявились в постперестроечном периоде отечественной истории. Для конца XX века были характерны деструктивные социально-экономи-

² Вагнер В.Д. Стоматологическая поликлиника: этапы развития и становления. Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. Москва. 1997.

ческие процессы: экономическая депрессия, падение жизненного уровня большей части населения России, усиление миграционных процессов, рост преступности и т. п. В начале 90-х годов уменьшилось и без того скудное финансирование отрасли. Осуществление необходимой в целом децентрализации разрушило вертикаль управления отечественным здравоохранением, но взамен не была предложена новая модель управления. Резко сократились централизованные поставки в медицинские учреждения лекарственных средств и медицинского оборудования, а высокий уровень инфляции привел к безудержному росту цен на них, существенно затруднив их приобретение ЛПУ.

Что же относительно стоматологии, то на этом фоне произошло резкое снижение профилактической работы, ориентированной прежде на организованные, чаще всего образовательные и производственные коллективы, количество которых из-за экономического спада, проводимой реструктуризации значительно уменьшилось. Упадок сельского хозяйства крайне негативно сказался на состоянии сельского здравоохранения, материально-техническое и финансовое обеспечение которого в прежний период осуществлялось в основном за счет средств колхозов и совхозов. Резко сократилось число стоматологических кабинетов в школах и детских садах.

Изменения в инфраструктуре стоматологической службы в последние годы связаны с развитием рыночных механизмов в здравоохранении, системы обязательного медицинского страхования, роста легального и теневого рынков платных стоматологических услуг. Следует отметить, что стоматология одной из первых стала стремительно входить в условия рыночных отношений, занимая при этом одно из ведущих мест в структуре предпринимательского сектора России.

Переход к рыночным отношениям повлек за собой появление предприятий и организаций с разными формами собственности, являющихся альтернативой государственному сектору стоматологии. Население получило возможность свободного выбора врача-стоматолога, лечебного учреждения, формы оплаты лечебно-профилактических мероприятий. Этот вид предпринимательской деятельности успешно развивается и конкурирует с государственным сектором здравоохранения. Следует учитывать, что большая часть услуг, оказываемых в частных учреждениях, особенно элитных, не входит в базовую программу ОМС. Более того объемы стоматологической помощи по ОМС имеют устойчивую тенденцию к ежегодному сокращению, в большинстве случаев не обоснованную³.

К сожалению, практически повсеместно дефицитное финансирование стоматологического раздела Территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, привело к формированию нескольких основных проблем взаимоотношений между производителями и потребителями стоматологических услуг.

Во-первых, резко ограничилась доступность и качество стоматологических услуг для жителей сельских районов. Причем это имело, прежде всего, кадровую окраску. С одной стороны в небольших населенных пунктах имеется высокая потребность во врачех-стоматологах общей практики, который совмещал бы в одном лице функции стоматолога терапевта, хирурга, ортопеда и детского стоматолога. С другой стороны такого специ-

³ Кицун И. С. Основные проблемы реформирования системы управления ресурсами стоматологической службы // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 2. – С. 34–40.

алиста пока не выпускает сегодня ни один стоматологический ВУЗ страны, хотя имеется несколько кафедр семейной стоматологии.⁴ Кроме того, уровень доходов населения сельских муниципальных образований значительно ниже, чем у жителей городов, что делает невыгодным организацию негосударственных стоматологических ЛПУ на селе.

Во-вторых, многим муниципальным, эффективно работающим стоматологическим ЛПУ стало невыгодным зарабатывать деньги в рамках хозрасчетной деятельности, поскольку «львиная доля» последних изымалась владельцами основных производственных фондов, т. е. муниципалитетами в бюджет, а их возврат осуществлялся непропорционально или не осуществлялся вовсе. Довольно часто значительная часть средств от хозрасчетной деятельности перераспределялась в адрес неэффективно работающих ЛПУ.

В-третьих, если еще пока работают программы льготного зубного протезирования, финансируемые за счет региональных бюджетов, то практически перестали финансироваться все без исключения, ранее существовавшие программы профилактики стоматологических заболеваний у детей. В Дальневосточном регионе идет повсеместное закрытие стоматологических кабинетов в детских садах и школах, а детские стоматологические поликлиники, сворачивая стоматологическую помощь детям, часть своих производственных площадей используют для производства платных стоматологических услуг взрослым.

В-четвертых, дефицит финансового обеспечения стоматологического раздела Территориальных программ госгарантий и изъятие большей части заработанных в рамках хозрасчетной деятельности средств в муниципальный бюджет является стимулирующим механизмом формирования и значительного роста «теневое рынка» стоматологических услуг. На этом неблагоприятном фоне имеет место тенденция значительного снижения ортопедических услуг. Так с 1994 по 2000 г. число изготовленных протезов в России уменьшилось с 3,33 до 2,60 млн., в то время как число стоматологов – ортопедов осталось неизменным – 8250 человек⁵.

В настоящее время процесс реорганизации провинциальной стоматологии сдерживается несовершенством законодательной и распорядительной базы, отсутствием унифицированных экономических, финансовых и социальных подходов к планированию и прогнозированию службы. Использование методологии социального прогнозирования, позволяет с достаточной долей достоверности сформировать комплексные (материальные, кадровые, финансовые) нормативные критерии стоматологической службы любого субъекта РФ, где бы он не располагался географически исходя из конкретных социально-экономических условий региона⁶.

⁴ Концепция стоматологического образования подготовлена Московским государственным медико-стоматологическим университетом, суть которой состоит в том, что все стоматологические факультеты страны должны выпускать врача-стоматолога общей практики с прохождением соответствующей постдипломной подготовки. Кроме того, согласно этой концепции должен быть прекращен выпуск зубных врачей. (прим. авторов).

⁵ Леонтьев В. К. О состоянии развития стоматологии в России и перспективах ее развития // Стоматология. № 1. 2002. С. 75–83.

⁶ Галса С. А., Дьяченко В. Г. Планирование и прогнозирование стоматологической помощи населению территорий с низкой плотностью населения. /Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию завершения строительства Транссиба. – 28–29 ноября 2001 г. Хабаровск. – 2001. – С.63–64.

А ведь стоматологическая помощь является одним из самых массовых видов медицинской помощи населению. Потребность в ней достаточно велика и обоснована все возрастающим уровнем стоматологической заболеваемости населения. По данным большого числа исследований последних лет, распространенность кариеса зубов и его осложнений в отдельных возрастных группах достигает 100%. Как следствие столь высокие уровни распространенности кариеса приводят к увеличению числа ранних удалений зубов и потребности в зубопротезировании (от 60 до 100% в разных возрастных группах). При этом нуждаемость в ортопедическом стоматологическом лечении значительно увеличивается с возрастом⁷.

Появление в 80-е годы прошлого века персонального компьютера произвело информационную революцию. За дисплей ЭВМ сел не программист, а врач, инженер, менеджер и т. п. Информация стала ресурсом наравне с материалами, энергией и капиталом. Профессиональные знания экспортируются посредством продажи наукоемкой продукции. Производство вновь становится мелкосерийным с быстрым ростом производительности труда и увеличением номенклатуры производимых изделий. Информация стала стратегическим ресурсом. С этой точки зрения, для управления стоматологической помощью населению региона требуется сбор и обработка значительного объема информации о демографических процессах, состоянии здоровья населения, об особенностях формировании патологии зубочелюстной системы и т. п.

«Состояние полного здоровья населения – это та иллюзорная цель, мираж, который исчезает, как только мы к нему приближаемся», говорил известный врач Джон Фрай⁸. По определению ВОЗ, здоровье определяется как **«состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней»**. Многие весьма распространенные болезни, в том числе и кариес зубов, неизбежно развиваются, имеют тенденцию к самоограничению, протекают легко, или, наоборот, длятся долго и приводят к инвалидности. При этом в части случаев специфического лечения нет. Но облегчить состояние больного, улучшить качество его жизни возможно всегда, и эта задача должна являться приоритетной.

Нереально надеяться и ждать, что по мере повышения уровня исследовательских работ, увеличения ассигнований на нужды стоматологической службы, уровень заболеваемости снизится, и расходы на охрану здоровья населения уменьшатся. И если, в конце концов, удастся решить проблемы распространения кариеса и других, часто встречающихся стоматологических заболеваний, на профилактику, выявление и лечение которых тратятся огромные ресурсы, то в образовавшийся вакуум потоком хлынут менее тяжелые болезни и состояния, на которые раньше обращали меньше внимания.

В социально-экономических условиях начала XXI века на Дальнем Востоке России отсутствует эффективное управление стоматологической помощью, как и сама система таковой помощи, поскольку до настоящего времени не разработана научно-обоснованная организационная модель, применимая в особых географических и социально-экономических условиях территории с низкой плотностью населения. Внедрение наиболее

⁷ Гайдаров Г. М., Кицул И. С., Васюкова В. С., Степанов В. В. Организация и экономика стоматологической службы. – М., 2001.

⁸ Fry John. Common disease: Their nature, incidence and care. MTR Medical and Technical Publishing Co., Ltd. Lancaster, 1974.

очевидных вахтового, экспедиционного и других затратных методов организации стоматологической помощи в этих территориях может только на очень короткий срок снять остроту проблемы низкой доступности стоматологической помощи.

1.1. Эпидемиологические исследования. Особенности изучения стоматологического здоровья у различных групп населения

Территории Дальнего Востока России стали отражением сложившейся в провинциальной России кризисной ситуации в обеспечении населения доступной и качественной медицинской, в том числе и стоматологической помощью. Традиционными методами управления невозможно решить старые, а теперь уже и наслоившиеся новые проблемы в стоматологии. При росте затрат на оказание стоматологической помощи из средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования, а так же использования личных средств граждан, тем не менее отмечается снижение доступности этого вида помощи широким слоям населения. Изучение причинно-следственных связей между ростом распространенности и тяжести стоматологических заболеваний и доступности стоматологической помощи является острой необходимостью.

Несмотря на то, что распространенность заболеваний зубов среди населения Дальнего Востока России достигает 95–98%, профилактикой, лечением и протезированием зубов охвачено всего около 40% населения региона. Степень удовлетворенности потребности во многих видах услуг не превышает 10%. Так, по поводу пародонтита лечится всего 5–7% нуждающихся, а ортодонтической помощью охвачено не более 2–3% нуждающихся в ней, зубным протезированием охвачено лишь 7–8%, а saniруется не более 25% жителей региона. В связи с низким уровнем санитарной грамотности населения, поздней диагностикой и неверно выбранной тактикой лечения на догоспитальном этапе, более 74,3% детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой системы получают оперативное лечение в условиях специализированных стационаров, что резко повышает стоимость услуг.

Планирование стоматологической помощи в любых объемах, в том числе и мероприятий по первичной профилактике, должно быть построено на системном анализе, полученном в результате сбора эпидемиологических данных в пределах пяти — десяти лет, предшествовавших планированию. Это в одинаковой степени относится ко всем странам мира. Данные эпидемиологических исследований позволяют руководителям здравоохранения определить приоритеты и соответственно более эффективно использовать имеющиеся средства на удовлетворение первостепенных нужд населения в стоматологической помощи и обеспечении здоровья любых групп населения⁹.

Полученные эпидемиологические сведения позволяют:

- *оценить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний;*
- *выявить потребность их профилактики и лечения;*
- *определить качество оказываемой стоматологической помощи;*
- *сравнить состояние заболеваемости в различных регионах;*

⁹ Леус П. А. Коммунальная стоматология. Респ. Беларусь. ОАО «Брестская типография». – 2000. – С. 9–18.

- *ставить соизмеримые цели в достижении уровня стоматологического здоровья;*
- *ставить количественные и качественные задачи для стоматологической помощи и для промышленности, выпускающей оборудование, материалы, лекарственные препараты.*

Несмотря на определенные успехи в вопросах профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний, проблема распространенности заболеваний твердых тканей зуба и патологии пародонта на Дальнем Востоке является актуальной. Современные научные достижения в стоматологии констатируют суммарное воздействие многочисленных факторов в развитии патологии зубочелюстной системы, таких как климатогеографические, социально-экономические условия, состояние окружающей среды, состав и качество питьевой воды. Сосредоточение крупных экологических опасных промышленных производств не только на Дальнем Востоке России, но и в Китае, отсутствие эффективного очистного оборудования привело к тому, что в Приамурье возникли районы с неблагоприятной экологической обстановкой. Прежде всего, это южные районы Хабаровского края, технополис Комсомольск-Амурск-Солнечный и муниципальные образования, расположенные в бассейне реки Амур. К числу опасных факторов относятся: большая группа веществ, оказывающих общетоксическое действие, а также сильные канцерогены, аллергены и мутагены¹⁰. Кроме того, в производственных стоках присутствуют такие элементы, как бензолы и бензпирены, ртуть, мышьяк, стронций, кадмий, метанол, фенолы. Кроме того, вода реки Амур недостаточно минерализована. Наблюдается недостаток такого важного микроэлемента, как фтор. В реке Амур этот показатель колеблется от 0,28 до 0,3 мг/л, что недостаточно для формирования полноценной структуры твердых тканей зубов.

Экстремальные климатогеографические условия, загрязнение окружающей среды, а также социально-экономические факторы существенно ухудшают состояние здоровья населения: увеличивается распространенность болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной системы, костно-мышечной системы, органов пищеварения, нарушения обмена веществ, наблюдается рост новообразований. Аналогичная ситуация складывается и со стоматологической заболеваемостью. Повсеместно растет распространенность заболеваний твердых тканей зубов и патологии пародонта. Увеличивается интенсивность поражения зубов кариесом.

Таким образом, появилась потребность в создании совершенно новых служб гигиены рта, придающих основное значение профилактическому гигиеническому уходу за зубами и консервативному лечению во всех возрастных группах. Этот подход дополняется службами восстановительной и реабилитационной стоматологической помощи, которая постепенно сосредоточивается на лицах старших возрастных групп. В соответствии с этими новыми потребностями появилась также необходимость изменить ориентацию подготовки работников первичной медико-санитарной помощи и другого персонала здравоохранения на всех уровнях обслуживания.

Анализ характера стоматологических заболеваний населения Дальнего Востока России подтверждает глобальные тенденции, отмеченные ВОЗом в ряде исследований.

¹⁰ Состояние природной среды и природоохранная деятельность в Хабаровском крае в 2001 году. Государственный доклад./Департамент природных ресурсов по Дальневосточному региону. Под редакцией В. М. Болтрушко. – Хабаровск. 2002. – 172 С.

В течение последних четырех десятилетий кариес постепенно был признан одной из серьезных проблем здравоохранения в ряде экономически развитых стран, что стимулировало создание широкой сети служб стоматологической помощи в этих странах. Именно в этот период были зарегистрированы самые высокие уровни заболеваемости болезнями рта в скандинавских странах, а также в Австралии, Канаде и Новой Зеландии. Другие промышленно развитые страны Европы и Америки были поражены этими болезнями в меньшей степени, возможно, потому, что пищевые и другие привычки их населения не были столь неблагоприятными для состояния полости рта¹¹. Довольно скудные данные о ситуации в развивающихся странах в тот период, как правило, указывают на чрезвычайно низкую заболеваемость кариесом и его легкое течение.

Тот факт, что кариес, несомненно, связан с современными привычками питания, хорошо иллюстрируют данные о заболеваемости в скандинавских странах и некоторых других промышленно развитых странах во время второй мировой войны. В период строго нормирования продуктов питания и ограничения потребления сахара в рационе отмечался резкий спад заболеваемости кариесом среди детей, родившихся во время или накануне войны. Однако после снятия этих ограничений заболеваемость снова возросла, почти достигнув довоенного уровня. Более того, сейчас еще можно выявить возрастные когорты, испытавшие на себе влияние нормирования пищевых продуктов, так как они меньше страдали от кариеса, чем те, кто родился до введения карточной системы или после ее отмены.

Методы количественной оценки распространенности гингивита, мягких и твердых зубных отложений и симптомов, далеко зашедших болезней пародонта начали изучаться в 50-е годы XX века, и примерно в этот период было предложено несколько показателей. Наиболее широко использовался в то время «индекс поражений пародонта» (PI), и данные о его значении имеют по очень большому числу стран и групп населения. Индекс PI объединяет в себе взвешенные величины, характеризующие число и степень тяжести как поверхностных проявлений болезней пародонта (гингивит и отложения зубного камня), так и более глубоких поражений (зубодесневые карманы).

Как и в отношении кариеса, отмечаются выраженные различия в распространенности болезней пародонта в развитых и развивающихся странах, которые, по-видимому, объясняются различиями гигиенических режимов. Однако объективность этих оценок сомнительна; в частности, сомнения возникают в связи с оценкой поражения гингивитом, которая основывается главным образом на таких критериях, как цвет и форма десен. Если не проводится в рутинном порядке зондирование зубодесневых карманов и не определяется число шатающихся зубов, бывает трудно провести различие между поверхностными проявлениями и более глубокими поражениями при болезнях пародонта.

В начале этого периода было опубликовано описание первого стандартного эпидемиологического метода ВОЗ для оценки распространенности болезней полости рта; в рамках «Программы гигиены полости рта» начал осуществляться, регулярный надзор за ситуацией в этой области, и в результате был создан глобальный банк данных о состоянии полости рта. Одновременно была организована программа помощи странам по вопросам планирования и проведения эпидемиологических обследований, а также по вопросам анализа, получаемых данных.

¹¹ Ежегодник мировой санитарной статистики. ВОЗ. Женева. 1989. – С. 37–78.

В настоящее время банк данных ВОЗ содержит информацию о состоянии проблемы кариеса зубов более чем в 150 странах и проблемы болезней пародонта более чем в 130 странах. Кроме того, в нем имеются данные о числе лиц, лишившихся зубов и о числе случаев флюороза. В банке данных также хранится информация о персонале служб стоматологической помощи. Эта информация используется на национальном, региональном и глобальном уровнях для контроля над состоянием полости рта населения, изменениями структуры и тенденций заболеваемости, а также для планирования и оценки программ; обе формы использования информации являются, таким образом, взаимодополняющими.

Руководители органов управления здравоохранением многих стран используют сохраняемую в банке данных информацию о проводившихся обследованиях, результатах деятельности служб стоматологической помощи и их влияния на состояние полости рта населения. В тех случаях, когда имеется мало (или совсем не имеется) данных по той или иной группе населения, на основе информации о соседних странах или регионах со сходными социально-экономическими условиями могут быть подготовлены рабочие оценки для использования при планировании и сборе данных. Кроме того, предоставляя помощь в планировании, проведении обследований, сборе данных и составлении сводок, ВОЗ активно способствует процессу планирования и мониторинга в странах; дополнительные данные, собираемые странами в ходе этого процесса, обогащают этот источник информации и опыт практической деятельности.

Что касается глобального, регионального и муниципального уровней, то анализ имеющейся в банке данных информации используется для мониторинга глобальных тенденций и структуры стоматологической заболеваемости. Это имеет важное значение для осуществления дальнейшего развития и практической реализации Программы ВОЗ по гигиене рта. Наряду с этим подробный анализ данных позволил сотрудникам Программы:

- *составить профили кариеса и потери зубов для населения, в различной степени пораженного кариесом;*
- *документировать различия в распределении кариеса по мере изменения уровней заболеваемости;*
- *оценить распространенность и распределение тяжелых поражений пародонта.*

Информация о потребностях в лечении в зависимости от параметров заболеваемости используется в качестве ориентира при планировании программ и осуществлении проектов в странах.

В 1980 году, когда ставилась задача добиться к 2000 г. снижения индекса КПУ до уровня 3 или менее в возрасте 12 лет, подчеркивалось, что в глобальных масштабах эта цифра означает увеличение пораженности кариесом. Данные исследований последних лет указывают на то, что среднее значение этого показателя уменьшается благодаря проведению программ профилактики и, если эта работа будет продолжаться, к концу первого десятилетия XXI века может оказаться ниже этого уровня.

Как указывалось выше, методы оценки поражения болезнями пародонта, разработанные в период 1950–1969 гг., были неудовлетворительными, так как они не дифференцировали признаки ранних и главным образом поверхностных поражений, гингивита и отложений зубного камня, с одной стороны, и признаки более далеко зашедших поражений тканей пародонта – с другой. Кроме того, эти методы не могли быть исполь-

зованы для планирования мониторинга оказания помощи при заболеваниях полости рта. В период 1977–1982 гг. была предпринята попытка разработать новый показатель для оценки поражения болезнями пародонта. После широких практических испытаний и статистического анализа собранных данных по различным предложенным параметрам был определен «коммунальный индекс поражений пародонта и потребностей в лечении» – CPITN. Этот индекс был принят в качестве эффективного и практичного инструмента для эпидемиологических исследований, а также для планирования и мониторинга работы в области гигиены полости рта¹².

Благодаря успешной разработке, быстрому принятию и широкому использованию этого индекса оказалось возможным получить подробное представление о распространенности болезней пародонта и потребностях в лечебной помощи. Для целей обследования полость рта разделяют на 6 частей, или секстантов; результаты обследования выражают в виде процента больных и среднего числа пораженных секстантов на одного больного, основываясь на следующих признаках заболевания: кровоточивость десен, отложения зубного камня, зубодесневые карманы глубиной 4–5 мм, зубодесневые карманы глубиной 6 мм и более.

Данные различных исследований, подтверждают, что болезни пародонта более широко распространены среди населения развивающихся стран, по крайней мере, если судить по таким поверхностным признакам, как кровоточивость десен и наличие отложений зубного камня. Более обширные поражения пародонта распространены не столь широко, как считалось ранее, так как относительные показатели для деструктивной болезни пародонта очень низки как в развивающихся, так и в развитых странах: всего от 0,1 до 0,5 пораженных секстантов. Это, по-видимому, подтверждает предположение о том, что такие проявления, как кровоточивость десен и отложения зубного камня, не всегда ассоциируются с деструктивной болезнью пародонта, как было принято думать.

Становится все более очевидным, что программы предупреждения болезней пародонта должны быть ориентированы, прежде всего, на обучение населения правилам гигиены рта и проведение профилактических мероприятий в рамках первичной медико-санитарной помощи. Трудная проблема профилактики и лечения далеко зашедших поражений пародонта по-прежнему остается нерешенной. Однако улучшение индивидуальной гигиены полости рта и сокращение отложений зубного камня в результате настойчивой разъяснительной работы могут помочь лицам, страдающим такими поражениями, сохранять естественные зубы в течение более долгого времени и тем самым улучшить качество их жизни.

Многие инфекционные болезни сопровождаются изменениями в полости рта, обнаружение которых облегчает раннюю диагностику и выявление этих болезней. Так, благодаря обнаружению определенных состояний и поражений полости рта (например, волосистой лейкоплакии и признаков кандидоза слизистой оболочки) оказалось возможным выявить такую серьезную инфекцию, как ВИЧ, у индивидуумов, которые в момент обследования казались здоровыми: лишь позднее возникли подозрения относительно их серологического статуса, которые и были подтверждены последующим серологическим исследованием. Таким образом, обследование полости рта является весьма полезным средством ранней диагностики таких инфекций.

¹² Oral Health Survey. Basic methods. 4th edition. World Health Organization. Geneva. 1997.

Важную группу патологических состояний, нарушающих функцию полости рта, а часто неблагоприятно влияющих и на общее благополучие человека, представляют собой так называемые челюстно-лицевые аномалии; лицам, страдающим такими аномалиями, необходима ортодонтическая помощь различной степени сложности. Хотя распространенность этих состояний поддается эпидемиологической оценке, нет согласия относительно стандартных методов обработки получаемых данных, поэтому пока невозможно провести надежную оценку их частоты, а также потребностей в лечении в отдельных странах.

Эпидемиология в стоматологии изучает этиологию и распространение стоматологических болезней среди населения. Планируемое эпидемиологическое обследование должно иметь конкретную цель с тем, чтобы все полученные данные были использованы с максимальной эффективностью. Тотальное стоматологическое обследование населения страны практически невозможно из-за большой его стоимости. В 1996 году подготовлено к изданию руководство ВОЗ по стоматологическому обследованию (OHS-4) с компьютерной программой обработки данных. Методы осмотра базируются на последних достижениях диагностики стоматологических заболеваний. Кроме кариеса зубов и заболеваний пародонта, стоматологическое обследование включает наружный осмотр головы, лица и шеи, височно-нижнечелюстного сустава, слизистой оболочки рта, не кариозных дефектов зубов и ряд других болезней и состояний, имеющих практическое значение для планирования стоматологической помощи. Компьютерная программа позволяет проводить выборочную обработку данных отдельных заболеваний, например, кариеса зубов или проявлений СПИД. Предусмотрена возможность получения необходимых сведений путем обследования сравнительно небольшого количества населения определенных возрастных групп.

Разведочный метод оценки стоматологического здоровья населения. Этот метод наиболее экономичный и эффективный. Он предложен в 1962 году доктором D. Barnes, ученым из Австралии, который в последствии возглавлял стоматологический отдел Всемирной Организации Здравоохранения в Женеве (1970–1995).

Основные этапы «разведочного» исследования по рекомендациям стоматологического отдела ВОЗ.

- **планирование;**
- **выборка населения для осмотров:**
 - *возрастные группы (можно ключевые);*
 - *структура выборки (города, сельские районы, социальные группы);*
 - *размер выборки (не менее 40–50 человек);*
 - *метод выборки (системная);*
- **сбор эпидемиологических данных:**
 - *общая информация;*
 - *клиническая оценка стоматологического статуса;*
- **анализ данных:**
 - *результаты эпидемиологических исследований имеют определяющее значение для оценки стоматологического статуса населения и планирования стоматологической помощи на всех уровнях: от школы, предприятия, поселка до района, города, области, республики.*

Объект исследования. Для эпидемиологических исследований необходимо иметь представление об условиях в каждом обследуемом регионе (муниципальном образовании) и заболеваемости в нем. Необходимо провести пробное обследование, которое может помочь как в подготовке персонала, так и в организации основного обследования.

Популяционные подгруппы и социально-экономические условия должны представлять все население и все внешние факторы (климатогеографические условия, социально-экономический уровень, окружающая среда, этнические группы и др.). Рекомендуется в каждую группу обследуемых включать одинаковое количество лиц мужского и женского пола.

Необходимо соблюдение определенных правил при группировке обследуемых контингентов населения по возрасту. Обследуются дети в возрасте 5–6 лет и 12 лет, подростки 15 лет и взрослые 18 лет, 35–44 лет и 65–74 года. Наиболее важными ключевыми возрастными группами населения являются 12-летние дети и 35–44-летние взрослые. В каждом регионе (муниципальном образовании) следует осматривать параллельно две группы жителей (сельскую и городскую) одного и того же возраста. Рекомендуется обследовать несколько добавочных пунктов в каждом крупном городе, поскольку в разных районах могут действовать отдельные специфические факторы (загрязнение окружающей среды, наличие водоисточников с неодинаковым содержанием фтора и др.). Если в муниципальном образовании имеется большое количество приезжего населения (30–50%), необходимо обследовать коренное и пришлое население.

Размер обследуемых групп определяется требуемой точностью исследования. В одном муниципальном образовании количество людей для обследования одной возрастной группы должно быть не менее 100 человек, в территориях с низкой плотностью населения возможно обследование 50–60 человек одной возрастной группы. Число обследованных может быть изменено в большую сторону, в зависимости от экономических возможностей и целей исследования.

Дети и подростки в возрасте 6, 12 и 15 лет могут быть осмотрены в дошкольных учреждениях и школах. Для обследования взрослого населения планируется посещение учебных заведений, предприятий и т. д., в которых могут быть выборочно осмотрены 50–100 индивидуумов одной возрастной группы.

1.2. Организация изучения среды и уровня распространения стоматологических заболеваний у различных групп населения

Проблема оптимизации стоматологического здоровья человека в современных условиях социальной и экономической неустойчивости требует пристального внимания и неотложного решения со стороны властных структур. В связи с этим требуется государственная поддержка ЛПУ службы стоматологической помощи в оптимальном варианте, когда при минимальных затратах, достигается максимальный результат. Это возможно только в условиях использования подходов медико-экономического моделирования, основанного на системном анализе (рис. 1.1).

Планирование работы стоматологической службы, основывается на теоретическом анализе основных закономерностей развития здравоохранения региона. Прогнозирование работы службы следует рассматривать в качестве одного из основных элементов

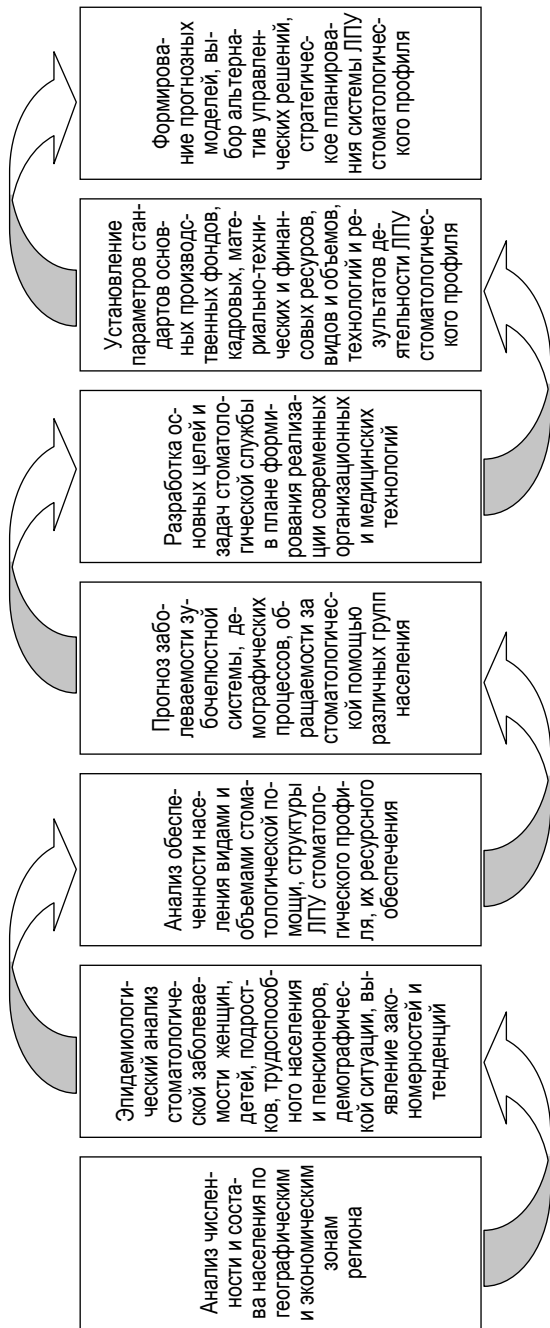


Рис. 1.1. Информация для реализации принципов функционирования системы стоматологической помощи населению региона (В. Г. Дьяченко, С. А. Галёса, 2004).

системы планирования отрасли на всех ее уровнях, в процессе которого выявляются качественные и количественные закономерности объективных тенденций, устанавливаются параметры ее развития.

Прогнозирование потребности населения в стоматологической помощи – это научное предвидение, как общего объема, так и ее структуры: амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной, стационарной и других видов. При этом необходим учет социально-экономических условий жизни, определения закономерностей заболеваемости, развития медицинской науки, организационных форм медицинского обслуживания, дифференциацией врачебных специальностей, развития демографических процессов и многих других факторов.

На основе аналогов и сравнения можно прогнозировать основные изменения, которые произойдут в численности и структуре населения по зонам региона под влиянием экономических и социальных факторов, но очень трудно предвидеть изменения в заболеваемости полости рта отдельных групп населения в отдельных муниципальных образованиях. Все это обуславливает динамический и непрерывный характер прогнозирования и планирования стоматологической службы, когда на основе новых данных систематически уточняются прогнозы и производится корректировка планов.

Органическое включение методологии прогнозирования в методологию долгосрочного планирования стоматологической службы, основанной на потребности населения в медицинской помощи, представляет собой перспективную задачу здравоохранения сегодняшнего дня.

В 1980 году ВОЗ опубликовала документ «Планирование стоматологической помощи», который до сих пор является руководством для всех стоматологов в мире. ВОЗ определила следующие этапы планирования стоматологической помощи населению:

- ситуационный анализ;
- определение измеримых целей стоматологического здоровья населения;
- обеспечение персоналом;
- материальное и финансовое обеспечение;
- мониторинг и оценка системы.

Ситуационный анализ является первым этапом планирования стоматологической помощи населению региона и без его проведения, разработка соответствующих планов управления невозможна. По определению проф. П. А. Леуса ситуационный анализ – это врачебный логический анализ стоматологической заболеваемости и, имеющих к ней отношение, факторов или сфер населения обслуживаемого участка или другой заданной территории проживания. Основная цель проведения ситуационного анализа определить в измеримых категориях стоматологическое здоровье населения и выявить факторы риска стоматологических заболеваний. Такой подход является оригинальным, однако полностью укладывается в известные подходы по планированию статистических исследований в здравоохранении:

- выявление особенностей состояния здоровья населения с использованием демографических данных, данных о заболеваемости, физическом развитии и инвалидности, а также факторах, определяющих эти особенности;
- изучение данных о сети, структуре, кадрах и деятельности лечебно-профилактических учреждений и организаций стоматологического профиля;

- оценка эффективности мероприятий, направленных на охрану и укрепление стоматологического здоровья населения, и повышение эффективности работы стоматологических медицинских учреждений;
- оценка клинических, гигиенических и лабораторных данных, а также материалов научных исследований по разделу стоматология.

Статистическая методология строится на основе определенных правил и приемов, выработанных в процессе долголетней практики и научно обобщенных принципов. Целью статистического наблюдения в стоматологии является регистрация отдельных фактов, единичных случаев изучаемой совокупности и характеризующих их признаки, доступных и необходимых для учета, с разработкой причинно-следственных связей и их математического выражения.

Важным элементом статистического наблюдения является устный или письменный инструктаж участников исследования: предварительный – до начала работы и текущий, обычно связанный с контролем в процессе проведения работы. Краткие методические пояснения иногда помещают на самих учетно-отчетных документах. Наряду с этим, издаются специальные печатные пособия (памятки, инструкции, справочники, словари медицинских терминов и т. п.).

Не меньшее значение имеет материальное обеспечение наблюдения, снабжение в достаточном количестве заранее напечатанными формами регистрации и учета. Специально предусматривается порядок и виды контроля, периодические проверки полноты и качества заполнения документов, сроки сдачи материалов.

Сам сбор материалов и проведение регистрации должно обеспечить непрерывность, полноту и достоверность. Следует подчеркнуть, что медицинский учет является задачей всех практических врачей и одним из элементов преемственности и последовательности лечебного процесса (включая и санитарные мероприятия).

Статистическое наблюдение в стоматологии (единовременное и текущее) может проводиться следующими способами:

- Непосредственное наблюдение (осмотр больных, измерение ОНI-S, КПУ, DFI, СРТИ и т. п.).
- Устный опрос проводится при эпидемиологической разведке, сборе медицинского анамнеза – о перенесенных заболеваниях или их рецидивах, о бытовых условиях или вредных привычках и т. д.
- Анамнестический метод, который заключается в точной датировке событий прошлого и в переработке собранных материалов по таблицам трех измерений (изохрон) с помощью демографической сетки. Этот метод применяется преимущественно в демографии при изучении явлений рождаемости, плодовитости, детской смертности и т. п.
- Экспедиционный способ, – системное обследование населения определенных зон участниками специальных экспедиций.
- Корреспондентский (заочный) способ. Заключается в рассылке опросных бланков для ответных письменных сообщений компетентных лиц о наблюдаемых ими в своей практической деятельности явлениях (например, сообщения сельских стоматологов о случаях флюороза).
- Способ самоисчисления или саморегистрации. Применяется иногда при переписях населения и, как правило, при изучении бюджетов (затрат семьи на стоматологическую помощь).

- Государственная отчетность, обязательная для всех ведомств и учреждений, – основная форма статистического наблюдения (например, отчет стоматологической поликлиники). Отчетные документы утверждаются Госкомстатом, а вся остальная, так называемая «самодеятельная» документация является незаконной.

Методы статистического наблюдения по степени охвата явления разделяются на сплошной и выборочный. Сплошной, стопроцентный, учет характерен для переписи населения, для учета кадров, для статистики смертности, рождаемости, стоматологической заболеваемости и т. д., когда практические запросы требуют полной регистрации всех случаев. В ряде случаев оно с успехом может быть заменено выборочным наблюдением.

Требования к выборочному наблюдению:

- оно должно опираться на достаточное количество учитываемых случаев;
- быть представленным и отражать все разнообразие изучаемого процесса,
- быть репрезентативным (представительным).

В этой связи следует рассмотреть некоторые виды выборочных наблюдений:

- Собственно выборочное наблюдение может быть механической, случайной выборкой (каждая 3-я или 5-я медицинская карта или карты больных, фамилии которых начинаются на буквы А или К). Преимущество выборочного метода состоит в том, что он экономит силы, средства, время и при правильном его применении обеспечивает достаточную точность, достоверность и надежность, в то время как при сплошном наблюдении иногда встречаются значительные, почти непреодолимые трудности.
- Разновидностью выборочного метода является так называемое «гнездное» исследование, когда выбираются типичные объекты («гнезда»). Примером может служить изучение заболеваемости сельского населения в муниципальных образованиях – местностях, где работают врачи.
- К частичному наблюдению относится метод основного массива, когда в качестве объектов изучения избираются только крупные (например, при изучении госпитальной стоматологической заболеваемости) больницы, насчитывающие не менее 500 коек.)
- Анкетный метод характеризуется обращением исследователя к неопределенному и неизвестному заранее кругу лиц. Он проводится путем распространения опросных листов (анкет), на часть из которых ответа не поступит (этим анкета отличается от обычного бланка, обычной статистической карты, которая подчас неправильно именуется анкетой). В этом случае фактическое число наблюдений бывает меньше запланированного.
- Монографическое исследование представляет собой крайнюю, наиболее резко выраженную разновидность выборочного метода. Монографическое наблюдение дополняет массовые статистические разработки более детальным, углубленным изучением отдельного типичного объекта, например, конкретной стоматологической поликлиники. Монографическим методом проводится изучение бюджетов, а также состояние здоровья отдельных семей.

Ситуационный анализ проводит, как правило, стоматолог-руководитель. Например, определяет уровень стоматологической заболеваемости, выявить факторы, оценивает эффективность профилактики и уровень стоматологической помощи населению и др.

Ситуационный анализ проводится не только с точки зрения распространения патологии зубочелюстной системы, но и с точки зрения оценки эффективности функционирования системы ЛПУ стоматологического профиля различных форм собственности и делится на несколько этапов.

1. Определение целей ситуационного анализа и согласование основных этапов работы с муниципальными органами управления здравоохранением.
2. Сбор демографических и общих данных о заболеваемости населения.
3. Проведение эпидемиологического исследования распространения стоматологической патологии среди различных групп населения.
4. Выявление факторов риска формирования стоматологических заболеваний.
5. Статистический анализ полученных эпидемиологических данных.
6. Получение информации об организационных и медицинских технологиях стоматологической помощи.
7. Детальное планирование видов и объемов стоматологической помощи населению.
8. Получение статистических данных о персонале ЛПУ стоматологического профиля различных форм собственности, оборудовании, стоматологических материалах, средствах профилактики и т. п.
9. Системный логический анализ всех материалов и формирование заключения по следующим направлениям: уровень заболеваемости и тенденции; факторы риска; обеспечение персоналом; материальное и финансовое обеспечение; перечень наиболее важных проблем стоматологического здоровья.

Сбор информации в стоматологии. Стоматолог-управленец, стоматолог-менеджер, т. е. специалист, занимающийся управлением стоматологической помощи населению (главный стоматолог области, края, республики, города, района и т. п.) должен владеть навыками системного и ситуационного анализа. Любая система¹³, в т. ч. система стоматологической помощи населению работает в единой организационной технологии, которая должна соответствовать определенным принципам функционирования систем:

- цель работы системы,
- задачи работы системы,
- субъекты функционирования системы,
- обязанности/функции субъектов системы,
- ответственность субъектов системы,
- контроль субъектов системы,
- права субъектов системы, в рамках которых они функционируют,
- время, в течение которого система функционирует.

Прежде чем проводить ситуационный анализ необходимо рассмотреть потенциальные источники и виды информации, поскольку результаты анализа зачастую могут зависеть от методов ее сбора и анализа. Например, R. H. Brook еще в 1977 году классифицировал методы сбора информации для оценки медицинской помощи в ЛПУ (табл. 1.1).

¹³ Система – это совокупность объектов, взаимодействующих подразделений для достижения общих целей в условиях действия социальных, политических и экономических факторов (прим. автора).

Таблица 1.1. Методы сбора информации для оценки качества и эффективности медицинской помощи (R. H. Brook, 1977)¹⁴

Методы сбора	Структура	Процесс	Результат	Комбинация данных
Отчетные данные	×	×	×	×
Карты выбывшего из стационара		×	×	×
Формы регистрации нуждаемости, заявки		×		
Формы регистрации обращаемости		×		×
Формы, ориентированные на источники информации		×	×	×
Проблемно-ориентированные формы регистрации		×	×	×
Прямые наблюдения за работой врача			×	
Методы моделирования	×	×		
Экспертная оценка случаев госпитализации и обращений		×	×	×
Стратегия слежения за развитием болезни		×	×	×
Опрос населения		×	×	×
Комбинация методов	×	×	×	×

Судя по содержанию приведенной таблицы, наиболее перспективным методом сбора информации является их комбинация, поскольку оценка качества стационарной и внебольничной медицинской помощи должна охватывать не отдельные фрагменты, а всю совокупность и весь период лечения пациента, где бы оно ни проводилось. Нельзя судить о качестве по анализу отдельных случаев оказания медицинской помощи, оценка должна проводиться на репрезентативной совокупности случаев оказания медицинской помощи.

Сбор информации по КМП в значительной мере известен и отработан в стационарах, где структура, процесс и результат оказания медицинской помощи достаточно формализован и подробно расписан. Что касается медицинской помощи в амбулаторных условиях, где реализуется более 95% видов и объемов стоматологической помощи населению то, в противоположность стационарам, процесс и результат отражен в их медицинской документации лишь частично, да и то иногда весьма условно может претендовать на достоверность. В амбулаторной службе пока еще не существует статистической документации по типу карты выбывшего из стационара (отделение челюстно-лицевой хирургии), картотеки на пациентов во многих поликлиниках уничтожены указаниями высоких должностных лиц под предлогом реформирования управления здравоохранением, замены этих картотек на базы данных о пациентах на магнитных носителях произошло не везде. Старая система регистратур была во многих местах разрушена, новая информационная система еще не создана, что привело к значительным затруднениям по сбору информации.

Сбор информации о результатах деятельности ЛПУ стоматологического профиля – весьма сложная задача, наибольшую ценность представляют долгосрочные результаты, позволяющие всесторонне оценить эффективность различных вариантов органи-

¹⁴ Brook R. H. Quality can we measure it? New Engl. J. Med., 1977, vol. 296, p. 170–171.

зационных технологий, что же касается краткосрочных результатов, особенно в ЛПУ амбулаторного профиля, то потребуются разработка критериев краткосрочных научно обоснованных результатов в соответствии с категорией ЛПУ.

Демографические данные. Демографические данные необходимы для расчетов потребности персонала, средств и материалов для обеспечения системы программы стоматологической помощи. Большинство требуемых сведений о населении имеются в официальных статистических документах. Важно использовать последнюю информацию. В случае если имеются статистические данные 3–5-летней давности, необходимо произвести расчетные поправки на время анализа ситуации. Необходимо цитировать источник, откуда взяты статистические данные.

Для более подробного анализа демографической ситуации региона (муниципального образования) рекомендуется использовать карту, на которой необходимо выделить:

- крупные города,
- густонаселенные сельские районы,
- контрастные климатогеографические зоны,
- зоны разного уровня содержания фтора в окружающей среде.

Необходимы также данные о количестве городского и сельского населения, о плотности населения по административным районам региона, о ежегодном приросте населения, о количестве детских дошкольных учреждений и детей, посещающих эти учреждения и т. п.

Факторы окружающей среды и образ жизни населения. Принципиально важное значение в оценке ситуации имеют данные о воде, особенно о содержании фтора в питьевой воде и пищевых продуктах. В службе Роспотребнадзора необходимо получить информацию об общем состоянии здоровья, вредных привычках, загрязнении окружающей среды. Характеристика питания населения проводится вместе с диетологами, педиатрами, санитарными врачами, путем изучения соответствующих материалов. Кроме этого, стоматологи беседуют о питании с родителями школьников, учителями и воспитателями детских дошкольных учреждений и школ, а также посещает продовольственные магазины, общественные столовые и школьные буфеты с целью ознакомления с продуктами питания. Особое внимание уделяется вопросу употребления рафинированного сахара, конфет и сладких продуктов в питании. При наличии соответствующих данных вычисляется среднее количество употребляемого сахара на одного человека в год. Кроме этого собираются сведения об употреблении сладких продуктов (пирожные, соки и др.). Методом выбора является анкетирование, которое позволяет уточнить тип питания у определенных групп населения. В частности, нелишне будет уточнить тип питания у коренного, коренного пришлого и пришлого населения регионов и муниципальных образований Дальнего Востока, поскольку это так или иначе связано с генотипом метаболизма ксенобиотиков, т. е. ацетилизированием и окислением¹⁵.

Общее состояние здоровья населения. Информация об общем состоянии здоровья населения может быть получена из официальных докладов о состоянии здоровья населения регионов и отдельных муниципальных образований, публикаций в специализирован-

¹⁵ Suleimanov S. Sh., Diatchenko V. G. L'ekologie de la region de l'Amour et la sante des «petit peuples» Questions siberienus «Ecologie et culture». Paris-Sorbonne. UMR-C0029. Bulletin № 2–1992. P. 60–65.

ных медицинских изданиях, доступных материалов органов управления здравоохранением, бесед со специалистами и коллегами нестоматологического профиля, а также путем изучения и обобщения соответствующих разделов амбулаторных стоматологических карт. Особенно важны сведения об аномалиях конституции и обмена, нарушении питания, гиповитаминозах, рахите, которые могут влиять на стоматологический статус. Важны так же болезни лиц более старших возрастов, такие как гастриты и другая патология желудочно-кишечного тракта, инфекционно-аллергические заболевания, сахарный диабет и т. п., которые могут быть следствием патологии зубов и наоборот. При анализе распространенности вредных привычек среди населения в первую очередь обращают внимание на те, которые способствуют возникновению стоматологических заболеваний. Курение и частое употребление алкоголя способствуют заболеваниям слизистой оболочки рта. Для изучения распространенности курения рекомендуют использовать специальные анкеты.

Профессиональные вредности. Необходимо изучить возможную загрязненность воздуха вредными веществами, такими как, соединения фтора, тяжелые металлы, кислоты и т. п. Подозрение о наличии определенных производственных вредностей или загрязнении окружающей среды может появиться при обнаружении у рабочих предприятия характерных поражений зубов и периодонта, например, флюороза зубов (не связанного с повышенным содержанием фтора в питьевой воде), кислотного некроза эмали зубов и др. В условиях отдельных территорий Дальнего Востока также следует учитывать загрязнение радиоактивными изотопами.

Климат. Для определения оптимальных доз фтора в питьевой воде и других способов введения фтора в организм имеет значение среднегодовая температура воздуха. Дается общее определение климата местности – жаркий, умеренный или холодный.

Структура стоматологической помощи населению. Необходимо располагать сведениями о существующей сети лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля (их виды, количество, оборудование), о структуре персонала, осуществляющего стоматологическую помощь населению. Желательно иметь сведения о мониторинге персонала по количественным и качественным характеристикам в течение последних 5–10 лет, чтобы определить тенденции на обследуемой территории. Необходимо информация о перспективах подготовки персонала всех категорий в год.

Систематическая (плановая) стоматологическая помощь. Необходимы точные сведения о проценте охвата детей дошкольного возраста и школьников плановой санацией, а также информация об организационных технологиях санации: методы, частота и др. Следует иметь данные о среднем количестве посещений одного ребенка в год, о затратах времени врача на одного ребенка, о рабочем времени врача в день, неделю, год. Аналогичные сведения необходимы для анализа состояния планового оздоровления других групп населения, например, беременных женщин, студентов, рабочих промышленных предприятий и т. п. При отсутствии точных статистических данных по перечисленным выше вопросам можно провести анкетирование или выборочные осмотры различных групп населения.

Важно иметь сведения об общем количестве посещений стоматологических учреждений (всех форм собственности) в год и вычислить среднее количество посещений на одного человека в год, сведения о количестве отдельных лечебных процедур (пломбы, удаления зубов, зубные протезы и др.). Желательно иметь данные нескольких последних лет для определения динамики. Приблизительные расчеты об обращаемости мож-

но сделать на основании данных выборочного стоматологического обследования различных возрастных групп населения, например, 12-летних и 35–44-летних.

Если имеются официальные статистические данные о расходах на стоматологическую помощь населению, то они могут быть использованы для анализа финансирования текущего обеспечения и запланированной профилактики. В иных случаях стоматологи сами могут приблизительно вычислить стоимость лечения. При этом важно включить в расчеты все затраты на стоматологическое обслуживание, а не ограничиваться только стоимостью медикаментов и оборудования.

Следует отметить, что после 1998 года, когда в здравоохранении России произошел переход от сетевого принципа планирования к планированию видов и объемов медицинской помощи населению, эти расчеты можно проводить в рамках подготовки Программы государственных гарантий обеспечения населения субъекта РФ бесплатной медицинской помощью. Кроме того, необходимо учитывать все возрастающий объем стоматологической помощи, оказываемый в частных стоматологических учреждениях, где формируется «своя» тарифная политика, целиком ориентированная на рынок стоматологических услуг.

История внедрения профилактики стоматологических заболеваний на муниципальном уровне, текущая организация и имеющиеся (отрицательные или положительные) результаты должны быть тщательно проанализированы, так как на основе накопленного к настоящему времени опыта будут строиться перспективные планы организации профилактики кариеса зубов у детей, подростков и взрослых. Естественно, что в организации профилактических мероприятий глобального характера в первую очередь должны быть заинтересованы органы управления здравоохранения муниципального и регионального уровня, поскольку текущее финансирование этих программ дает значительный уровень экономии бюджетных затрат в будущем.

Стоматологический статус. Выбор методик исследования стоматологического статуса зависит от целей, задач программы исследования и от уровня подготовки специалистов-стоматологов. Из большого числа существующих методов и критериев для оценки состояния зубочелюстной системы, органов и тканей полости рта, наиболее рациональным являются стандартизированные на международном уровне методы для исследований стоматологических заболеваний и состояний¹⁶.

Специалист должен выбрать те методики для работы, которые по точности, объему, временным затратам, стоимости и т. п. лучше подходят для эффективного решения задачи исследования стоматологического статуса. При планировании эпидемиологического исследования и выборе методик в первую очередь необходимы исследования широко распространенных стоматологических заболеваний: кариеса зубов и болезни пародонта. В список заболеваний и состояний для эпидемиологического обследования населения муниципального образования должны быть также включены флюороз зубов, болезни слизистой оболочки рта, зубочелюстные аномалии и т. п. При анализе ситуации на этом уровне чаще всего целью исследования является определение стоматологического статуса населения для последующего решения вопроса о необходимости внедрения программы первичной профилактики стоматологических заболеваний и оказания стоматологической помощи населению.

¹⁶ WHO, 4th-edition, 1996, Geneva

При ограничении ресурсной базы и финансовых средств ВОЗ рекомендует использовать максимально простой, дешевый и быстро выполнимый метод эпидемиологического исследования – разведочное стоматологическое исследование (WHO, 1980).

Оценка уровня стоматологической помощи. Такие показатели, как соотношение числа врачей к населению, количество стоматологических лечебно-профилактических учреждений, число видов оказываемых услуг населению в определенной мере характеризуют уровень стоматологического обслуживания населения. Однако эти показатели не являются критериями здоровья (здоровых зубов). Кроме того, при одинаковой обеспеченности персоналом, но разной интенсивности стоматологических заболеваний, население с более высокой заболеваемостью оказывается в худших условиях.

Более ценными оценочными критериями являются критерии здоровья. Например, по индексу «КПУ» зубов можно оценить здоровье зубочелюстной системы человека или групп населения. Стоматологическая помощь должна быть направлена на максимальное удовлетворение потребности в лечении.

Используя индекс КПУ зубов можно вычислить уровень стоматологической помощи (УСП) по следующей формуле:

$$\text{УСП} = 100\% - \left[100 \times \frac{\text{К} + \text{А}}{\text{КПУ}} \right]$$

где: **УСП** – уровень стоматологической помощи; **100%** – условный максимальный уровень обеспечения нуждаемости населения в стоматологической помощи; **К** – кариозные зубы не леченные; **А** – отсутствующие зубы, не восстановленные протезами; **КПУ** – кариес, пломба, удаленный зуб.

УСП может применяться только как средний групповой показатель.

Значения УСП, %	Оценка УСП
0–9	Плохой
1–49	Недостаточный
50–79	Удовлетворительный
80 и выше	Хороший

Организация осмотров. При проведении осмотров необходим тесный контакт с администрацией предприятий, школ, организаций и учреждений, где осуществляют обследование. Регистрацию данных осмотра проводит технический работник, которого необходимо предварительно проинструктировать, чтобы он мог не только правильно записать данные, но и распознать явные ошибки регистрации. Кроме того, необходим администратор – организатор потока обследуемых, проверки карт (все ли данные занесены и т. д.), снабжения инструментарием и др. В конце рабочего дня специалист-стоматолог должен обязательно проверить точность и правильность заполнения карт обследования.

Для проведения осмотров рекомендуется наличие следующих инструментов:

- *зубоврачебные зонды;*
- *стоматологические зеркала;*
- *периодонтальные зонды СРІТN;*

- стерилизатор;
- перчатки и маски в достаточном количестве и т. п.

Проведение осмотров лучше осуществлять в стоматологическом кресле, однако допускаются различные приспособления. Освещение во время осмотра должно быть адекватным и постоянным (искусственным или дневным). Рекомендуется, чтобы дети и взрослые прошли обследование в одних и тех же условиях и одной бригадой стоматологов с тем, чтобы максимально приблизить сопоставимость результатов обследования. Данные обследования записываются в стандартную форму или в иные карты, соответствующие целям исследования и пригодные для компьютерной обработки.

Проводить эпидемиологическое обследование должна небольшая группа специалистов стоматологов, проявивших готовность работать в тесном контакте друг с другом. Эти специалисты должны пройти соответствующую подготовку для того, чтобы одинаково оценивать стоматологический статус. Различия между отдельными исследованиями должны быть минимальными, поэтому необходимо проводить так называемую стандартизацию исследователей.

Предметом стандартизации методов обследования является следующее:

- *одинаковая интерпретация, понимание и применение критериев различных заболеваний и состояний;*
- *уверенность, что каждый исследователь придерживается стандартов, так что вариации между отдельными врачами минимальны.*

Если в работе участвует один стоматолог, то при выполнении повторных осмотров одной и той же группы обследуемых у него должно быть не менее 90% совпадений результатов. Если работает группа исследователей, необходимо оценивать не только каждого, но и вариации между всеми (калибровка исследователей). Это достигается при обследовании одной и той же группы (не менее 20 человек) каждым из исследователей рабочей группы. Если сводные данные имеют большие отклонения, необходим повторный осмотр этого же контингента для выявления ошибок. Если кто-то из специалистов постоянно делает ошибки и его мнение расходится с большинством, его следует исключить из группы, которая занимается оценкой стоматологического статуса у различных групп населения, однако это не является свидетельством его профессиональной непригодности. Проведение достоверного эпидемиологического обследования можно осуществить лишь тогда, когда расхождение результатов между отдельными исследователями при калибровке будет менее 10%. В противном случае полученные данные и их интерпретация могут быть ошибочными.

1.3. Тенденции формирования стоматологической патологии у населения Дальнего Востока России

Как и все люди, руководители органов управления здравоохранения любят хорошие новости. Поэтому, такие клише современного здравоохранения России, как «эффективность», «прогноз», «выявление» и «сопоставление» – обычное явление в заголовках журнальных статей. С другой стороны, гораздо менее привлекательны вопросы, связанные с неудачами в снижении заболеваемости и со снижением показателей стоматологического здоровья населения.

Возможно, что наши надежды на положительные результаты ведут к соответствующему отбору для публикаций в медицинских стоматологических журналах, где освещаются только положительные тенденции. Из всех рукописей, представленных к печати, большая их часть с негативными результатами, возможно, будет отвергнута при редакторском отборе из самых «лучших» побуждений. В итоге, успеха добьются статьи, дающие не всегда объективные результаты, полученные при исследовании стоматологического здоровья, результаты, имеющие тенденцию представлять ситуацию лучше, чем она формируется в реальной действительности.

Существуют силы, заинтересованные в положительных, а не отрицательных результатах эпидемиологических исследований в стоматологии. Специалисты должны знать об этой необъективности для того, чтобы трезво оценивать новые и многообещающие открытия и достижения, публикуемые в медицинских журналах.

Кариес зубов. В многочисленных опубликованных работах отечественных стоматологов декларируется, что в различных по своему географическому положению регионах, распространенность и интенсивность кариеса зубов не подвергается значительным колебаниям, а высокие их показатели обусловлены недостаточным содержанием микроэлементов, в частности фтора, в питьевой воде и продуктах питания (Аршанский Н.Я., 1966; Филипчик И.С., Стрелковский К.М., 1974; Руссак С.А., Васар Р.А., 1987; Скляр В.Е. и др., 1987, Бахмудов Б.Р., 1989; Служаев И.Ф., Оскольский Г.И., 1987).

Сообщения о частоте и тяжести поражения кариесом зубов населения Дальнего Востока в период с 1960 по 2000 гг. периодически появлялись в специализированных изданиях (Морозова Е.М., Боронок Ф.А., 1962; Каштанов А.А., 1976; Евстигнеева И.Л., 1985; Боровский Е.В. Евстигнеева И.Л., 1987; Служаев И.Ф., Оскольский Г.И., 1987–1995; Боровский Е.В., Пак А.Н., 1991, Антонова А.А. 2003 и др.).

Климатогеографические особенности большинства территорий Дальнего Востока характеризуются низким содержанием микроэлементов в воде, особенно фтора (0,11–0,5 мг/л), что формирует высокий уровень распространенности кариеса зубов среди населения региона.

По данным обследования более полутора тысяч населения, проведенного Г.И. Оскольским в 1988–1993 гг. установлено, что частота поражения кариесом у местного (коренного и коренного пришлого) населения выше по всем возрастным группам, чем у пришлого населения. Частота кариеса зубов среди женщин различного возраста колеблется незначительно, а при сравнении этого показателя среди мужчин отчетливо выражена тенденция к увеличению количества лиц, пораженных кариесом, в зависимости от возраста и времени проживания на Дальнем Востоке.

В среднем частота кариеса у местного населения среди мужчин на 5,58%, а среди женщин на 3,9% была достоверно выше, чем у приезжих. Отмечено, что, как у местных, так и у приезжих частота кариеса у женщин выше, чем у мужчин. Интенсивность кариеса была выше среди местного населения, чем у приезжих в среднем на 2,48%, из них среди мужчин на 2,71% и женщин на 2,08%. Достоверная разница наблюдалась также и при сравнении общих показателей интенсивности кариеса обследованных местных и приезжих в возрасте 20–29 лет, 30–39 лет, старше 50 лет. Интенсивность кариеса в целом больше у женщин, чем у мужчин независимо от времени проживания, но достоверная

разница отмечается только у приезжих женщин по отношению к мужчинам¹⁷. Отдельные исследования, посвященные распространенности и интенсивности кариеса у женщин во время беременности показывают, что во время беременности и в послеродовом периоде происходит нарастание патологии и появление дополнительных очагов деминерализации, что находит свое отражение в приросте интенсивности кариеса¹⁸.

Исследования последних лет концентрировались на типичной для ДВФО территории – Хабаровском крае. Территория Хабаровского края отличается разнообразием природно-климатических зон, в связи с чем и условия жизни проживающего в них населения существенно различаются. Анализ географического и экономического положения отдельных муниципальных образований края позволил выделить несколько экономических зон (северная, центральная, южная), каждая из которых имеет свои особенности, как по климату, географическому положению, народонаселению, так и по экологии, развитию транспорта, промышленного производства, социальной сферы и т. п.

Северная зона, где на большей части ее территории (сельские и отдаленные северные районы) имеется низкая плотность населения (меньше 0,1 человека на 1 км²) относится к низкоурбанизированным территориям с суровыми климатическими условиями. В ней отсутствуют круглогодичные стабильные транспортные связи, кроме воздушного транспорта, что предполагает определенную изолированность муниципальных систем здравоохранения, дезинтеграция управления между краевым и муниципальным уровнями и многие другие особенности их работы.

Центром этой зоны является г. Николаевск-на-Амуре. Для обеспечения доступности населению видов и объемов медицинской помощи в рамках краевой программы бесплатной медицинской помощи в этих муниципальных образованиях вынуждены содержать избыточный коечный фонд ЛПУ, избыточный кадровый потенциал, а кроме того формировать структурно-организационные технологии выездной специализированной консультативной, неотложной и экстренной медицинской помощи. В отдельных случаях используется вахтовый метод работы специалистов.

Центральная зона с центром в г. Комсомольске-на-Амуре относится к среднеурбанизированным территориям с суровыми климатическими условиями, развитой промышленностью, круглогодичными транспортными связями. Имеет достаточно развитую социальную инфраструктуру, в том числе и учреждений здравоохранения.

Южная зона с центром в г. Хабаровске относится к высокоурбанизированным территориям с более мягким климатом, чем в северной и средней зонах, развитой промышленностью, региональными транспортными связями, с высокой концентрацией образовательных, научных и специализированных учреждений отрасли здравоохранения. В южной зоне края наиболее высокая концентрация населения¹⁹.

В этой связи представляет определенный интерес изучение показателей стоматологического статуса населения, родившегося и постоянно проживающего в различных

¹⁷ Оскольский Г. И. Патоморфологическое и клинко-функциональное исследование зубочелюстной системы при изменении межальвеолярного расстояния. Дисс. докт. мед. наук. Новосибирск. 1995. 158 с.

¹⁸ Тармаева С. В. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта при беременности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск. 1989. 23. С.

¹⁹ Дьяченко В. Г. Научное обоснование системы охраны здоровья детей в условиях социально-экономических реформ в территориях с низкой плотностью населения (на материалах Хабаровского края 1990–1999 гг.). Дисс. докт. мед. наук. Москва. – 2001. 389 с.

муниципальных образованиях. С этой целью нами в 2000–2003 гг. обследованы по методике ЦНИИСиЧЛХ более 1000 детей школьного возраста²⁰. Из общего числа обследованных были отобраны лица, родившиеся и постоянно проживающие в этих населенных пунктах. Полученный материал можно считать репрезентативным, поскольку обследовано вполне представительное число учащихся большинства возрастных групп.

Методика исследования предусматривала изучение показателей стоматологического статуса – распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей школьного возраста, родившихся и постоянно проживающих в Южной, Центральной и Северной зонах Хабаровского края. Были охвачены всех его ландшафтных зонах, что позволяет считать полученные показатели типичными для края в целом.

Наряду с ранее полученными данными (Служаев И.Ф., 1991; Оскольский Г.И. 1995), данные нашего исследования дают наглядное представление о показателях стоматологической заболеваемости детского населения всех основных экономических и природно-климатических зон края.

Данные обследования детей в 2000–2003 гг. показывают, что распространение кариеса зубов у школьников Южной и Центральной зон края, хотя и имеет разницу, но она не достоверна, в то же время уровень распространенности кариеса зубов (табл. 1.2) в Северной зоне достоверно выше, чем в двух других ($p < 0,05$).

Таблица 1.2. Повозрастные показатели (в% к числу обследованных) распространенности кариеса зубов среди детей школьного возраста в Хабаровском крае

Возраст, годы	Южная зона, М + μ	Центральная зона, М + μ	Северная зона, М + μ
7	94,63 \pm 2,71	95,12 \pm 2,37	98,83 \pm 1,35
8	97,31 \pm 1,55	97,12 \pm 2,15	98,19 \pm 1,76
9	93,22 \pm 2,76	96,64 \pm 2,10	98,52 \pm 2,62
10	90,5 \pm 4,05	95,77 \pm 2,79	96,74 \pm 3,04
11	86,41 \pm 3,96	87,14 \pm 4,32	95,73 \pm 3,59
12	73,04 \pm 4,03	78,42 \pm 5,15	96,21 \pm 3,85
13	71,67 \pm 3,69	79,09 \pm 4,43	97,45 \pm 3,41
14	79,15 \pm 4,72	83,58 \pm 6,51	89,61 \pm 5,91
15	88,41 \pm 5,19	85,02 \pm 5,17	93,36 \pm 3,42
16	88,04 \pm 3,38	88,32 \pm 3,71	91,64 \pm 3,95
Всего (стандартизованный показатель)	87,08 \pm 2,41	89,89 \pm 2,26	94,86 \pm 1,78

Столь существенная разница связана, как с климатическими особенностями изученных муниципальных образований, так и с содержанием фтора в питьевой воде, поскольку концентрация фтора (менее 0,5 мг/л) во многих населенных пунктах Северной зоны значительно ниже, чем в других муниципальных образованиях края.

У лиц более старших возрастов (35–44 года), подвергнутых обследованию на предмет уровня распространенности кариеса зубов вектор соотношения распространения

²⁰ Галёса С. А. Научное обоснование организации стоматологической помощи в территории с низкой плотностью населения в новых социально-экономических условиях (на примере Хабаровского края). Автореф. дисс. на соиск. степени канд. мед. наук. Хабаровск. 2004. 28 с.

исходя из места постоянного проживания аналогичен таковому у детей школьного возраста. В то же время в отдельных муниципальных образованиях Северной зоны не удалось выявить пациентов свободных от кариеса зубов, т. е. уровень распространенности доходил до 100%.

Интенсивность кариеса изучалась по показателям КПУ. Согласно данным обследования 2000–2003 гг., наиболее высокая интенсивность поражения кариесом наблюдается у детей – жителей Северной зоны, где уровень КПУ составил 4,53–7,86. Что касается Центральной зоны (КПУ 2,53–5,91) и Южной зоны (КПУ 2,22–4,99), то уровень КПУ у детей этих муниципальных образований достоверно ниже ($t > 2$), чем у обследованных детей в Северной зоне Хабаровского края (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Средние значения индекса КПУ у детей в возрасте 7–16 лет в различных муниципальных образованиях Хабаровского края

Возраст, годы	Южная зона, М + μ	Центральная зона, М + μ	Северная зона, М + μ
7	2,41 \pm 0,12	2,53 \pm 0,09	4,53 \pm 0,48
8	2,22 \pm 0,22	2,83 \pm 0,07	4,92 \pm 0,14
9	2,31 \pm 0,10	3,56 \pm 0,15	4,94 \pm 0,11
10	3,25 \pm 0,08	3,53 \pm 0,12	4,78 \pm 0,15
11	3,29 \pm 0,32	3,13 \pm 0,15	5,89 \pm 0,09
12	4,38 \pm 0,11	4,56 \pm 0,17	5,91 \pm 0,07
13	4,59 \pm 0,24	4,38 \pm 0,09	5,59 \pm 0,14
14	4,39 \pm 0,17	4,77 \pm 0,10	6,23 \pm 0,31
15	4,71 \pm 0,13	5,86 \pm 0,13	6,17 \pm 0,28
16	4,99 \pm 0,12	5,91 \pm 0,16	7,86 \pm 0,23

Эта разница обусловлена, с одной стороны общими для всего края причинами – сложные климатические условия, низкий уровень фтора в питьевой воде, несбалансированное питание, но, кроме того, в северной зоне низкий уровень укомплектованности ЛПУ врачами стоматологами и специалистами среднего звена, что отрицательно влияет на уровень охвата профилактическими мероприятиями детей дошкольного и школьного возраста и т. п.

Следует отметить, что даже исходя из анализа полученных данных – интенсивность поражения кариесом зубов даже в условиях одного региона имеет значительные колебания. Причем независимо от уровня распространенности кариеса среди населения, имеется группа людей (чуть более 2%) у которых кариеса нет, или его интенсивность весьма низка. Это лица, обладающие высоким уровнем кариесорезистентности и невосприимчивости к кариесу. Полагаем, что уменьшение этой группы среди популяции детей Хабаровского края связано в первую очередь с тем, что общие параметры состояния их здоровья в течение последних десяти лет значительно снизились.

Анализ интенсивности кариеса зубов у лиц в возрасте 35–44 года, который изучался параллельно, сформировался на уровне: КПУ=12,6 \pm 2,65 в Южной зоне, КПУ= 13,2 \pm 2,71 в Центральной зоне и КПУ=15,8 \pm 3,04 в Северной зоне Хабаровского края. Прогнозирование течения кариозного процесса с точки зрения анализа показателей КПУ и

КПУ + кп, имеет под собой основу, но, все-таки не отражает заболеваемости в данный момент (прироста интенсивности), а может быть результатом ранее имевшихся кариозных поражений. Кроме того, показатель удаленных зубов (У) нередко свидетельствует о заболеваниях пародонта, а не о кариесе²¹. Следовательно, эти показатели отражают не резистентность зубов к кариесу, а кариесогенную ситуацию в полости рта.

Полученные нами данные существенно дополняют сведения о поражении кариесом зубов жителей Хабаровского края, дают картину сегодняшнего ее состояния у жителей всех климатогеографических зон края.

С точки зрения совершенствования организации стоматологической помощи детям изученных возрастных групп имеют значение приведенные данные в таблице 1.4.

Таблица 1.4. Структура индексов КПУ и кп (в% к величине индексов) у детей школьного возраста в муниципальных образований Хабаровского края*

Место обследования	К	Р	Х	П	У	КПУ	к	р	х	п	кп
Южная зона	69,51	15,97	4,73	3,55	6,47	100,0	69,51	10,52	19,80	0,30	100,0
Центральная зона	67,36	15,64	8,12	0,15	9,05	100,0	65,75	10,04	24,95	0,04	100,0
Северная зона	63,91	17,71	7,09	2,56	8,48	100,0	59,08	16,90	24,82	0,07	100,0

Примечания. К, к – поверхностный и средний кариес постоянных и временных зубов, подлежащих лечению; Р, р – осложнения кариеса постоянных и временных зубов, подлежащих лечению; Х, х – осложнения кариеса постоянных и временных зубов, подлежащих удалению; П, п – пломбированные постоянные и временные зубы; У – удаленные постоянные зубы.

Следует отметить, что наибольший вклад в структуру показателей КПУ и кп вносит нелеченый кариес как постоянных, так и временных зубов (в пределах 60–70% от величины КПУ и кп); на 2-м месте (10–18%) – зубы, подлежащие лечению в связи с осложнениями кариеса.

Изучение стоматологической заболеваемости возможно не только методом эпидемиологических исследований, но и путем анализа случаев обращения пациентов. Для этой цели используются данные зубной формулы в медицинской карте, а также диагнозы и методы лечения. В реальных условиях следует констатировать низкую мотивацию населения к сохранению своего стоматологического здоровья, неблагоприятное состояние окружающей среды, недостаточный уровень использования экономического потенциала региона, неблагоприятный инвестиционный климат и недостаточный уровень расходов на охрану стоматологического здоровья относительно внутреннего регионального продукта.

Некариозные поражения твердых тканей зубов. В конце прошлого века эта патология выявлялась у 18,7% лиц в возрасте 18–25 лет (Грошиков М.И., 1985; Руссак С.А., Васар Р.А., 1987; Хальвиг Э., Климтэк Й., Аттин Т., 2000), что в определенной мере зависит от состояния окружающей среды, особенностей организации труда и общего состояния здоровья индивидуума. В частности, распространенность флюороза зависит

²¹ Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. Терапевтическая стоматология. Под ред. Е. В. Боровского. – М: «Медицинское информационное агентство». – 2003. – С. 215–216.

от содержания фтора в питьевой воде, а также от степени чувствительности организма к фтору и способности противостоять его воздействию. При содержании фтора в воде 0,4 мг/л флюороз встречается в единичных случаях. При содержании фтора 0,7–0,9 мг/л флюороз определяют у 34% обследованных, 3,8 мг/л – 92%.

Большинство специалистов полагает, что флюорозом, в основном, поражаются постоянные зубы детей с одинаковой частотой, как у мальчиков, так и у девочек. В очагах эндемического флюороза могут поражаться зубы у взрослых, особенно занятых тяжелым физическим трудом и «молочные» зубы у детей 3–5 лет. При этом частота поражения этим заболеванием при уровне фтора 0,8–1,0 мг/л составляет 10–12%; 1,0–1,5 мг/л – 20–30%; 1,5–2,5 мг/л – 30–40% и свыше 2,5 мг/л более 50% (Грошиков М.И., 1989).

По данным эпидемиологических обследований населения в 70–80-х годах прошлого века, патологическая стираемость зубов встречается в возрасте 25–30 лет у 40% обследованных, 30–40 лет – 23%; 40–50 лет – 35%; 50–60 лет – 23%. Большинство исследователей считают, что патологическая стираемость зубов больше выражена у мужчин, чем у женщин, и частота ее увеличивается с возрастом (Бушан М.Г., 1979; Каламбаров Х.А., 1984). Распространенность патологической стираемости зубов у работающих в химической и угольной промышленности колеблется от 16,22 до 71,8% и зависит от стажа работы, вида прикуса и в меньшей степени от возраста (Зелинский А.Т., 1973; Демнер Л.М., Молдаванов А.Г., 1980; Каламбаров Х.А. с соавт., 1991).

D.A. Seligman и соавторы (1988) признаки стираемости зубов встретили у 91% обследованных, но достоверных различий между стираемостью, возрастом, видом прикуса, частотой заболевания ВНЧС не установили.

Клиновидные дефекты встречаются чаще у лиц среднего и пожилого возраста и в 8–10% случаев являются симптомом болезни пародонта и заболеванием внутренних органов (Бурлуцкий А.С., 1990; Ott R.W., Proschel P., 1985). По данным Г.А. Оскольского (1995), клиновидные дефекты значительно чаще встречаются у коренных жителей региона, в среднем на 6,39%. Достоверное различие отмечалось также при сравнении общих показателей пораженности зубов клиновидными дефектами у местного и приезжего населения по всем возрастным группам старше 30 лет.

Болезни пародонта. Высокая стоматологическая заболеваемость поддерживается недостаточным уровнем гигиенической грамотности, низким содержанием фтора в питьевой воде, отсутствием со стороны населения мотивации к предупреждению заболеваний полости рта (Купец Т. В., Мотело С. К., 1998). Данные литературы свидетельствуют о значительной вариабельности показателей частоты заболеваний пародонта независимо от климатогеографических условий. Ряд авторов отмечают, что частота патологии пародонта колеблется от 0,5 до 54,9% населения (Базиян Г.В., Новгородцев Г.А., 1968; Усманова Р.С., 1977; Оскольский Г.И., 1987; Григорьянц А.С., 2001; Ahrens J., Bublitz K.A., 1987).

На распространенность заболеваний пародонта влияют социальные факторы (возраст, пол, раса, доходы, жилищные условия, характер питания и т. п.), местные условия в полости рта, наличие или отсутствие вредных привычек, системные факторы (гормональные изменения пародонта в периоде полового созревания, беременности, менопаузы и т. п.), проведение лекарственной терапии (Lehner T., 1983). Частота заболеваний пародонта увеличивается с возрастом, зависит от индекса гигиены полости рта, име-

ет разные значения у мужчин и женщин. Отмечена корреляционная зависимость между частотой и тяжестью проявлений заболеваний пародонта и видом и тяжестью пораженных желудочно-кишечного тракта.

Ю.А. Федоров, С.Б. Улитовский (1989) считают, что частота заболеваний пародонта возрастает при смене климатогеографических условий и часовых поясов, т. е. у пришлого населения. Воздействие профессиональных вредностей также приводит к достоверному увеличению заболеваний пародонта, по сравнению с контрольными группами.

Отмечено увеличение заболеваний пародонта в 2 раза у больных с аномалиями прикуса, по сравнению с лицами с ортогнатическим прикусом. Наиболее часто поражение краевого пародонта наблюдали у пациентов с глубоким прикусом, аномалиями положения зубов и их скученностью.

По данным исследований 90-х годов в регионе поражение краевого пародонта наблюдалось у лиц достигших 18 летнего возраста в 34,7%. Данные углубленных осмотров показали, что количество обследованных без видимых патологических изменений со стороны пародонта значительно больше у лиц недавно прибывших на Дальний Восток, чем у лиц, постоянно проживающих в этой климатогеографической зоне. Аналогичная закономерность прослеживается по всем возрастным группам.

Частота и структура аномалий зубочелюстной системы

По данным отечественных авторов распространенность аномалий у детей различных регионов бывшего СССР колебалась от 35,8 до 67,4% (Базиян Г.В., Новгородцев Г.А., 1968; Збарж Я.М., Киткина Л.В., 1975; Аболмасов Н.Г., Коробко Л.И., Семенова Л.Г. и др., 1980; Бутова В.Г., Царегородцев М.Г., 1982; Латий З.П., Коротеева Н.В., 1983; Насибуллин Г.Г., Булгаков Э.Х., Свиридов М.В. и др., 1985).

Вторая половина XX века характеризовалась бурным развитием ортодонтии, как в нашей стране, так и за рубежом. Значительные успехи достигнуты в изучении этиологии зубочелюстно-лицевых аномалий и их патогенеза. Выявлена патогенетическая роль нарушений функций зубочелюстной системы в формировании прикуса, а также причинно-следственная взаимосвязь местных нарушений в челюстно-лицевой области с общими нарушениями в организме, в частности расстройствами функций дыхания, пищеварения, изменениями осанки, психики.

Организационным основам выявления, профилактики и раннего лечения стоматологических заболеваний, в том числе и зубочелюстных аномалий, посвящены работы М.З. Миргазизова и В.Т. Малькова (1970), З.М. Акодиса (1971, 1973), А.А. Погодиной (1972, 1978, 1986), Ю.М. Малыгина, А.М. Белого (1975), Л.М. Демнера (1980, 1982), Е.Н. Сухорецкой, О.М. Башаровой, Г.Г. Насибуллина и др., (1981, 1986), Ю.Л. Образцова (1984, 1990, 1994), Г.Н. Пахомова (1982), Э.М. Мельниченко (1990), З.Х. Яхиной (1992), Р.Г. Тураева (1998), Х.М. Сайфуллиной (2000).

В октябре 1997 года в Кейптауне состоялся VI Всемирный конгресс по профилактике стоматологических заболеваний. Было отмечено, что на первый план выдвигается предупреждение стоматологических заболеваний. Для правильного планирования стоматологической помощи, адекватной реальным потребностям населения, необходим банк данных заболеваемости, который должен определять научно-практическую стратегию. Предложенные ВОЗ критерии не являются чем-то застывшим, а постоянно меняются.

При оценке уровня распространенности зубочелюстных аномалий необходимо учитывать и этнический состав обследуемого контингента в связи с наличием этнических особенностей в строении зубочелюстной системы, являющихся «нормой» для конкретного этноса. Для монголоидов, например, характерна макродентия (Образцов Ю.Л., 1991), которая усугубляет дисгармонию между размерами зубов и челюстей, способствуя формированию зубочелюстных аномалий, накоплению в популяции различных отклонений в строении зубочелюстной системы может способствовать и ограничение круга брачных связей, обусловленное национальными традициями или географической изолированностью этнической группы (народности). Необходимым условием объективного анализа распространенности зубочелюстных аномалий является также соблюдение единых установок в трактовке ряда терминов, таких как «формирующаяся аномалия», «сформированная аномалия», «начальные признаки аномалии», «вариант нормы», «фактор риска». Необходима точная дифференцировка уровней состояния зубочелюстной системы с учетом всех факторов риска, влияющих на ее формирование и морфо-функциональных особенностей развития.

Анализ публикаций по вопросам эпидемиологии за последние 30 лет свидетельствует о высоком уровне патологий развития зубочелюстной системы (табл. 1.5).

Таблица 1.5. Распространенность зубочелюстных аномалий в различных регионах нашей страны и за рубежом (Низамов И.Г., Анохина А.В., Хитров В.Ю., 2003)

Страна, регион проводимых исследований	Распространенность патологии, %	Год публикации	Авторы
Кузбасс	34,5–46,5	1966	Миргазизов М. З
Италия (г. Кунео)	43,5	1970	Manfredi M
Ирландия	45,3	1973	Straford N. M, i
Скандинавия	48,8	1973	Kohler L., Hilst K.
Белфаст	61,0	1977	Bjork A.
Эстония	54,6	1979	Кыдар А. М.
Архангельск	40,1–43,8	1984	Образцов Ю. Л., Ларионов С. Н.
Чешская республика	52–55	1984	Kami nek M., Horakova A., Konecna V.
Великобритания	45–48	1986	Crabb J., Rock P.
Латвия	54,6	1990	Уртане И. Ф. и соавт.
Украина	48,0–54,6	1990	Руденко М. М. и соавт.
Харьков	50–63,6	1990	Левина С. М. и соавт.
Центральные области РФ	25–75	1990	Набатчикова Л. П.
Пермь	50,7–61,6	1990	Кадочникова А. Н.
Санкт-Петербург	52	1990	Шулькина В. М.
Армения	45	1997	Маилян П. Д.
Москва	50,3	2002	Ковальский Ю. Л.

На протяжении конца XX века в России и за рубежом удерживается высокий уровень патологии роста и развития зубочелюстной системы. Практически каждый второй обследованный нуждается в помощи стоматолога-ортодонта. Следует отметить, что уровень загрязнения окружающей среды за последние десятилетия не только не снизился, а неоднократно повысился, что оправдывает самые пессимистичные прогнозы по динамике зубочелюстных аномалий.

По мнению Л. П. Набатчиковой (1990), резкое колебание распространенности зубочелюстных аномалий в различных регионах России зависит от возраста обследуемых. Нет единого мнения и в отношении частоты различных видов аномалий прикуса. Одни авторы считают, что наиболее часто встречается сужение зубных рядов, затем глубокий, прогнатический, открытый прикусы (Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н., 1983; Рева В.В., Половцева Н.В., Хмарук В.А., 1990). Другие на первое место ставят глубокий, затем сагиттальные аномалии прикуса (Латий З.П., Коротева Н.В., 1983; Хорошилкина Ф.Я., Френкель Р., Демнер Л.М. и др., 1987). Считается, что аномалии зубов встречаются чаще, чем аномалии прикуса (Сергичева Н.В., 1966; Журавская В.Ф., Кретова П.Р., Харченко И.М., 1968; Зелинский А. Т. 1979).

Высокая частота пороков развития зубочелюстно-лицевой системы у детей обусловлена тем, что в течение всего детства зубочелюстная система ребенка состоит из большого количества морфологически незрелых структур. Процессы ее формирования и перестройки носят характер не только нарастающего созревания, но и четко сформированных тенденций инволюции. В челюсти восьмилетнего ребенка одновременно происходит формирование коронковой части постоянных моляров, рост корней премоляров, начало резорбции «молочных» моляров. Указанные особенности обуславливают различную чувствительность тканей, разные формы реакции и исходы при одном и том же воздействии внешних и внутренних факторов (Т.Ф. Виноградова, 1988).

В периоде временного прикуса зубочелюстные аномалии встречаются у 24,0% детей, в периоде сменного – у 49,0%, а в возрасте 17 лет (постоянный прикус) – у 35,0% обследованных (Хорошилкина Ф.Я. с соавт., 1982). А.М. Кыдар (1979), Ю.Д. Христофорандо и Н.А. Сараджан (1984) так же наблюдали рост частоты зубочелюстных аномалий у детей в возрасте от 6 до 11 лет. По данным И.Г. Низомова А.В., А.В. Анохиной и В.Ю. Хитрова (2003) число детей с гармонично развитой зубочелюстной системой возрастает с 3–6 лет до 7–9 лет в 1,6 раза. Затем, в связи с формированием боковой группы зубов и установкой клыков в зубном ряду, наблюдаются рецидивы и образование новых аномалий. В период от 7–9 до 10–13 лет они констатировали снижение числа подростков с правильным зубочелюстным аппаратом на 7,0%. В последующем численность этой группы изменялась не существенно.

Дети с факторами риска выявлялись в двух возрастных группах: 3–6 лет и 7–9 лет. В дальнейшем эти факторы либо способствовали формированию патологии, либо под воздействием раннего выявления и проведения профилактических мероприятий саморегуляция происходила в 61,8% случаев наблюдений.

Распространенность аномалий зубочелюстной системы у взрослых изучена в меньшей степени и по данным В. А. Сухарева и соавторов выявляется у 2,2–2,3%, Л.П. Григорьевой – 43%; А.С. Щербакова, Z. Такас и соавт. – до 52,4% обследованных. При этом чаще диагностируют прогнатический (32%), глубокий (27,6%), открытый (1–13,5%), перекрестный (3%) прикусы.

Данные эпидемиологического обследования населения региона в 90-х годах показывают, что распространенность зубочелюстных аномалий повторяет приведенные выше закономерности, однако среди определенных групп населения (нанайцы, ульчи, орочи, негидальцы, нивхи, корейцы, китайцы, якуты и пр.) уровень зубочелюстных аномалий значительно выше. В частности у них достоверно выше уровень распространенности макродентии.

Что касается ранее проводимых исследований в Хабаровском крае (Г.И. Осковский, 1995), то установлено, что число лиц с аномалиями прикуса среди женщин по сравнению с мужчинами в группе коренного населения в среднем на 5,14% выше ($p < 0,05$). Его наблюдения показали, что лиц с ортогнатическим прикусом достоверно больше у коренного населения на 5,83% и более выражено у мужчин – 9,27%. Глубокий прикус одинаково часто встречается, как у коренного, так и у пришлого населения. Прогнатический прикус чаще встречается у коренного населения, чем у приезжих в среднем на 1,96% ($p < 0,05$). Эта закономерность хорошо выражена как у мужчин, так и у женщин. Перекрестный прикус чаще выявлялся у коренного населения в среднем на 1,65% ($p < 0,01$), чем у пришлого.

Население региона в целом ориентировано на реставрацию зубов, как основное лечение. Зачастую, пациенты представления не имеют о профилактике кариеса зубов и болезней тканей пародонта, в частности, о гигиене рта, как основном профилактическом и лечебном действии. Высокая распространенность и увеличивающаяся интенсивность стоматологических заболеваний указывают на актуальность проблемы массовой профилактики кариеса зубов и болезней тканей пародонта. Следует серьезно решить, кто на современном этапе развития стоматологии региона мог бы взять на себя самую важную и ответственную работу по реанимации профилактики основных стоматологических заболеваний.

Тенденции развития стоматологии на Дальнем Востоке в последние годы ставит перед органами управления сложный комплекс проблем, который требует научных подходов и теоретически осмысленных и взвешенных решений. В реальных условиях следует констатировать низкую мотивацию населения к сохранению своего стоматологического здоровья, неблагоприятное состояние окружающей среды, недостаточный уровень использования экономического потенциала региона, неблагоприятный инвестиционный климат и недостаточный уровень расходов на охрану стоматологического здоровья относительно внутреннего регионального продукта.

Таким образом, в регионе к началу XXI века сформировалась своеобразная распространенность и структура стоматологических заболеваний, что требует разработки оригинальных подходов в стратегии планирования стоматологических учреждений, подготовки кадров, выбора организационных и медицинских технологий, а самое главное реализации стратегии профилактики стоматологической патологии. В реальной ситуации Дальнего Востока России, где значительная часть населения проживает в отдаленных от региональных столиц небольших городах (10–20 тыс.), поселках (4–9 тыс.) и сельских поселениях (менее 3 тыс.) в большей мере, чем в других регионах России востребован врач-стоматолог общей (семейной) практики.

Контрольные вопросы

1. К чему приводит дефицитное финансирование программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению?
2. Особенности организации эпидемиологических исследований в стоматологии.
3. Дайте характеристику параметров стоматологического здоровья населения мира к 2000 году по критериям ВОЗ.
4. Особенности организации и проведения изучения распространенности стоматологических заболеваний.
5. Планирование, организация и методика проведения стоматологических профилактических осмотров населения.
6. Ситуационный анализ в стоматологии, компоненты, этапы проведения.
7. Тенденции стоматологических заболеваний на Дальнем Востоке России и в мире в свете глобальных целей ВОЗ.
8. Особенности распространения и тяжести кариеса в условиях Дальневосточного региона.
9. Региональные особенности распространения заболеваний тканей периодонта.
10. Региональные особенности распространения врожденных аномалий зубочелюстной системы.

ГЛАВА 2.

Организация первичной медико-санитарной помощи населению Дальнего Востока

Построение успешных, эффективных систем здравоохранения в экономически развитых странах вызывает повышенный интерес у представителей отечественного здравоохранения. В то же время системы здравоохранения практически всех стран, проходя множество этапов реформирования, постоянно видоизменяются, обогащаясь заимствованными друг у друга идеями.

Многие исследователи считают здравоохранение и образование важнейшими формами вложений в человеческий фактор, трактуя это в целом как инвестиции в человеческий капитал. «Один из способов инвестирования в человеческий капитал – улучшение физического и эмоционального состояния человека»²². Инвестиции в охрану здоровья, по мнению Дж. Кендрика, в течение определенного времени дают эффект как в денежной, так и психологической форме²³. Интересен и иной подход, рассматривающий отрасли социальной сферы как некую систему однородных институциональных образований (школы, больницы, интернаты и т. д.)²⁴. Таким образом, и затраты в образовании, и в здравоохранении признаются капитальными вложениями. Следует отметить, что капитальные вложения в отечественную стоматологию в последние годы значительно уменьшились, поскольку отечественные управляющие структуры, волею или неволею, надеются на рост коммерческого сектора производителей стоматологических услуг, что, по их мнению, отразится на эффективности деятельности стоматологических учреждений всех форм собственности.

В реальной ситуации основные тенденции реорганизации стоматологических ЛПУ для повышения эффективности деятельности, уменьшения количества дефектов в выполнении работ, стимуляции творческой инициативы, должны формироваться по направлению к широкому внедрению организационной технологии врача-стоматолога общей практики. Это позволит добиться снижения числа избыточных административных уровней управления; снизить сроки выполнения работ и повысить личную и коллективную ответственность; устранить двойную бюрократизацию в результате четкого распределения функций; сделать шаги к достижению особой системы гибких мотиваций, ориентированных на достижение конечного результата и создание высокой инновационной культуры в ЛПУ.

Отечественная стоматология руководствуется в своем развитии экономическими соображениями в большей степени, чем другие службы здравоохранения. Это связано с тем, что в стоматологии намного объективнее и реальнее измерять качество в сочетании со стоимостью производимой услуги с помощью методов медико-экономического анализа используемого потребителем услуги. А так же высокой технологичностью и материалоемкостью стоматологии, как специальности. Эффективность производства стоматологических услуг оценивается путем соизмерения объемов финансирования

²² Гэри С. Беккер, Человеческое поведение. Экономический подход. Пер с англ. М.: ГУ ВШЭ, 2003. С-84

²³ Кендрик Дж. Совокупный капитал США и его формирование. М.: Прогресс, 1976.

²⁴ Ольсевич Ю., Мазарчук В. О специфике экономических институтов социальной сферы (теоретический аспект)// Вопросы экономики. – 2005. – № 5.

и получаемой экономической выгоды при соблюдении всех социальных ограничений. В реальных условиях при оценке показателей эффективности в стоматологии возможно использование хорошо отработанных в теории и практике показателей рентабельности (общей, расчетной, произведенных услуг), себестоимости или издержек производства, производительности труда и т. п.

Для такого своеобразного региона России, как Дальний Восток, необходима разработка и планирование многоуровневой системы стоматологической помощи населению, где во главу угла должны быть заложены параметры стандартизации видов и объемов бесплатной и платной/возмездной стоматологической помощи, сочетания рынка и государственного регулирования, государственной и муниципальной системы стоматологии с негосударственной стоматологией.

2.1. Условия оказания первичной медицинской помощи населению Дальнего Востока России

Дальневосточный регион представляет собой «Тихоокеанский пояс» России, обеспечивая непосредственный выход в Мировой океан, реализацию ее глобальных интересов и прямой контакт со странами Азиатско-тихоокеанского региона. В ДВФО входят Республика Саха (Якутия), Хабаровский, Камчатский и Приморский края, Амурская, Еврейская автономная, Камчатский край, Магаданская, Сахалинская, Читинская области и Чукотский автономный округ. Плотность населения от 14 человек на 1 кв. км. в Приморском крае до 0,2 человек на 1 кв. км. в Чукотском автономном округе. В начале 90-х годов XX века на Дальнем Востоке России проживало более 8,5 млн. населения, за годы реформ регион «потерял» около 2,0 млн. населения за счет роста уровня миграции, снижения рождаемости и роста смертности. Регион характеризуется экстремальным климатом, огромными расстояниями между населенными пунктами в северных территориях, сложными транспортными связями. Большая его часть граничит с Китайской народной республикой на юго-западе, Северной и Южной Кореей, Японией на юге, США на востоке.

При всем накопленном за последнее столетие опыте хозяйствования устойчивая жизнедеятельность человека в регионе остается сложной проблемой. Учитывая тот факт, что в любом случае численность жителей Дальнего Востока будет несопоставима с народонаселением стран Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР), сохранить регион в составе России можно реализовав установку на его опережающее экономическое, технологическое и социальное развитие. Для того, что бы реализовать этот вектор развития, Дальнему Востоку России необходима некая концепция, как у ближайшего сосед по региону – Китая «джинхуа минцзю»: концепция единой нации, которая объединяет всех китайцев – и правительств, и депутатов, богатых и бедных людей, причем, как внутри страны, так и за рубежом.

Если исключить из рассмотрения огромные потери населения региона от так называемых неестественных причин смерти (рубрика МКБ 10 – травмы и отравления), связанные с ростом уличной преступности, числа убийств, самоубийств, травм на производстве, автоаварий, последствий повальной алкоголизации населения и т. п. Затем исключить смертность от онкопатологии, которая отошла на третье место в структуре смертности, то ведущее место среди людских потерь займет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в частности от их осложнений – инфарктов и инсультов. Значительное сокра-

щение профилактических мероприятий, особенно мероприятий первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на Дальнем Востоке в последние годы, как причины роста заболеваемости, не позволяет надеяться на снижение смертности.

Для определения места врача стоматолога – общей практики, необходимо понять принцип «семейного врача» первичной помощи. Возникновение и развитие специалистов «общей направленности», как в общей медицине, так и в стоматологии во многих развитых странах мира обусловлено признанием приоритета профилактики и предупреждения осложнений. Изменения в философии организации общей медицинской помощи радикальным образом отразятся на структуре стоматологических учреждений. Рассмотрим общий подход организации первичной медицинской помощи.

На вопрос, почему же не проводится первичная и вторичная профилактика заболеваний, ответ достаточно простой. При наличии интенсивно работающих четырех региональных медицинских вузов, до 70% выпускников оседает в ЛПУ городов, в основном в стационарном секторе. В амбулаторно-поликлиническом секторе сегодня формируется значительный дефицит специалистов, особенно участковых врачей и врачей общей практики, которые и должны как раз заниматься этой самой профилактикой (рис. 2.1).

Безусловно, по мере реализации приоритетного национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» с 2006–2007 гг. кривая падения числа участковых врачей снизилась, но это не значит, что нам удалось добиться стабилизации процесса.

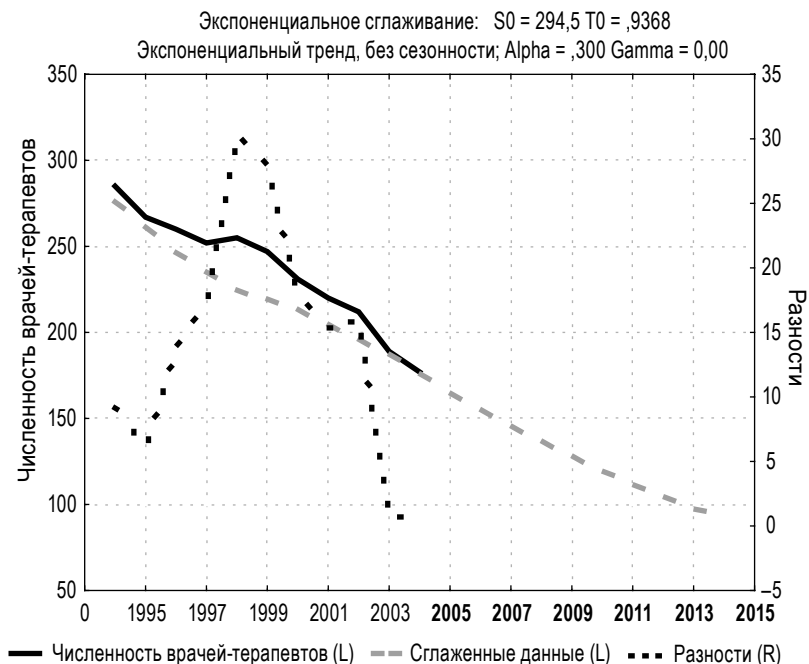


Рис. 2.1. Прогноз численности участковых врачей (физических лиц) в территориальных поликлиниках г. Хабаровска на 2005–2015 гг.

В настоящее время территориальное здравоохранение в своем развитии опирается большей частью на мнение региональных руководителей, а не на результаты НИОКР и здравый смысл. Поэтому приоритеты развития отрасли довольно часто сопровождаются высоким уровнем затрат и низким уровнем результатов. Как ни странно, но в экономически депрессивных регионах, к которым относится весь Дальний Восток России, приоритеты формируются по весьма затратным направлениям.

- *Строительство высокотехнологичных специализированных стационарных медицинских центров в ущерб инвестициям в технологии профилактики, где на вложенный рубль можно получить полезных атрибутов здоровья на 5–7 рублей, а высокие технологии чаще всего сопровождаются удорожанием программ государственных гарантий.*
- *Формирование дорогостоящих дублирующих структурных образований, таких как МУЗ «Городской онкологический диспансер» (Комсомольск-на-Амуре) в дополнение к ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ ХК; ГОУ ДПО ИКПСЗ МЗ ХК в дополнении к ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава и пр.*
- *Дублирующие закупки сложного дорогостоящего медицинского оборудования (например, ЯМР и компьютерных томографов, автоматических биологических анализаторов и т. п.), эффективность использования которых в условиях низкой плотности населения в провинции обеспечить достаточно проблематично.*

Большинство территорий ДВФО пытается развивать в каждой своей провинции высокозатратные технологии, такие, как кардиохирургия, протезирование суставов, трансплантация органов и др. Это только увеличивает затраты отрасли без какого-то реального положительного результата. Строительство специализированных медицинских центров в каждой территории решает проблемы здоровья десятков пациентов в ущерб здоровью сотен тысяч жителей региона. Значительное количество финансовых и кадровых ресурсов отвлекается на производство дорогостоящих, но малоэффективных технологий диагностики и лечения заболеваний в поздней стадии или их осложнений, от производства малозатратных, но высокоэффективных медицинских технологий профилактики, ранней диагностики заболеваний на доонкологической стадии и лечения распространенных болезней на ранней стадии патологического процесса.

Отсутствие стратегии концентрации и координации ресурсов на уровне региона, раздробленность направлений инвестиций, местничество приводит к тому, что по числу ЯМР и компьютерных томографов, ультразвуковых сканеров на 100 тыс. населения регион может сравниться с экономически развитыми странами мира. Зато уровень здоровья дальневосточников значительно ниже уровня здоровья соседей по АТР – Японии, Китая, Кореи и др.

В опережающем темпе деградирует система ПМСП, 90% видов и объемов производимых услуг которой должны составлять услуги связанные с профилактикой заболеваний. Она давно потеряла престиж у населения, а так же свой кадровый и ресурсный потенциал. Значительно уменьшился уровень проводимых видов и объемов профилактических мероприятий, снизилось качество и доступность медицинской помощи, выросли показатели заболеваемости, инвалидности, смертности и т. п. Штатные должности участковой службы в значительном числе поликлиник и врачебных амбулаторий лишь на половину или две трети укомплектованы физическими лицами врачей. В провинции работа фельдшеров на должностях участковых врачей уже давно никого не удивляет. На фоне

этих кадровых диспропорций выпускники четырех дальневосточных государственных медицинских вузов, продолжают трудоустраиваться не туда, где они требуются в первую очередь, т. е. на должности участковых врачей или врачей общей (семейной) практики. Сегодня они заполняют должности врачей в стационарах, в коммерческих ЛПУ или, в крайнем случае, должности «узких» специалистов в поликлиниках городов. С завидным постоянством в последние годы обсуждается вопрос о реализации технологии врача общей (семейной) практики, как одного из стратегических вариантов выхода из кадрового кризиса в ЛПУ ПМСП. Однако до практической реализации дело так и не дошло.

Негативные результаты деятельности отрасли здравоохранения региона проявились еще вчера, но в еще большей мере они проявятся в обозримом будущем, причем, если предсказать время наступления кризиса достаточно легко – это 2010–2015 гг., то его глубину – сложнее. Большинство из нас надеются на осуществление реформирования отрасли, на переход от слов к делу, когда у каждого жителя Дальнего Востока появится свой «лечащий врач». И совсем не важно как он будет называться – врач общей (семейной) практики, участковый врач или по-другому, для пациента важно, что бы у него появился специалист, отвечающий за сохранение и приумножение его здоровья, а не за заполнение отчетов о том, какие и когда процедуры были отпущены пациенту. Смогли же немцы в свое время реформировать за несколько лет здравоохранение в т. н. «восточных землях» ФРГ (бывшая ГДР) или эстонцы в начале 90-х годов за достаточно короткий промежуток времени успешно перешли на новую модель организации медицинской помощи населению, т. е. на технологию врача общей практики.

Плановые показатели наличия врачебных должностей в ЛПУ большинства территорий ДВФО выглядят благополучно (44,0 на 10000 населения). Но в целом по округу укомплектованность физическими лицами врачебных должностей составляет всего 62,8%, а в Чукотском автономном округе – менее 53%, Магаданской и Сахалинской обл. – менее 49%. Еще в 60-х годах в России соотношение врач/медсестра выглядело, как 1 к 4,1, сегодня же это соотношение в отрасли здравоохранения территорий ДВФО колеблется в рамках 1 к 1,8–1 к 2,1. Уровень совместительства врачей составляет от 1,4 до 1,6 в городской, и от 1,8 до 2,2 в сельской местности. Зачастую до 30% рабочего времени врача уходит на выполнение работы медицинской сестры.

К 2008 году проблема кадрового дисбаланса в отрасли здравоохранения продолжает нарастать. На Дальнем Востоке сложилась парадоксальная ситуация, когда в некоторых региональных столицах наблюдается избыток профессионально подготовленных врачей, а в большинстве сельских и отдаленных северных ЛПУ – их дефицит. Расчетные прогнозы кадрового обеспечения усугубляются формирующимся постарением кадрового потенциала отрасли, когда число врачей предпенсионного и пенсионного возраста приближается к 40%, а в возрастной структуре участковых врачей их уровень превышает 70%. А ведь именно там концентрируются профессионалы. Что же будет, когда в силу биологических причин они не смогут выполнять свою работу, кто придет к ним на смену?

Не добавляют оптимизма данные социологического опроса врачей на Дальнем Востоке в 2000–2007 гг. Около половины опрошенных специалистов оценивают нынешнее положение дел в здравоохранении как плохое или кризисное. Большинство врачей (67,2%) считают, что в ближайшие 5 лет ситуация в системе здравоохранения не изменится или даже ухудшится. Основными проблемами здравоохранения, среди прочих

причин, было названо полное равнодушие исполнительной и законодательной власти региона к проблемам отрасли. По его данным более 41% опрошенных врачей планируют переехать в центральные регионы России, а более 15% – за рубеж. Параллельно проводимый опрос выпускников региональных медицинских ВУЗов показал, что более 46% из них планируют работать в ЛПУ центральных регионов России, а более 29% рассчитывают получить работу за рубежом.

Отрасль здравоохранения Дальнего Востока с катастрофической скоростью приближается к «критической точке», когда количество практикующих врачей, фельдшеров и медицинских сестер не сможет в полной мере обеспечить предоставление населению региона необходимых видов и объемов медицинской помощи, гарантированных государством, даже на сегодняшний день, далеко не высоком, уровне.

По мнению анкетированных врачей и организаторов здравоохранения, структурная реорганизация здравоохранения не должна вести к сокращению числа лечебно-профилактических учреждений, коечного фонда, штатов ЛПУ, большинство респондентов негативно относятся к внедрению в здравоохранение системы врача общей практики. Около половины анкетированных врачей высказались за внедрение стационар замещающих технологий и процессы стандартизации в здравоохранении. Большинство врачей (66,3%) высказываются за возвращение системы обязательного распределения выпускников вузов на рабочие места, видя в ней один из вариантов решения кадровой проблемы. По мнению специалистов, привлечь врачей в сельское здравоохранение можно путем значительного повышения заработной платы, улучшения материально-технической базы ЛПУ, создания оптимальных социально-бытовых условий.

При ответе на вопросы, касающиеся удовлетворенности врачей своей работой, респонденты высказывались практически единодушно: врачей в целом удовлетворяет работа по выбранной специальности, а также такие ее компоненты, как психологический климат в коллективе и отношение с руководством. Большинство анкетированных врачей не удовлетворены условиями и уровнем оплаты труда, перспективой продвижения по службе, престижностью медицины в обществе. Вызывает беспокойство тот факт, что большинство врачей оценивают свой уровень жизни как «ниже среднего» и «нищенский», а также указывают на проблемы со здоровьем.

В течение последнего десятилетия чаще приводится в качестве положительного примера весьма богатые экономически развитые страны АТР, в частности США. Экономические и политические успехи этого государства в XIX – XX веке связаны с принципами, о которых коротко, но весьма определено сказал известный экономист и социолог Макс Лернер: «... Свобода, капитализм и индивидуализм, объединившись, обеспечили успех американского эксперимента»²⁵. А в отношении индивидуализма американцев и перспектив его влияния на американское общество следует привести высказывание Пола Гринберга: «Америка это место, где индивидуализм и самодостаточность достигли своего пика, но продолжают развиваться»²⁶. Следует ли нам копировать опыт, нарабатанный в США в XIX – XX веке, что бы стать самодостаточными и добиться успехов? Следует ли врачам в России строить свои взаимоотношения с пациентами, так же, как они строятся в США?

²⁵ М. Лернер. Развитие цивилизации в Америке. М. 1992.

²⁶ П. Гринберг. Еврейская газета. 2002. № 24–25.

На эти животрепещущие вопросы у нас не может быть однозначных ответов, поскольку вектор развития здравоохранения США направлен от «индивидуализма к коллективизму». Что касается вектора развития здравоохранения России, то он имеет противоположную направленность. От коллективного, планового, жестко управляемого по вертикали социалистического здравоохранения в сторону индивидуализации деятельности отдельных врачей в частных медицинских практиках и учреждениях.

Более десяти лет российское общество идет по выбранному им пути либерализации экономики и рыночных реформ, имея в качестве примера экономически развитые страны. Конечно, в целом на этом пути преобразований есть издержки, нарушения экономических и этических принципов и многое другое, но и у российского общества в целом, и у медицинских работников сегодня нет альтернативы, – «необходимо выжить!». В этой плоскости в рамках изменившихся экономических, политических и нравственных ориентиров сегодня следует рассматривать весь комплекс проблем взаимоотношений медицинских работников и населения. Каким образом медицинские работники должны зарабатывать себе на достойную жизнь, на питание, обучение и воспитание своих детей и сколько требовать от общества и пациентов вознаграждения за свою профессиональную работу?

Более 10 лет назад, лидеры бывшего СССР разного ранга в мановение ока превратились в предпринимателей и чиновников, проповедующих вместо вчерашних идей всеобщего равенства принципы либеральной экономики, рынка, приватизации государственной собственности, формирования прибыли и т. п. В своем большинстве медики не вписывались в общую концепцию «капиталистических» реформ, поэтому у чиновников в обиходе появились выражения «социальная сфера», «бюджетники», куда и была отнесена отечественная медицина и огромная армия медицинских работников. Эти чиновники подразумевали, что врачи, фельдшера, медицинские сестры и пр. не приносят ощутимой пользы для государства, а только потребляют скудные финансовые ресурсы, да еще делают свою работу некачественно.

Казалось бы, что в этой ситуации руководителям отрасли необходимо было сделать непростой, но решительный шаг, увязать количество и качество производимых медицинских услуг, конечный результат деятельности медицинских работников и оплату труда в единое целое и «процесс пошел», как любил говорить один из реформаторов современной России. Но многие годы даже этот, достаточно скромный, шаг по реформе здравоохранения почему-то не делается. Повышение заработной платы «понемножку и всем одинаково» в рамках единой тарифной сетки выглядело в виде подачки или неких безадресных социальных выплат и не решало проблему эффективности функционирования отрасли здравоохранения в целом и оценки труда отдельного медицинского работника в частности. Последние решения о повышении минимальной оплаты труда «бюджетникам» следует рассматривать с позиций «безадресных социальных выплат», т. е. всем помалу и одинаково.

В конечном итоге, сохранение социалистических размеров и принципов оплаты труда врачей в рамках единой тарифной сетки в условиях строительства российского капитализма, рыночных отношений никак не повлияет ни на количество, ни на качество медицинской помощи. Кроме того, в этой связи следует отметить, что оценка труда медицинских работников достаточно неоднозначная процедура в силу того, что этот труд является сочетанием как прагматических, так и этических принципов. С одной стороны, труд

врачей – это служба обществу, измеряемая объемом и качеством услуг, масштабами рабочего времени, уровнем заработной платы и т. п., а с другой стороны это труд избранных, благородных людей, освященных общечеловеческими нормами нравственности, сочувственным отношением к боли, страданию, несчастью, болезни другого человека. Мы убеждены, что гуманность, бескорыстие, альтруизм и есть те качества, которыми обладают большинство из наших коллег. Большинство из них убеждено, что в профессии врача определяющей является идея гуманизма, изложенная в этическом кодексе Гиппократов: «В какой дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного... Я направляю режим больных, к их выгоде... воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости...».

Во взаимоотношения врач – пациент в последние годы стали постепенно внедряться и доминировать понятия «доступность медицинской помощи», «стоимость услуг», «легальный и теневой рынок медицинских услуг» и т. п., что отодвинуло на второе место этические принципы. Если рассматривать те случаи, когда у медицинского работника в силу каких-либо причин возникает чувство неприязни, антипатии к пациенту или его родственникам, то они могут быть подлинным моральным испытанием, т. е. насколько одинаково гуманно он может относиться к каждому пациенту, независимо от его платежеспособности. Отражением этого является решение проблемы «равенства» доступности тех или иных медицинских услуг. Внеочередной прием кого-либо из пациентов в обход принципов «равенства» является неизбежным злом рынка в здравоохранении.

Тем не менее, пациенты должны знать истинное положение вещей в отечественном здравоохранении и главную проблему, которая очень негативно влияет на взаимоотношения врача и пациента – хронический недостаток средств на медицинскую помощь, особенно на муниципальном уровне. Недостаток средств на медицинскую помощь во всех странах мира приводит к рационализации и рационарированию применения медицинских вмешательств. Как бы нам не хотелось сохранить романтические представления о профессии врача, как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность сегодняшнего дня показывает, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «продуктом» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т. п.) в системе рыночных координат новой экономической модели развития нашего общества.

Традиционно в реальных условиях отношения врача и пациента одновременно являются патерналистскими (врач «знает», что надо делать и сделает всё к лучшему, даже против воли пациента) и признающими свободный выбор пациента (пациент распорядится своим телом). Это справедливо и для представления о должном характере этих отношений. Противоречивые мотивы не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни. Одним из важнейших мотивов, которые также оказывают влияние на медицину, являются принятые в обществе представления о соотношении общественных интересов субъекта. В сопоставительном анализе международного и русского исторического опыта патернализм связан, хотя и не жестко, с представлениями о преобладающей важности общественных интересов. Тем не менее, патернализм в чем-то сродни рабству, когда в силу обстоятельств пациент вынужденно зависит от врача.

Известный японский писатель начала XX века, Акутагава Рюноске рассуждая о вероятных перспективах борьбы с рабской психологией писал: «Уничтожить рабство –

значит, уничтожить рабское сознание. Но нашему обществу без рабского сознания не просуществовать и дня». Патернализм является классическим образцом медицинской практики. С ним связаны важные для представлений о «хорошем враче» признаки: способность врача сопереживать больному; делать ему во благо и только во благо всё, что возможно, и даже против его воли; право на сокрытие некоторой информации от больного. Эти представления остаются весьма распространенными до сегодняшнего дня.

Последовательное развитие принципов индивидуальной свободы и их фактическое признание сопровождалось в странах западной культуры применительно к медицине также признанием примата свободы человека распоряжаться своим телом. Поскольку «современная российская медицина» ассоциируется с практикой и технологией западной (европейской и американской медицины), во всех странах происходит импорт также этических интерпретаций и юридического регулирования. Если понимать прогресс в медицине как вектор наращивания технических возможностей сохранения жизни больным, улучшения качества их жизни, а также предотвращения болезней, то «импорт» идей представляется столь же естественным, как импорт технологий.

В большинстве территорий Дальнего Востока России наблюдается повсеместный рост платных услуг в здравоохранении в виде т. н. «соплатежей» населения на фоне достаточно «скромного» уровня финансирования производства медицинских услуг за счет средств бюджетов всех уровней и средств ОМС. Судя по уровню ежегодных «коммерческих» достижений муниципальных ЛПУ г. Хабаровска можно с уверенностью сказать, что «соплатежи» населения за медицинские услуги будут расти (рис. 2.2).

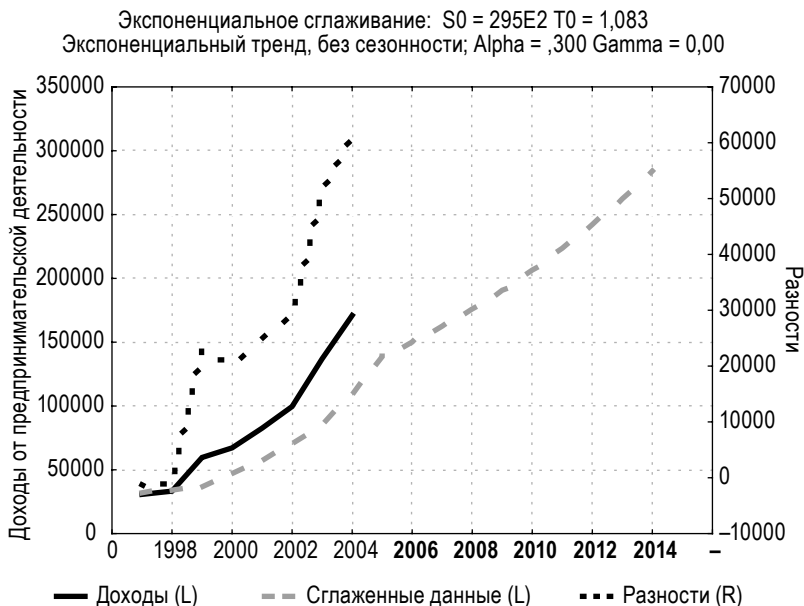


Рис. 2.2. Прогноз доходов ЛПУ г. Хабаровска от предпринимательской деятельности на 2006–2014 гг.

Проблема роста уровня предпринимательской деятельности ЛПУ имеет множество аспектов. Из них наиболее важная сегодня для России экономическая эффективность медицинских вмешательств и, в более широком смысле – достижение максимального эффекта от вмешательств в рамках доступных средств. Важно, что никто, и, прежде всего – граждане России, доходы бюджета которой увеличиваются достаточно медленно, – никто не может ждать, пока состояние экономики позволит выделять на медицинскую помощь достаточно средств. Сколько бы ни было средств, они должны расходоваться разумно, и чем меньше средств, тем больше оснований для критического анализа того, как они расходуются.

Медицинская услуга – услуга особого свойства. Соответственно, язык и принципы потребительского подхода к ней должны применяться с некоторыми оговорками. Пациенты обычно не могут «хорошо» оценивать потребительские свойства медицинской помощи, поскольку она слишком сложна для оценки её качества и даже для оценки её важности. Лишь в самом общем смысле можно сказать, что важность медицинской помощи огромна. Поэтому пациенты вынуждены доверять врачам. С другой стороны, влияние такого рода «пациентов-потребителей» на рынок медицинских услуг является почти непредсказуемым. Потребители создают спрос, которому врачи вынуждены подчиняться с большей или меньшей готовностью. Примером является широкое вовлечение врачей в оказание услуг на платной основе.

2.2. Общие подходы муниципальной (коммунальной) медицины к организации диагностики, лечения и профилактики заболеваний

Если принять определение Всемирной Организации Здравоохранения, гласящее, что здоровье – это «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни», то немногие из нас могут, считаться полностью здоровыми хоть какое-то время. К. Даннел и А. Картрайт²⁷ и М. Е. Дж. Уодсворт, В. Дж. Г. Баттерфилд и Р. Блени²⁸, еще в начале 70-х годов XX века в Великобритании, изучив ответы на вопросы, которые дала общественность, считают, что население страны может быть следующим образом распределено на группы (согласно их собственной оценке в процентах):

- *полностью здоровые люди (по определению ВОЗ) – 10%*;
- *люди с отличным здоровьем – 25%*;
- *люди с хорошим здоровьем – 30%*;
- *люди с посредственным здоровьем – 25%*;
- *люди со слабым здоровьем – 10%*;

Вывод о том, здоров он или болен, человек в первую очередь делает сам и на основании этого вывода он либо прибегает к самостоятельному лечению и уходу за собой, либо требует квалифицированной медицинской помощи. Рассмотрение типов встречающихся болезненных состояний позволяет установить определенные уровни здоровья, неполноценного здоровья и болезни (рис. 2.3).

²⁷ Medicine Takers, Prescribers and Hoarders, Routledge and Kegan Paul, London, 1972.

²⁸ Health and Sickness: The Choice of Treatment, Tavistock Publ., London, 1971.



Рис. 2.3. *Пирамида здоровья и болезни*

Основу приведенной на рис. 2.3 пирамиды составляют здоровые люди, ибо, хотя только 10% из них относятся к полностью здоровым, 25% считают, что они обладают отличным здоровьем. Следующий уровень – это неполноценное здоровье, или досимптомная стадия болезни, когда самые ранние объективные показатели заболевания могут быть выявлены при диспансеризации и обследовании даже до появления каких-либо симптомов. На этой стадии уже нужны диспансерные обследования и профилактические осмотры, однако важность массовых осмотров и их эффективность в системе медицинской помощи пока еще не однозначны²⁹.

В большинстве случаев (более 90% обращений за медицинской помощью) первичную квалифицированную медицинскую помощь окажет врач общей (семейной) практики. В процессе болезни могут возникнуть проблемы, требующие комплексной помощи от узких специалистов – нейрохирургов, невропатологов, хирургов-кардиологов, пульмонологов, специалистов по пластической хирургии, детских хирургов и др. Следует тщательно отбирать больных для госпитализации, ибо случай, кажущийся редким на уровне домашнего врача, на уровне специалиста может оказаться обычным распространенным заболеванием.

В организации медицинской помощи имеется пересечение множества линий: между больным и участковым (семейным) врачом; между участковым врачом и специалис-

²⁹ Screening in Medical Care, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford University Press, London, 1968.

том общего профиля (терапевтом, педиатром и хирургом), между узкими специалистами (отоларингологом, офтальмологом, нейрохирургом, онкологом, кардиохирургом и т. п.) и теми, кто направляет к ним больных. Путь, который проходит пациент снизу вверх от уровня участкового врача до узких специалистов, зависит от выраженности и сложности заболевания. Конечно, встречаются и переходы от врача к врачу на том же уровне, если врач сочтет нужным прибегнуть к помощи более опытного и квалифицированного коллеги.

Однако мы мало знаем о факторах, обуславливающих описанный выше переход больного с одного уровня медицинской помощи на другой. Почему больной решает обратиться к врачу или вообще в систему здравоохранения? Почему и на каком этапе семейный врач решает, что его больному необходима специализированная помощь? Причины, влияющие на то или иное решение, зависят от взглядов, обычаев, привычек, надежд, связанных с особенностями больного, его семьи, а также от местного и национального культурного уровня. Если оставить в стороне социологические аспекты проблемы, то представляется, что причины, по которым больной обращается за медицинской помощью, зависят от того, как он понимает следующие вопросы.

Что такое норма? Представление людей о понятии «норма» нередко бывает неясным и ошибочным. Некоторые заболевания встречаются столь часто, что воспринимаются почти как нормальное состояние. Определенные индивидуальные ощущения, неудобства, расстройства также могут считаться нормой. Действия заболевшего зависят от того, насколько больным он себя считает. А это в свою очередь зависит от воспитания и социального положения человека, качества и характера медицинского просвещения и информации.

Что такое индивидуальная переносимость? Люди по-разному переносят те или иные неприятные ощущения. Во многом это обусловлено индивидуальными или семейными особенностями человека, его умением «мобилизовать» свой организм в надежде на улучшение.

Можно ли вылечиться? То, как человек понимает этот вопрос, зависит от его культуры, жизненного опыта и влияет на его решение, следует ли прибегать к медицинской помощи.

Можно ли предотвратить заболевание? Решение этого вопроса зависит от возможностей человека самостоятельно поддерживать свое здоровье. Однако он часто делает это, не отдавая себе отчета, между тем как в вопросе о том, обратиться ли к врачу, проявляет осторожность.

Распространенные болезни

Конечно, тяжелые заболевания со смертельными исходами относятся к числу наиболее серьезных, но помимо них есть множество хронических болезней, которые хотя и не заканчиваются смертью, но доставляют больным большие неудобства, расстройства, длительные страдания. Широкое распространение таких не смертельных заболеваний с самыми различными неприятными последствиями, которые они за собой влекут, – серьезная проблема для здравоохранения и профилактики.

Смертельные заболевания. При рассмотрении основных причин смерти следует проводить различия между населением развитых и развивающихся стран. Сейчас средняя продолжительность жизни в России от 55 до 70 лет. В большинстве экономически

развитых стран основная масса смертельных заболеваний связана с процессами старения. Главнейшей причиной заболеваний, ведущих к смерти, является патология сердца и сосудов, которая выражается в виде ишемической болезни сердца, атеросклероза, гипертонии, поражения клапанов сердца и т. п. Не менее важное место в этом списке занимают различные формы рака разных органов; их локализация в мире варьирует. К группе смертельных заболеваний относятся также болезни, сопровождающиеся блокированием артерий мозга и их разрывом, что приводит к инсульту. Смерть происходит и в результате несчастных случаев, травм, от инфекционных заболеваний, в особенности болезней, поражающих дыхательные пути и ведущих к развитию воспаления легких и острых бронхитов.

В развивающихся же странах причины смерти более многообразны. И на жизнь, и на особенности смерти там влияют социальные условия: недоедание, многодетность, перенаселенность, невежество, предрассудки и др. Действие этих факторов, усугубляемое различными ограничениями и национальными проблемами, приводит к тому, что продолжительность жизни во многих развивающихся странах не превышает 50 лет; особенно высок уровень смертности среди новорожденных и маленьких детей. От одной трети до половины детей умирает, не достигнув возраста пяти лет³⁰.

Многие случаи смерти объясняются недостаточным питанием, заразными болезнями, распространенными специфическими лихорадками, респираторными и желудочно-кишечными инфекциями. Сюда же можно добавить насильственную смерть. Гораздо меньшее значение в развивающихся странах в качестве причин смерти имеют болезни сердца, рак, инфаркт и инсульт.

Заблеваемость. Как уже отмечалось, картина распространенных болезней зависит от того, где и кто их наблюдает. Имеет значение и субъективная оценка заболевания. К числу наиболее распространенных болезней и синдромов, с которыми пациенты обращаются к участковому (семейному) врачу относятся: респираторные инфекции, эмоциональные и нервные расстройства, боли в мышцах и суставах, расстройства желудочно-кишечного тракта, кожные сыпи, одышка, несчастные случаи и пр. Уровень заболеваемости определяет виды и объемы медицинской помощи врача первичного уровня, т. е. сколько пациентов рационально можно закрепить за одним участковым (семейным) врачом.

Средний объем практики английского³¹ семейного врача (или врача общей практики) составляет 2500 человек всех возрастов. Наиболее распространенные заболевания и синдромы, которые он берет для своего обслуживания, разделены на группы легких, тяжелых (угрожающих жизни), хронических и ведущих к инвалидности. При этом учтены социальные проблемы и влияние окружающей среды.

Место и роль участкового (семейного) врача. Прежде чем мы перейдем к рассмотрению построения медицинской помощи населению, необходимо четко определить место, которое занимает первичное звено медицинской помощи, и характерные его черты.

На рис. 2.4 представлены перспективные уровни медицинского обслуживания и его организации в регионе. Как можно видеть, в этой системе участковый (семейный) врач

³⁰ Fendall N. R. E., in International Medical Care, ed. by Fry J., Farndale W. A. J., Medical and Technical Publishing Co., Lancaster, 1972.

³¹ Именно в Великобритании наиболее приемлемый для России вариант реализации идеологии врача общей (семейной) практики. (прим. автора).

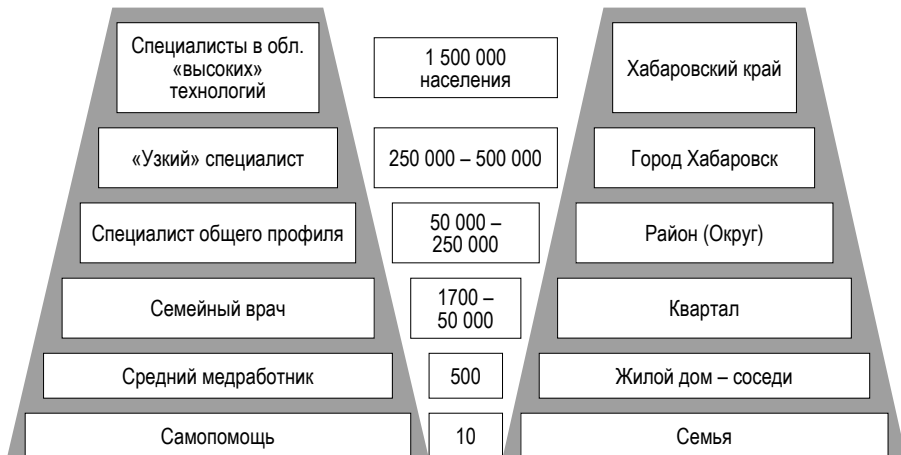


Рис. 2.4. Двойная пирамида медицинского обслуживания населения Хабаровского края

по своему положению находится между районной муниципальной больницей (а иногда и в ее составе) и больным. Именно к участковому врачу впервые обращается больной или члены его семьи, когда им требуется медицинская помощь.

В любой системе, независимо от варианта построения медицинской помощи в ней всегда должно быть лицо, выполняющее функции участкового врача или врача общей (семейной) практики вступающее в первый контакт с пациентом. В Великобритании – это врач общей практики. В США – домашний врач общей практики, специалист (терапевт или педиатр) или же персонал кабинета неотложной помощи при местной больнице. В России – участковый специалист – педиатр или терапевт (врач общей практики), или цеховой врач на производстве. В развивающихся странах, в сельских районах провинциальной России такую функцию выполняет помощник врача, работающий в периферийном медицинском учреждении – фельдшерско-акушерском пункте, как правило, не имеющий достаточного контакта с врачом.

Семейный (домашний, участковый, врач общей практики) – специалист по лечению распространенных заболеваний³²

Для первичного звена медицинской помощи характерно, что больной имеет прямой доступ к своему семейному (лечащему, участковому) врачу, тогда как консультации у «узких» специалистов обычно производятся после отбора больных участковым (семей-

³² Семейный – домашний, участковый, врач общей практики по своей сути в разных странах является аналогом, объединяющим лечащего врача отдельного пациента или всей семьи. В реальных условиях Дальнего Востока России – это участковый врач, который достаточно долго работающий на одном участке, обслуживая 1800–2000 населения, наблюдает за их образом жизни, проводит профилактические осмотры, диспансерное наблюдение, лечение распространенных заболеваний и т. п. Таких специалистов в системе первичной медико-санитарной помощи городов ДВФО осталось несколько десятков. Это, как правило, люди, мягко говоря, немолодые. По мнению специалистов по управлению здравоохранением их бесценный опыт работы необходимо изучать, развивать для реализации в новых социально-экономических условиях перехода на систему врача общей (семейной) практики (прим. авторов).

ным) врачом. Поскольку именно участковый врач первым видит больного, в его обязанности входят оценка заболевания, постановка диагноза и лечение несложных недугов, а также выявление тяжелых заболеваний, которые требуют обращения к специалистам на самых ранних стадиях.

Существенной особенностью первичного звена здравоохранения является то обстоятельство, что семейный врач и его помощники имеют дело с относительно небольшой и неменяющейся группой населения. В развитых странах домашний врач обслуживает около 2000 человек в зависимости от местоположения участка и социальных условий. Районная же муниципальная больница с консультативной поликлиникой, входящей в ее состав обслуживает в среднем 100 000–200 000–250 000 человек.

Обслуживая небольшую и мало изменяющуюся группу населения, участковый (семейный) врач имеет возможность проводить длительное наблюдение и лечение больных – во всяком случае до тех пор, пока пациент и врач поддерживают взаимный контакт. Не удивительно, что домашний врач хорошо знает своих больных, их семьи, проблемы, связанные с окружающей средой и обществом. В этом его отличие от больничных врачей и узких специалистов, которые в силу обстоятельств вынуждены довольствоваться лишь оказанием экстренной и эпизодической помощи своим пациентам.

Итак, работники первичного звена медицинской помощи сталкиваются лишь с теми проблемами, которые могут встретиться в относительно небольшой группе населения, насчитывающей 1500–3000 человек. Квалифицированный опытный семейный врач в основном имеет дело с очень распространенными и менее распространенными болезнями, которые с обычной частотой возникают в группе населения такого масштаба. Между тем к больничным врачам попадают с необычными заболеваниями больные из числа тех, кого сотни раз наблюдал врач общей практики и кого он сам направил в больницу. Именно на этой категории болезней принято обучать студентов, медсестер и молодых врачей. Однако эти формы болезней и ситуации, в которых находятся больные, значительно отличаются от того, с чем приходится сталкиваться врачу за пределами больницы в своей практике.

Для тех распространенных болезней, которые участковый врач наблюдает вне больницы, характерно следующее: они протекают доброкачественно, быстро проходят, причем имеется явная тенденция к самопроизвольному выздоровлению. Что же касается их клинической картины, то она довольно туманна. Ее трудно вместить в определенные рамки на основании четких критериев патологии. На протяжении всей болезни ей нередко трудно дать четкое определение. Часто клиническая патология, лежащая в основе болезни, неотделима от социальных проблем, и при ведении больного надо учитывать оба фактора.

Самую большую группу распространенных заболеваний в общей практике составляют различные инфекции дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта с вовлечением кожи; болезни, связанные со старением и перерождением различных органов, а также психические и эмоциональные нарушения, которые встречаются у легкоранимых людей.

Семейный врач должен быть таким же хорошим диагностом, тактиком, терапевтом, как и больничный и любой другой врач. Но помимо этого он должен уметь координировать действия специальных диагностических служб и использовать на благо своих

больных льготы, предоставляемые органами социального обеспечения. Он также призван оберегать своих пациентов от ненужной госпитализации и чрезмерных диагностических и лечебных мер со стороны своих коллег врачей-специалистов, а последних – от больных, которым в действительности специализированная помощь не требуется.

Как и в прошлом, хороший участковый (семейный) врач – это не только личный врач, но и руководитель, советчик и друг больного. Правильное и эффективное лечение любого заболевания должно основываться на четком и реалистическом понимании врачом болезни, больного, лечения, доступности специфических препаратов, знания местных условий. Важную роль играют также опыт и квалификация врача. Остановимся коротко на перечисленных условиях.

Болезнь. Цель всеобъемлющего медицинского образования – обучить молодого врача диагностике, лечению болезней и знанию их природы. Так в идеале. На самом же деле характеристике, особенностям течения и исходу распространенных болезней сегодня уделяется недостаточно внимания. В большинстве случаев больные склонны к самопроизвольному выздоровлению, что мало связано с лечением. У большинства детей, страдающих рецидивирующими респираторными инфекциями и бронхиальной астмой, приступы с возрастом проходят. Многие люди, страдающие мигренью, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сенной лихорадкой и другими формами аллергии слизистой оболочки носа, могут через несколько лет выздороветь. Во многих случаях такие болезни, как ишемическая болезнь сердца, гипертония, хронический бронхит, инсульт, атеросклероз, со временем также протекают легче, чем принято считать. Далеко не все больные умирают от этих заболеваний. Более того, прогрессирующее течение с развитием инвалидности также совсем не обязательно.

Особенности пациента. Каждый больной имеет индивидуальные особенности, по-своему реагирует на болезнь, стрессовые ситуации и другие жизненные обстоятельства. Он испытывает влияние семьи, среды, в которой живет, профессии и целого ряда социальных факторов. Естественно, что каждый больной нуждается в индивидуальном подходе и лечении. Одну и ту же болезнь у различных больных приходится лечить совершенно различными, а подчас и противоположными способами. Только семейный врач, который знает своих больных, наблюдает за ними в течение многих лет и учитывает индивидуальные особенности каждого, способен проводить надлежащее лечение.

Не надо думать, будто существует какой-то особый ключ к излечению большинства заболеваний. В действительности большая часть болезней не имеет специфического лечения. К счастью, многие болезни при поддержке врачом больного со временем проходят сами.

Искусство ведения больного и успех лечения отнюдь не заключаются в неразборчивом поголовном применении новейших и самых активных препаратов или в сверхрадикальном хирургическом лечении. Безопаснее, удобнее, экономичнее и эффективнее всего – осторожно пользоваться апробированными, хорошо изученными методами. Методы эти могут быть старыми или новыми, но всегда должны применяться с учетом индивидуальных особенностей больного для разрешения конкретных проблем.

Каждый домашний врач в процессе работы узнает местные возможности для диагностики болезней, лечения и социального обеспечения больных. Он знакомится со своими коллегами, знает, какие службы здравоохранения могут и должны помочь ему в

лечении его больных. Со временем он становится опытнее и квалифицированнее, что позволяет ему «контролировать» деятельность специалистов, помогающих обслуживать пациентов. Опыт показывает, что лучше всего работать в содружестве с небольшим числом специалистов, уровень квалификации и возможности которых изучены, чем иметь кратковременную и случайную связь с более широким кругом узких специалистов.

В системе первичного звена квалифицированную помощь в состоянии оказать хороший специалист общего профиля (терапевт, хирург, педиатр), и лишь иногда возникает необходимость обращаться к узкому специалисту.

Состояние полного здоровья – это та иллюзорная цель, мираж, который исчезает, как только мы к нему приближаемся. Мы уже говорили, что здоровье определяют как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни». Такое состояние достигается редко и ненадолго.

Многие распространенные болезни неизбежно развиваются, имеют тенденцию к самоограничению, протекают легко или, наоборот, длятся долго и инвалидизируют больного. При этом специфического лечения нет. Но облегчить состояние больного, попытаться создать для него максимальные удобства возможно всегда, и эта задача по-прежнему является первостепенной в современном здравоохранении.

Профилактика болезней – нужная и важная цель муниципального (коммунального) здравоохранения. Но показано, что большего успеха в масштабах общества и здравоохранения города (рабочего поселка, деревни) в целом можно добиться за счет проведения профилактических мероприятий по улучшению среды обитания и условий жизни человека – очистки воды и воздуха, улучшения питания, строительства благоустроенных жилищ, чем за счет простого стремления человека путем самолечения улучшить состояние своего здоровья.

Сегодня не реально надеяться и ждать, что по мере расширения исследовательских работ, увеличения ассигнований на нужды здравоохранения, увеличения числа врачей, медсестер, больниц и лекарств заболеваемость в регионе снизится, а плата за медицинскую помощь и расходы на нее со временем уменьшатся. Этого никогда не случится.

Расходы на медицинскую помощь – это бездонная бочка, поглощающая массу средств. Эту проблему решить невозможно. И если мы, в конце концов, научимся контролировать уровень заболеваемости, связанный с бедностью, социальными проблемами (туберкулез, наркомания, злокачественные новообразования и пр.), то в образовавшийся вакуум потоком хлынут менее тяжелые болезни, на которые раньше вынужденно обращали меньше внимания.

Перед теми, кто планирует, и теми, кто осуществляет идеи на практике всегда стоит неразрешимая проблема: несоответствие желаний жителей региона в расходах на лечение их заболеваний реальным (расчетным) потребностям, а потребностей – реальным финансовым возможностям региона и системы страхования здоровья. Желания пациентов всегда выше потребностей, а те в свою очередь выше возможностей региона и ОМС. Практическая деятельность требует быстрого решения вопроса о том, как наилучшим образом использовать доступные возможности.

Проблема, стоящая перед отраслью здравоохранения, заключается в том, чтобы решить, как лучше использовать имеющиеся возможности. Это решение зависит от мно-

гих факторов и понятий, которые необходимо определить. К ним относится и понимание того, что такое распространенные болезни, которые требуют так много заботы и расходов, как их лечить, с какими результатами, и в какой мере эти результаты совпадают с чаяниями больных, врачей и работников здравоохранения.

Этапность оказания медицинской помощи. Существующая модель управления службой охраны здоровья населения региона продолжает функционировать не достаточно эффективно, особенно страдает оказание первичной медико-санитарной помощи жителям отдаленных районов муниципальных образований. На фоне значительного сокращения коечной сети муниципальных больниц сохранена доступность для горожан стационарного лечения за счет увеличения интенсивности функционирования коечного фонда и уменьшения сроков стационарного лечения. В условиях рационализации (сокращения) действующей сети ЛПУ, важным является сохранение принципов этапности оказания медицинской помощи (рис. 2.5).

Органам управления здравоохранением муниципальных образований региона следует отдавать себе отчет и уметь доказывать руководству муниципальной власти, что дальнейшее «бездумное» сокращение коечного фонда муниципальных ЛПУ региона, чревато нарушением этапности, а так же снижением доступности плановой и экстренной стационарной помощи его жителям.

Плановый процесс сокращения коечного фонда ЛПУ и внедрения стационарозамещающих организационных технологий в амбулаторно-поликлинических учреждениях, который сопровождается перемещением видов и объемов стационарной помощи в амбулаторные условия, идет медленно. Эти взаимосвязанные процессы требуют стабильных, но относительно небольших расходов на подготовку основных фондов муниципальных ЛПУ для новых организационных технологий (например, отделения амбулаторной хирургии, дневные стационары, стационары на дому, отделения реабилитации и хосписы) и профилактических мероприятий, в части расширения контингентов населения города для плановой вакцинации против ряда инфекционных заболеваний (гепатит А и В, краснуха и пр.), увеличение числа школ для больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой и т. п.

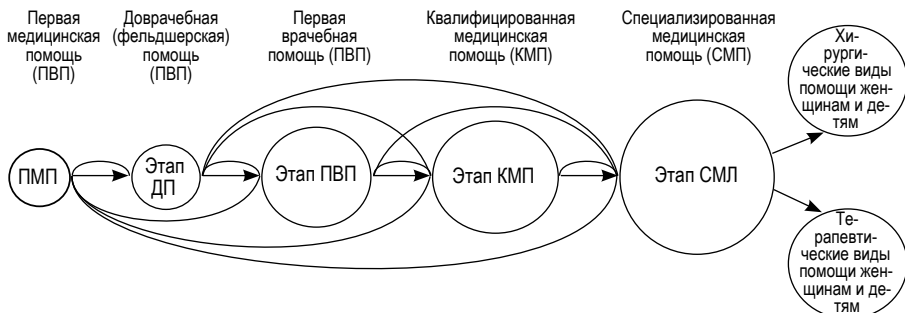


Рис. 2.5. Система этапного лечения в лечебно-профилактических учреждениях

2.3. Пути реализации стратегии дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи населению

Сегодня система здравоохранения России децентрализована, фрагментирована, разрушена. Оно славилось своей вертикалью – разрезали как пирог на три слоя: федеральный, региональный и муниципальный. Еще остается старая структура, но она не имеет функционального наполнения. Любые распоряжения из верхнего уровня – всего лишь ни к чему не обязывающие рекомендации. Усугубилось и без того неблагоприятное состояние муниципальной медицины, создалась ситуация третьесортности последней, социального неравенства, более выраженного финансирования по остаточному принципу. С принятием Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» № 122-ФЗ от 22.08.2004 г. возникло несоответствие между уровнями бюджета муниципальных образований и объемом реализуемых полномочий в сфере здравоохранения. У муниципалитетов остались только полномочия по оказанию первичной медико-санитарной помощи, полномочия по оказанию специализированных методов лечения переданы в субъект РФ. А на муниципальном уровне находятся более 80% амбулаторно-поликлинических учреждений и примерно 65% больниц. На их содержание выделяется только 30% средств. Обязательное медицинское страхование фактически превращено в налог на оказание минимума медицинских услуг, который даже их не покрывает.

К сожалению, амбулаторно-поликлинические учреждения дальневосточного региона за последние годы понесли ощутимые кадровые потери, что резко тормозит внедрение стационарозамещающих технологий. Предполагалось, что в результате проводимых мероприятий внутрисистемного ресурсосбережения высвободятся средства, которые можно направить на стимулирование внедрения стационарозамещающих технологий и реорганизацию поликлиник с внедрением общих (семейных) врачебных практик. Однако действительность показала, что такие ресурсы, тут же используются на «латание дыр» – выплату задерживаемой и заниженной заработной платы, закупку подорожавших в 3–5 раз лекарственных средств и расходных материалов, оплату непомерно выросших тарифов коммунальных и служб энергообеспечения и т. п.

В условиях системного кризиса отрасли здравоохранения Дальнего Востока России важное значение имеет стандартизация структуры, видов и объемов медицинской помощи, технологий и результатов функционирования ЛПУ, причем создаваемые стандарты должны соответствовать реальным финансовым возможностям. Раздел планирования финансовых средств на отрасль здравоохранения и первичную медицинскую помощь населению региона мы связываем с формированием подушных принципов планирования, формирования муниципального заказа на бесплатную медицинскую помощь его жителям.

Исходя из реально сложившихся социально-экономических условий, перед отраслью здравоохранения в целом стоит проблема определения основных направлений развития здравоохранения на период 2010–2014 гг., таким образом, чтобы, выполнив поставленные на этот период задачи, можно было бы приступить к созданию муниципального здравоохранения уровня 2015–2025 года.

В ходе развития отрасли необходимо, безусловно, сохранить все лучшее, что есть в отечественном здравоохранении и оставить главным приоритетом – профилактическое направление. Профилактика болезней это основа эффективного функционирования

ния службы при ограниченных ресурсах. В работу по профилактике болезней должны быть вовлечены не только учреждения здравоохранения, но все жители региона.

Однако одним из серьезных недостатков последних лет была невнятная роль муниципального компонента в здравоохранении. Сегодня сложилась ситуация, когда региональные органы управления здравоохранением, имея соответствующие финансовые возможности, управляют в основном региональными ЛПУ, а муниципалитеты остались один на один с «чрезмерными обязательствами» правительства региона перед населением в области финансирования здравоохранения по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Сложившаяся ситуация особенно остро стоит перед здравоохранением региональных столиц Дальнего Востока. Управления здравоохранением администраций этих муниципалитетов вынуждены во многом рассчитывать на собственные силы, не дожидаясь принятия решений на региональном уровне, брать на себя ответственность за выполнение государственных обязательств в области здравоохранения. Отсутствие системной региональной политики в отрасли здравоохранения в последние годы привело к стихийному формированию модели организации и управления здравоохранением субъекта РФ, со своим пониманием целей и задач реформы, приоритетов в развитии и т. п., что усилило сложившиеся диспропорции в отрасли.

Эти отрицательные черты наиболее тяжело сказались на состоянии муниципально-го здравоохранения и в первую очередь – на первичной медико-санитарной помощи населению. Сегодня первичная медико-санитарная помощь, представленная участковыми врачами выглядит традиционно на уровне 70–80 годов XX века, а переход к модели врача общей (семейной) практики не состоялся и вряд ли состоится в обозримом будущем. Практически все муниципальные образования региона за счет миграции продолжают терять медицинский персонал. В результате, сегодня уже нельзя говорить о равной доступности населения разных муниципальных образований региона к базовому объему медицинской помощи.

Мировой опыт развития медицины с высокой степенью достоверности доказывает, что при осуществлении медицинской помощи имеет место как оказание ее врачами-универсалами, так и врачами-специалистами узкого профиля. В стоматологии обсуждение проблемы создания, внедрения и развития общей (семейной) практики было начато достаточно давно (Т.В. Бородина, 1994; В.К. Леонтьев, Т.В. Бородина, 1995; Ю.Л. Образцов, 1996). Однако до сих пор значительная часть из них остается нерешенной. В стоматологии, как ни в каком другом разделе медицины, в системе стоматологической помощи утвердились принципы оказания узкоспециализированной помощи при первом обращении пациента к стоматологу. И это, несмотря на то, что заболевания, по поводу которых население обращается за помощью, относятся к весьма важной области организма человека – челюстно-лицевой области. Это положение облегчает решение проблемы развития в стоматологии общей (семейной) практики при проведении ее стоматологами-универсалами.

Главной стратегической целью дальнейшего развития отрасли здравоохранения региона по нашему мнению, должны являться меры по обеспечению реальной доступности качественной медицинской помощи для его жителей. Для достижения этой цели необходимо было реализовать несколько задач в среднесрочной и долгосрочной перспективе:

- сбалансировать государственные гарантии обеспечения населения региона медицинской помощью с финансовыми возможностями муниципального образования;
- создать механизм устойчивого и прозрачного финансирования ЛПУ за счет разных источников;
- внедрить механизмы финансового планирования и механизмы оплаты медицинской помощи, стимулирующие рост эффективности использования ресурсов ЛПУ.
- В целях повышения управляемости системы здравоохранения муниципального образования необходимо продолжить работу по совершенствованию планирования здравоохранения, основанного на формировании Территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения региона бесплатной медицинской помощью не сверху, как проводилось в предыдущие годы, а снизу, т. е. отталкиваясь от муниципальных заказов на здравоохранение.
- Ключевой задачей планирования должны стать определение целевых показателей эффективности расходования резервов, проведение сравнительного анализа между полученными медицинскими результатами деятельности различных ЛПУ и размерами финансовых затрат, использованных для достижения этих результатов.
- Необходимо расширять самостоятельность муниципальных ЛПУ, чтобы они не только содержались за счет бюджета и средств ОМС, но и активно использовать внебюджетные источники финансирования, а так же могли самостоятельно решать медицинские и хозяйственные вопросы, получая финансирование, исходя из объемов оказанной медицинской помощи населению города.
- Учитывая, что в предыдущие годы стратегия управления здравоохранением шла путем структурных изменений (сокращение числа коек, врачей и т. п.) и реальных успехов не принесла, необходимо осуществить переход управления на основе активного внедрения современных информационных и организационных технологий, соответствующих формированию оптимальной структурно-функциональной модели ЛПУ отрасли здравоохранения.

Следует отметить, что ничего этого за последние 10 лет сделано не было. В то же время проблема оптимизации жизни и здоровья жителей региона в современных условиях социальной и экономической неустойчивости требует пристального внимания и неотложного решения, поскольку ему предстоит реализовывать такие важные социальные функции общества, как профессионально-трудова, репродуктивная, интеллектуальная и нравственная. В связи с этим требуется государственная поддержка отрасли в оптимальном варианте, когда при минимальных затратах, достигается максимальный результат. Это возможно только в условиях использования медико-экономического моделирования, основанного на системном анализе.

На пути к моделированию коммунального здравоохранения. На основе аналогов и сравнения можно было предвидеть основные изменения, которые произойдут в численности и структуре населения под влиянием экономических и социальных факторов, но очень трудно было предвидеть изменения в заболеваемости отдельных групп населения в отдельных муниципальных образованиях. Все это обуславливает динамический и непрерывный характер прогнозирования и планирования отрасли здравоохранения, когда на основе новых данных систематически должны уточняться прогнозы и производиться корректировка планов.

Органическое включение методологии прогнозирования в методологию долгосрочного планирования отрасли здравоохранения, основанной на потребности населения в медицинской помощи, должно представлять собой перспективную задачу муниципального здравоохранения сегодняшнего дня.

По нашему мнению, перспективную модель отрасли следует рассматривать в виде трех составляющих – структурной, процессуальной, результирующей, которые находятся в сложной взаимосвязи друг с другом, а так же с медико-демографическими, социальными, экономическими и другими процессами.

Эта модель несет в себе как количественные характеристики в виде абсолютных и относительных показателей структуры и результатов деятельности отрасли, так и описательные характеристики организационных и медицинских технологий, что позволяет в той или иной мере рассчитать нормативные показатели по многим параметрам модели. Величина уровня и характера медицинской помощи женщинам и детям выраженная в абсолютных и относительных показателях отражает и количественную и качественную характеристику этих уровней.

Таким образом, формирование будущей модели отрасли здравоохранения основывается на семейном подходе, демографических тенденциях, приоритетах медицинского обслуживания, географическом и экономическом положении, транспортных связях, перспективе подготовки медицинских кадров, фактическом положении основных фондов медицинских учреждений и материально-техническом обеспечении, потребности в медицинской помощи и перспективах обеспечения финансовыми ресурсами. Важнейшим компонентом реформы здравоохранения является преобразование звена первичной медико-санитарной помощи. Оно должно стать ядром всей системы здравоохранения.

Существующая организация системы первичной помощи не предоставляет участковому врачу (равно как и другим специалистам) экономической мотивации к расширению диапазона своей деятельности, к повышению профессионального уровня и интенсификации труда, к сохранению здоровья обслуживаемого им населения и к использованию ресурсосберегающих медицинских технологий. Отсюда остается высоким уровень госпитализации населения, высокий уровень обращаемости населения на подстанции скорой медицинской помощи, большое количество посещений пациентов к врачам специалистам и т. п.

Введение обязательного медицинского страхования предоставило пациенту право выбора, как поликлиники, так и врача. Но это право во многом останется не более чем декларацией, если не будет механизма экономического стимулирования для приема «чужих» пациентов, т. е. пациентов из-за пределов своего участка, своей поликлиники, своего муниципального образования.

Изменение на отдельных территориях РФ методов финансирования первичной медико-санитарной помощи на подушный принцип с частичным фондодержанием под выполнение моделей конечных результатов деятельности сразу же вывело из поля финансирования неэффективно работающие поликлиники и заставило их бороться за рынок видов и объемов медицинской помощи населению, внедряя новые организационные технологии (дневные стационары, медико-социальные центры, центры амбулаторной хирургии, стационары на дому и т. п.).

Необходимо отметить, что оплата врача общей практики во многих субъектах РФ претерпела изменения. В частности в Самарской области (в отличие от территорий

Дальнего Востока) еще в 2004–2005 гг. оплата труда семейного врача достигла уровня 15–50 тыс. руб. в месяц при условии выполнения последним договорных обязательств. Следует указать, что в связи с изменением системы оплаты работы семейных врачей в рамках реализации приоритетного национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» здравоохранение Самарской области не «разорилось», а наоборот занимает, как и прежде, передовые позиции в России. Солидное повышение заработной платы в рамках реализации приоритетного национального проекта только усилило разрыв уровня оплаты труда специалистов ПМСП регионов доноров (Тюменская, Московская, Ленинградская обл., Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий АО и др.) и экономически депрессивных территорий Дальнего Востока России.

Поучительным примером реорганизации ПМСП в относительно коротком временном промежутке показала республика в составе бывшего СССР – Эстония и т. н. «Восточные земли» (бывшая ГДР) в составе Германии. В самом начале реорганизации эстонский врач общей практики получал месячное вознаграждение (при выполнении условий контракта) в размере 509 USD или в пересчете – 6 118 эстонских крон, что составляло около 15 тыс. руб³³. Начиная с 1991 года медицинский факультет Тартусского университета предлагал двухлетний курс переподготовки по семейной медицине для врачей стационаров и участковых врачей. В марте 1998 года 351 врач закончил этот курс. Еще 275 врачей, в последующие годы обучались на курсах переподготовки. Сегодня в выше указанных странах система первичной медико-санитарной помощи выглядит стабильной, а ее основу составляют врачи общей (семейной) практики.

Этот нелегкий путь в ближайшей перспективе, по-видимому придется пройти системе здравоохранения территорий Дальнего Востока³⁴. Необходимо подчеркнуть, что внедрение нового принципа финансирования не изживает многих отрицательных моментов в деятельности территориальных поликлиник. Введение нового метода финансирования поликлиник по подушному принципу – первый этап на пути реорганизации деятельности первичного звена здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь, являясь центральным звеном всей системы здравоохранения, будучи наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом медицинской помощи населению региона, требует постоянного развития с учетом меняющихся социальных и экономических факторов жизнедеятельности общества.

Достоинствами финансирования ПМСП по подушному принципу являются:

- прекращение наращивания числа посещений за счет снижения необоснованных визитов пациентов;
- заинтересованность медицинских работников амбулаторного звена в улучшении здоровья пациентов, т. к. чем меньше будут болеть пациенты, тем больше у врачей останется средств. Отсюда заинтересованность в профилактике, раннем выявлении заболеваний;

³³ Йессе М. Изменения в системе здравоохранения Эстонии (1992–1999 годы) Эстония. Таллинн ЕЕ0001. Лембиту 12. Тел: 372–6 208 430. Факс: 372–6 208 449. e-mail: info@csf. ee web-site: www. csf. ee

³⁴ Эстония самое малочисленное государство из трех балтийских республик, расположенных на восточном побережье Балтийского моря и занимающее примерно 45 214 квадратных километров. Население Эстонии составляет 1 млн. 475 тыс. человек, из которых более двух третей проживает в городских районах (73%). С 1989 года население Эстонии сократилось примерно на 100 000 человек, главным образом, за счет миграции российских граждан (прим. авторов).

- *заинтересованность ПМСП в рациональном расходовании финансовых средств на всех этапах оказания медицинской помощи;*
- *расходы на оплату амбулаторной помощи у страховщиков предсказуемы и минимальны.*

Большой проблемой (скорее всего – основной) является слабое развитие (отсутствие) внутреннего хозяйственного механизма муниципальных поликлиник региона, который должен создавать для их работников экономические стимулы повышения эффективности работы и рационального использования всех видов ресурсов.

Цель внедрения подушного метода финансирования – улучшение качества амбулаторно-поликлинической помощи и экономическая эффективность за счет:

- *снижения необоснованного «вала» посещений;*
- *снижение уровня госпитализаций в круглосуточные стационары;*
- *развитие внебольничных видов помощи;*
- *улучшение профилактической работы.*

Подушный принцип финансирования должен применяться только для ПМСП территориальных поликлиник. Для консультативных и стоматологических поликлиник, где отсутствуют врачи общей (семейной) практики следует применять другие методы оплаты (балльная, гонорарная, за законченный случай консультации и лечения и т. п.). Проведение эксперимента по оплате деятельности поликлиники по подушному принципу финансирования возможно после осуществления значительного перечня подготовительных мероприятий.

Сегодня необходимо побудить стационары, во-первых, объективно оценивать направления поликлиник, отказываясь от случаев, не требующих госпитализации, во-вторых, создавать стационарозамещающие формы медицинской помощи (дневные стационары, амбулаторную хирургию и т. д.), в-третьих, искать формы кооперации с врачами поликлиник, возможно, даже создавать собственные отделения амбулаторного приема больницам (там, где их сегодня нет). Иными словами, финансирующая сторона меняет приоритеты финансирования, ужесточая требования к стационарам в отношении обоснованности госпитализаций и тем самым побуждает их поиску внутрисистемных резервов (на «стыке» стационар-поликлиника).

Анализ муниципальных заказов на оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий показывает, что при их формировании и экономическом обосновании не учитывается ряд факторов.

- *При расчете муниципального заказа не учитывается низкая плотность населения в отдельных районах региона.*
- *Региональный индекс удорожания стоимости медицинских услуг должен учитывать износ основных фондов (зданий и оборудования) здравоохранения, износ медицинского оборудования, износ автотранспорта, особенности привлечения и закрепления медицинских работников (работа по контрактам), рост тарифов на коммунальные услуги в условиях региона и т. п.*

Один из выводов, который можно извлечь из анализа различных моделей формирования приоритетов развития отрасли на современном этапе заключается в том, что каждое муниципальное образование должно найти свою собственную модель, учитывающую специфику обстоятельств социально-экономического развития, народонаселения, транспортных связей и структурных диспропорций в системе здравоохранения. Что ка-

сается отправной точки, то, как можно увидеть из имеющейся статистики здоровья населения региона. Уровень здоровья в абсолютном выражении, а также по сравнению с другими городами и территориями России не выдерживает критики с точки зрения соотношения рождаемости и смертности, уровня заболеваемости, смертности от различных причин (травмы и отравления, сердечно-сосудистая патология, онкологические болезни и т. п.), инвалидизации населения Дальнего Востока России.

При выборе в качестве приоритета восстановления престижа и дальнейшего развития амбулаторно-поликлинической помощи населению региона, руководителям отрасли необходимо сделать несколько тактических шагов.

Первый шаг в восстановлении престижа поликлиник следует сделать в ближайшее время. Содержание этого шага будет заключаться в том, что следует разделить стационары от территориальных поликлиник, как в правовом, так и финансовом плане, поскольку конечные цели работы этих подразделений муниципальной системы здравоохранения разные. Этим шагом будет создано начало конкурентной борьбы за больного (застрахованного пациента) между стационарами и поликлиниками.

Вторым шагом управленческих структур должна стать подготовка и реализация новой системы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи населению, основанной на принципах подушного нормирования финансовых ресурсов для оплаты работы учреждений ПМСП с частичным фондодержанием и формированием особых тарифов на стационарозамещающие технологии. Это станет отправной точкой внедрения в поликлиниках новых для отрасли здравоохранения г. Хабаровска технологий оказания медицинской помощи.

Третьим шагом должна стать работа по организации и совершенствованию функционирования дневных стационаров, амбулаторных хирургических центров (отделений), стационаров на дому в поликлиниках краевого центра. Необходимо решать вопросы по приближению первичной медико-санитарной помощи к пациенту, перемещая кабинеты участковых врачей в микрорайоны, где проживало закрепленные за ними население, начинать организацию офисов врачей общей (семейной) практики в жилых микрорайонах и т. п. Работа стационарозамещающего сектора в поликлиниках должна поддерживаться системой тарифов. Как ни странно, но страховщики в регионе сегодня охотнее оплачивают лечение заболеваний, чем их профилактику, охотнее оплачивают медицинскую помощь в стационарах, чем в условиях поликлиник и общих врачебных практик.

Четвертым шагом должно стать создание общих врачебных практик. Причем, что касается общих врачебных практик в территориальных поликлиниках, то их работа полностью зависит от системы оплаты. В конкретных условиях территорий дальневосточного региона -это система оплаты по подушному принципу с частичным фондодержанием, в сочетании со свободным выбором врача застрахованным пациентом, и определенным уровнем финансовой самостоятельности врача общей практики. Опыт работы общих врачебных практик в России показывает, что тип системы компенсации услуг оказывает неизбежное влияние на доход врачей общей практики, и в результате этого, оказывает несомненное влияние на их статус и удовлетворение, получаемое от работы.

Другая сторона вопроса – это статус врача общей практики на Дальнем Востоке. Мы согласны с мнением идеолога семейной медицины в России, академиком РАМН, Иго-

рем Николаевичем Денисовым, что семейный врач должен быть у каждого человека, независимо от его социального статуса. И престиж первичной медико-санитарной помощи надо поднимать не только финансовыми вливаниями в службу, изменениями структуры и т. п., а и признанием того, что не кардиохирургические, онкологические и прочие центры являются основой здравоохранения, а ПМСП со всеми ее организационными технологиями (старыми и новыми) является основным системообразующим фактором будущего здравоохранения региона.

Еще более ненадежным представляется жизнеспособность переноса «западных» моделей общих врачебных практик в ЛПУ Дальнего Востока России, ввиду целого ряда причин, в первую очередь разных уровней ресурсного (прежде всего финансового) их обеспечения и инерционности традиционной модели организации медицинской помощи населению муниципального образования. Кроме того, не стоит недооценивать и ментальность населения, привыкшего к определенным механизмам получения медицинской помощи.

Таким образом, для отрасли здравоохранения необходима разработка оригинальных моделей ПМСП и структурно-организационных стандартов медицинских учреждений для предоставления медико-социальных услуг жителям в первую очередь отдаленных и сельских районов региона. Построение этих моделей должно базироваться как на исторически сложившихся особенностях территории (модели расселения, инфраструктура, географическое и социально-экономическое положение и т. д.), так и на стратегических направлениях реформы отрасли здравоохранения.

В ближайшие годы в рамках стратегии эффективного финансирования программы государственных гарантий органам управления здравоохранением совместно с Территориальными фондами ОМС необходимо добиться планирования и выполнения соотношения финансирования стационарного и амбулаторно-поликлинического сектора медицинских услуг 50% на 50% от всего объема финансовых ресурсов отрасли. Для ускорения достижения этого соотношения необходимо внедрить подушный метод оплаты амбулаторной помощи с частичным фондодержанием. Главным тормозом реализации технологий профилактики является устаревшая система оплаты оказываемой ПМСП населению региона.

Создание и этапное внедрение новой организационной модели здравоохранения

Суть предлагаемой базовой модели здравоохранения региона сводится к реформированию существующей сети ЛПУ, предусматривающему:

- создание разноуровневой системы медицинской службы с четким функциональным предназначением и ресурсным обеспечением учреждений каждого уровня;
- оптимизацию первичной медико-санитарной помощи;
- развитие внебольничной и полустационарной медицинской помощи;
- уменьшение потребности в стационарной медицинской помощи:
 - а) интенсификацию стационарной медицинской помощи;
 - б) дальнейшее совершенствование специализированной медицинской помощи;
 - в) рациональное использование ресурсов отрасли;

Ведущий принцип базовой модели: медицинское обеспечение пациента в амбулаторно-поликлинической сети, на дому, в диагностическом центре, специализиро-

ванном диспансере, в полустационаре, стационаре и в санатории – это единый комплексный лечебно-профилактический процесс, в котором каждое технологическое звено имеет свои функции, исключая дублирование на других уровнях здравоохранения, и пределы, ограниченные функциональным предназначением и экономической сообразностью.

При этом все сведения о состоянии здоровья конкретного жителя муниципального образования и его медицинском обслуживании аккумулируются в одном месте – на первом уровне первичной медико-санитарной помощи территории проживания.

Уровень микрорайона

Участковый комплекс первичной медико-санитарной помощи или амбулатория семейного врача, амбулатория врача общей практики.

Функции

- *Осуществление мероприятий по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний.*
- *Оказание основного объема общепрофильной врачебной и сестринской медицинской помощи прикрепленному населению как на приеме, так и на дому.*
- *Диспансерная работа установленного объема.*
- *Направление больных в базовую поликлинику, на госпитализацию, вызов консультантов;*
- *Проведение простейших диагностических исследований установленного объема с использованием портативных и экспрессных диагностических средств.*
- *Экспертиза временной нетрудоспособности, направление во ВТЭК.*
- *Ведение медицинской документации.*
- *Полная осведомленность о динамике состояния здоровья прикрепленного населения.*
- *Активный патронаж.*

Объем обслуживания. До 5 тысяч взрослого и детского населения. Радиус обслуживаемой территории – микрорайон не более 5–7 км. транспортная доступность.

Кадры. Семейный врач или врач общей практики, средний или младший медицинский персонал. Регистратор.

Взаимоотношения учреждений 1 уровня с другими звеньями муниципальной системы здравоохранения должны регулироваться договорными отношениями.

Уровень городского района

Базовые территориальные поликлиники, учреждения восстановительного лечения, сестринского ухода.

Функции

- *Обеспечение первичной диагностики с использованием минимально достаточного набора лабораторно-инструментальных исследований.*
- *Оказание специализированной медицинской помощи по направлению врачей учреждений 1 уровня по основным специальностям (хирург, офтальмолог, отоларинголог, невропатолог).*
- *Принятие решения о варианте организации дальнейшей медицинской помощи.*
- *Экспертиза нетрудоспособности.*
- *Диспансерная работа установленного объема.*

Объем обслуживания. До 50 тысяч прикрепленного населения (т. е. в среднем 8–10 амбулаторий).

Кадры. *Медицинские специалисты по основным профилям, средний и младший медицинский персонал в соответствии со штатами, установленными муниципальными управлениями здравоохранения для ежедневного двухсменного обслуживания прикрепленного населения.*

Базовые поликлиники организуются на базе функционирующих поликлиник муниципального подчинения. Мощные, хорошо оснащенные и обеспеченные профильными кадрами поликлиники с течением времени могут преобразоваться в городские и межрайонные консультационно-диагностические центры.

Уровень городского округа

Окружные больницы (стационары), консультативные поликлиники и станции скорой медицинской помощи.

Функции

- *Осуществление специализированной клинко-диагностической медицинской помощи с использованием современных технологий и высокоинформативного оборудования по направлениям врачей общей практики и учреждений районного уровня.*

На каждом из 3 представленных уровней организации и оказания медицинской помощи муниципального образования могут приниматься решения о характере дальнейшего лечебно-диагностического процесса: амбулаторное, полустационарное, стационарное, восстановительное, санаторно-курортное лечение и медико-социальная помощь.

Следует подчеркнуть, что в создаваемой модели значительное место следует отвести активному развитию различных организационных форм полустационарной медицинской помощи (стационар на дому, стационар одного дня, дневной стационар и пр.), а так же совершенствованию стационарной помощи. Имеется в виду интенсификация лечебного процесса, перепрофилирование больниц (отделений) для краткосрочного и долгосрочного пребывания, сокращение незагруженных отделений больными (с учетом задания на ЧС и сезонной загруженности). Необходимо привести согласование с региональными органами управления здравоохранением по специализированной медицинской помощи жителям муниципальных образований в региональных ЛПУ, а кроме того привести в соответствие с потребностью жителей городов и районов безотказное медицинское обеспечение по видам узкоспециализированной помощи, в частности, по сочетанной травме, нейрохирургии, трансфузиологии, эндопротезированию суставов, сосудов и т. п.

Очевидно, что внедрение новой организационной структуры медицинской службы города не может быть осуществлено в кратчайшие сроки и одномоментно. Реализация тактических задач предполагает этапные разработки по вилам медицинской помощи и по территориальному (муниципальному) принципу.

На начальном этапе следует создать и апробировать экспериментальные модели организации первичной медико-санитарной помощи муниципального образования и организовать специализированную медицинскую помощь одного вида по установленным медицинским стандартам. Первоочередными задачами при этом являются:

- а) распределение медицинских учреждений по уровням с четко установленными функциональным предназначением, объемами медицинских услуг, ресурсами;

- б) создание общерегиональных технологий (лечебно-диагностических алгоритмов) по видам медицинской помощи, т. е. стандартизация медицинского обслуживания в разноуровневой системе;
- в) оценка потребности населения в видах медицинской помощи;
- г) расчет рациональной сети медицинских учреждений и ее территориального размещения для удовлетворения имеющихся потребности.

Укрепление экономики здравоохранения территории

А. Планирование и финансирование:

- *Введение механизма строгого учета всех потоков поступающих в муниципальное здравоохранение финансовых средств и контроля за их распределением и расходованием в соответствии с функциональным предназначением учреждений.*
- *Отработка порядка финансирования федеральных, ведомственных и региональных учреждений, работающих по территориальной программе госгарантий в рамках муниципального заказа на оказание бесплатной медицинской помощи жителям г. Хабаровска.*
- *Финансирование муниципальных ЛПУ в строгом соответствии со стандартами объема и качества оказываемой медицинской помощи.*

Б. Механизмы сдерживания расходов на медицинскую помощь:

- *Регулирование закупок дорогостоящих новых технологий с устранением беспорядочного приобретения на основе установленных нормативов ресурсообеспеченности.*
- *Разработка унифицированных ресурсосберегающих технологий с учетом многоуровневой медицинской помощи и контроль их внедрения в соответствии со стандартами.*
- *Перераспределение имеющейся техники в соответствии с функциональным регламентом медицинских учреждений.*
- *Развитие экономически выгодных форм организации медицинской помощи.*
- *Рациональное использование коечного фонда (перепрофилирование отделений, сокращение койко-дня, создание стационаров на дому, однодневных и дневных стационаров).*
- *Развитие мер по ограничению роста стоимости медикаментов, регулированию торговых надбавок, установлению твердых цен на жизненнонеобходимые лекарства;*
- *Создание информационно-аналитической системы лекарственного обеспечения.*
- *Контроль за выполнением мероприятий развития лечебной и хозяйственной деятельности ЛПУ.*
- *Создание медицинской инспекции.*
- *Создание системы премирования, поощрения и награждения врачей ЛПУ за качественные показатели в работе, выслугу лет, стаж работы, и стаж работы на одном месте.*
- *Маркетинговые исследования, устанавливающие возможности рынка в отношении качества и стоимости оборудования.*

Решение тактических задач по развитию отрасли здравоохранения в определенной мере поддерживается изменением системы планирования отрасли здравоохранения

ния на муниципальном уровне. С 1998 года планирование в отрасли здравоохранения изменилось, произошел переход от сетевого планирования на планирование видов и объемов медицинской помощи по территориальным программам государственных гарантий обеспечения жителей субъектов РФ бесплатной медицинской помощью. В этой связи для здравоохранения региона все более важное значение приобретает формирование параметров муниципального заказа на бесплатную медицинскую помощь жителям в учреждениях любой формы собственности. Администрация территорий, утверждая параметры муниципального заказа, выступает в роли заказчика, что ставит перед органами управления здравоохранением новые задачи по размещению видов и объемов медицинской помощи жителям в различных ЛПУ.

Относительно высоко оплачиваемые теперь должности участковых врачей стали нередко заполняться узкими специалистами: хирургами, районными онкологами, аллергологами, инфекционистами, заведующими различными отделениями, школьными врачами, врачами пенсионного возраста, прочими специалистами, «повысившими квалификацию» в рамках подготовки врачей общей практики. Резкое увеличение зарплаты работникам первичного звена повлекло, по мнению академика М.И. Давыдова, снижение числа кадров в специализированных медицинских службах.

Впрочем, сегодня назвать идею универсальной медицины новаторской для Дальнего Востока трудно. Внедрение института врачей общей практики началось еще в 2001 году, когда один за другим в территориях региона начали открываться первые врачебные офисы. Плацдармами для испытаний стали особо удаленные от регионально-центра поселения, ведь именно в таких районах участковому врачу приходится особенно трудно.

Что же относительно стоматологии, то еще в XIX веке, на заре ее становления как медицинской дисциплины, профессиональный и социальный статус стоматолога являлся предметом многочисленных дискуссий и неисчерпаемым источником огорчений для людей, посвятивших свою жизнь борьбе с болезнями зубов. С тех пор минуло более 1,5 столетий, отгремели научно-технические и социальные революции, но ситуация изменилась мало. Да, стоматология наконец-то признана наукой и формально уравнена в правах с остальной медициной. Однако хорошего стоматолога все, кроме его коллег, по-прежнему считают в лучшем случае хорошим ремесленником, а отнюдь не полноценным врачом.

О порочности такого положения вещей много говорят последнее время. И действительно после обучения в течение пяти лет (затем интернатура, ординатура, а то и аспирантура) врач-стоматолог пломбирует кариозные полости, обрабатывает зубы под коронки или снимает зубные отложения и все!?! А ведь именно на такого рода манипуляции основная масса стоматологов тратит львиную долю своего времени, сил и здоровья. Последствия такого подхода очевидны: занимаясь преимущественно ремесленной работой, такой врач вынуждено становится ремесленником, в лучшем случае – ремесленником с «врачебным оттенком», т. е. выполняет работу зубных фельдшеров – несомненно, необходимую и полезную, но явно находящуюся за рамками функциональных обязанностей врача.

Основная причина возникновения этого явления кроется, по нашему мнению, в том, что структурирование стоматологии, как специальности пошло не по уровням оказания помощи, как в других специальностях. Вместо того чтобы сформировать уровни стома-

тологической помощи и привести с ними в соответствие стоматологические специальности, была сформирована горизонтальная специализация – терапия, хирургия, ортопедия. Нельзя сказать, что эта схема работала везде, в коммерческом секторе всегда существовали малые стоматологические предприятия, специалисты в которых и компенсировали потребность стоматологического рынка в услугах врачей-стоматологов общей практики.

Следовательно в соответствии с требованиями Болонского процесса целью профессиональной подготовки специалистов в высшей школе должно стать формирование стоматолога, который в состоянии профессионально адаптироваться в меняющемся мире, поскольку в основании «пирамиды» производства стоматологических услуг, т. е. на первичном уровне должен стоять врач-стоматолог общей (семейной) практики.

Сегодня непрерывная подготовка стоматологов для многоуровневой системы недостаточно совершенна, так как упускается важная особенность стоматологической специальности – отработка мануальных навыков в виде наличия стандартно обеспеченного фантомного курса. Стоматологические факультеты должны быть обеспечены унифицированными, качественными многофункциональными импортными фантомами для отработки техники анестезии, эндодонтического лечения, удаления, преларирования, пломбирования твердых тканей зубов, снятия оттисков, пародонтологических и зубосохраняющих операций, проведения шинирования челюстных костей, гигиены рта, аксиографии, радиовизиографии, диагностики особенностей окклюзии и многого другого. При этом должны быть изменены нормы соотношения «преподаватель-студент», согласно которому на одного преподавателя должно приходиться не более пяти студентов.

Другим важным аспектом подготовки врача-стоматолога общей практики является подбор, тщательное изучение и самостоятельная работа с тем стандартным набором оборудования, материалов, инструментов, лекарств с которыми студенту придется иметь дело в университетской клинике в рамках программы обучения. Поэтому унификация и стандартизация оснащения, обеспечения, снабжения рабочего (учебного) места для будущего врача-стоматолога общей практики должна играть очень важную роль, хотя бы для того, чтобы придя на рабочее место после завершения образования ему не пришлось осваивать заново незнакомое оборудование и технологии производства услуг. К сожалению, мероприятия приоритетного национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» по унификации и стандартизации оснащения рабочих мест участковых врачей и врачей общей практики не были распространены на рабочие места врачей-стоматологов общей практики.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте первичную медико-санитарную помощь населению.
2. Объясните составные части модели производства услуг в условиях реализации технологии врача общей (семейной) практики.
3. Дайте характеристику региональных предпосылок для реализации технологии врача общей (семейной) практики.
4. Дайте характеристику распространенным болезням.
5. Перечислите методические подходы к организации диагностики и лечения распространенных заболеваний в условиях коммунальной медицины.

6. Обозначьте место и роль участкового (семейного) врача в современной медицине.
7. Охарактеризуйте состояние «полного здоровья».
8. Какова возможная стратегия развития первичной медико-санитарной помощи в условиях рынка?
9. Опишите подушные принципы планирования и финансирования оказания медицинской помощи населению.
10. Каковы основные проблемы медленного внедрения новых организационных технологий в региональную систему здравоохранения первичного уровня?

ГЛАВА 3

Принципы планирования и организационные технологии ЛПУ стоматологического профиля первичного уровня

Организация оказания стоматологической помощи существенно различается в разных странах — от полностью негосударственной системы до системы ЛПУ стоматологического профиля, организованной исключительно государством. С политикой и деятельностью правительств в разной степени связана и личная инициатива врача, что ещё более разнообразит способы оказания стоматологической помощи. Бесспорно, идеальным в этой области является предоставление самой современной стоматологической помощи с полным соблюдением прав, как врача-стоматолога, так и пациента.

Опыт экономически развитых стран показывает, что, несмотря на высокие объемы финансирования стоматологической помощи и рост уровня внедрения современных технологий диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, проблема распространения и тяжести поражения зубочелюстной системы остается актуальной. Причем основным учреждением стоматологических служб этих стран являются относительно небольшие стоматологические кабинеты и клиники первичного уровня, а основной фигурой, реализующей технологии ранней диагностики, лечения и профилактики является семейный врач-стоматолог. Ими производится более 85% всех видов и объемов стоматологических услуг населению. Наиболее типичными представителями экономически развитых стран на американском континенте является США, а на европейском — Германия.

В историческом аспекте стоматологическая служба США за последние 50–80 лет от «технической» специальности («technical trade») перешла в разряд научной медицинской отрасли, требующей высокого уровня расходов на строительство лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля и подготовку специалистов. Вполне естественно, что на одно из первых мест в управлении стоматологической помощью вышло стратегическое планирование работы структурных компонентов службы (основные производственные фонды и ресурсы). Такое планирование базировалось на основании прогнозов уровней стоматологической заболеваемости населения, что обуславливало принятие управленческих решений по реализации современных организационных и медицинских технологий.

Именно в середине XX века в США федеральным правительством было выделено 250 млн. долларов на строительство новых стоматологических учебных заведений. Однако, к концу XX столетия весьма остро стал вопрос о перепроизводстве специалистов стоматологического профиля, на что в значительной степени повлияла ориентация значительной части специалистов на профилактику стоматологических заболеваний. По решению Американского Конгресса в 1948 году был создан Национальный институт стоматологических исследований (National Institute of Dental Research), который стал проводником координации научных работников и практикующих стоматологов с органами власти на местах, с работниками образования, с общественными организациями и т. п. Результатом планирования и реализации диагностических, лечебных и профилактических мероприятий стала следующая ситуация:

В 1965 году в США в среднем каждый житель нуждался в пломбировании 2,9 зуба в связи с кариесом (без учета ранее наложенных пломб и проведенных удалений), при этом пик нуждаемости приходился на самый перспективный возраст: от 15 до 24 лет – по 4,2 пломбы. За стоматологической помощью за указанный год обращалось 47% жителей страны. Их затраты на получение стоматологической помощи составили 1224 млн. долларов. В этой связи следует отметить, что в США в структуре стандартного рациона к середине 60-х годов сахара стала составлять более 47% от всех видов «сахаров», употребляемых населением страны в пищу. По данным на 1997 год, когда была обследована репрезентативная группа детей в возрасте от 5 до 15 лет, было сделано заключение, что 60% из них относятся к группе умеренного риска по кариесу; у 27% – отмечена слабая степень риска и только у 13% – высокая степень риска (Saemundsson S.R. et al., 1997).

Доля лиц в структуре работающего населения, обращающихся за стоматологической помощью в течение каждого года (конец 80-х, начало 90-х годов) составляла 60%. Примечательно, что в 90-е годы 10% доходов врачей стоматологического профиля составляли средства, полученные от проведения косметических манипуляций на зубах, не пораженных кариесом. Кроме того выявлено, что к концу 90-х годов более 45% американцев в возрасте 65 лет и старше имели полную вторичную адентию хотя бы на одной челюсти. Поскольку в США в начале XXI века сохраняются тенденции старения населения, то прогнозируется рост затрат рабочего времени врачей-стоматологов на оказание помощи старшим возрастным группам населения. В частности, если в 1972 году требовалось 21,6 млн. часов, то в 1990 году рост затрат рабочего времени увеличился до 33 млн. час, а прогноз на 2030 год предполагает затраты уже на уровне 35 млн. рабочих часов. Отмечается, что если в 1972 году так называемые группа риска по числу зубов, нуждающихся в лечении, составляла 2,8 млрд. зубов, то в 2030 году их число составит уже 5 млрд. (Dugoni A.A., 1991).

Главный хирург США D. Satcher сказал, что в течение последних 50 лет значительно улучшилось стоматологическое здоровье среднестатистического американца. В этой связи они в праве ожидать, что большинство нынешних лиц среднего и молодого возраста сумеют сохранить свои зубы на протяжении всей жизни. Однако, при этом он считает, что перспективы улучшения стоматологической помощи и снижения числа заболеваний зубочелюстной системы в семьях с низкими доходами невелики. В частности, показатели числа запломбированных зубов среди «белых» американцев в два раза выше, чем среди «цветных» при равных показателях заболеваемости. Одна треть детей в возрасте от 2 до 9 лет из семей с низкими доходами имеет не леченные зубы, при этом, только каждый пятый из них имеет возможность посетить врача с профилактической целью с учетом страховки по программе «Medicaid», в связи с чем к 2010 году планируется начать реализацию государственной программы «Healthy People 2010» с целью включения низкодоходных групп населения в страхование стоматологического здоровья и расширения доступности стоматологических услуг³⁵.

Стоматологическая помощь населению Германии отражает европейские достижения в сохранении и умножении стоматологического здоровья населения. В то же время,

³⁵ First-ever Surgeon General reports on oral health finds profound disparities in National population/ – HHS News. – U. S. Department of Health and Human Services, Thursday, May 25, 2000. – 2 p.

несмотря на очень высокий уровень социальной защиты здоровья населения, включая стоматологическую помощь, в стране отсутствует государственная программа профилактики основных стоматологических заболеваний. В частности, проблема распространенности кариеса сохраняется для детей, относящихся к социально-демографическим группам с низким социальным статусом. В настоящее время в ФРГ приостановлено функционирование системы централизованного фторирования воды, хотя Германия первой из европейских стран стала осуществлять данное мероприятие на государственном уровне. В частности в стране фторирование воды производилось с 1952 года.

В последние десятилетия основной упор в профилактике кариеса делается на распределение среди населения фторсодержащих таблеток, местное применение фторида, гигиену рта и рациональное питание (Костлан Я., 1982). Несмотря на это в результате специальных исследований выявлено, что 18% населения ФРГ не покупали зубных щеток в течение трех лет. По эпидемиологическим оценкам показатель распространенности кариеса среди 3-летних детей варьировал от 43% до 89%, а среди 5-летних – от 72% до 93%. В 1978 г. КПУ у 15–24 летних составлял 14,5; у 45–54 летних – 19,5. Однако внедрение фторсодержащих паст, начиная с 1973 года, обеспечило достоверное снижение заболеваемости кариесом. В настоящее время более 90% всех паст, применяемых в ФРГ, составляют фторсодержащие пасты.

Следует отметить, что на территории бывшей ГДР (Восточные земли ФРГ) внедрение программ профилактики в свое время обеспечило стабилизацию показателей КПУ среди 13–14 летних детей на уровня 4,0–5,0 в зависимости от регионов, то есть эффект профилактики кариеса был выше, чем в Западных землях. Существенное значение придавалось привлечению частнопрактикующих врачей-стоматологов к санитарно-просветительной работе, назначению фторидов, наложению силантов у детей 6–19 лет. Особое значение в ФРГ придавалось развитию профилактических мероприятий среди групп населения с высокой степенью риска по кариесу. По оценкам эффективности лечения кариеса отмечается, что средний показатель сохранности композитных пломб составляет всего 43,5 месяца, а амальгамы до 60 месяцев, несмотря на высокие требования новых технологий и признанного «педантизма» немецких стоматологов.

Тем не менее, в других странах Западной Европы, имеющих государственные программы первичной профилактики кариеса, отмечалось сокращение показателя интенсивности кариеса у детей 12–15 лет на 30–50% в течение двух последних десятилетий. Поэтому не случайно в Германии планировалось увеличение показателя обеспеченности стоматологами с 60 (1985 г.) до 85–92 (2000 г.) на 100 000 населения, в то время как в других странах Западной Европы, где государственные программы первичной профилактики эффективно функционировали в течение последних десятилетий XX века, была определена стратегия снижения этого показателя.

В России в течение «перестройки по Горбачеву» и социально-экономических реформ последних десятилетий стоматологическая помощь населению и её ресурсная база планировались спонтанно, без учета региональных особенностей. Были свернуты профилактические программы по всем направлениям, что вылилось в значительный рост стоматологической патологии у детей и лиц молодых возрастов. Только в последние годы появились определенные надежды на стратегическое планирование в разделе «социальной стоматологии», основной целью которой является организация профилактики кариеса у детей и обеспечения пенсионеров и ветеранов зубными протезами.

Кроме того, значительные надежды сегодня связываются с введением с 2007 года в России специальности врача-стоматолога общей практики, который и станет проводником идеологии профилактической стоматологии.

3.1. Принципы планирования стоматологической помощи населению

Развитие рыночных отношений в экономике России, либерализация цен на товары и услуги, влекущие за собой удорожание медицинской помощи, обострили проблему взаимоотношений производителей и потребителей на рынке, как по ценовым, так и по качественным характеристикам. Значительная часть населения Дальнего Востока все чаще и чаще отдает предпочтение не государственному ЛПУ, а частнопрактикующим врачам-стоматологам. Пациенты предпочитают получать качественную стоматологическую помощь в коммерческом секторе стоматологии региона (Дьяченко В.Г. Галеса С.А., 2004).

Сегодня здравоохранение РФ, административные территории которой неоднородны по климатогеографическим и социально-экономическим характеристикам, построено по федеративному принципу, который сочетает в себе преимущества централизованной власти и сбалансированную самостоятельность ее субъектов. На фоне перехода России к реально работающей федеративной модели государственного устройства, очень важным является «распределение ролей» – распределение предметов ведения, в том числе в социальной сфере, между всеми уровнями власти, установление зоны самостоятельных и ответственных действий подкрепленных правами и обязанностями, а самое главное – ресурсами в соответствии с принятым 6 октября 2003 года Федеральным законом № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Без реального ресурсного обеспечения очень трудно добиться выполнения количественных и качественных параметров социальных обязательств (минимальных социальных стандартов) в стоматологии, особенно на муниципальном уровне. В рамках программы реализации указанного законодательного акта существует достаточно неясностей терминологического и понятийного плана, что постоянно вызывает формирование предложений по пролонгации сроков вступления в силу на 3–5 лет, некоторых его статей, в частности ст. 16 и 54.

Для основной части регионов России характерно разнообразие климатических, ресурсных, человеческих и иных факторов, в связи с чем и формируются различные модели преобладающие в каждой территориальной системе здравоохранения (Захаров И.А., 1997; Щепин О.П. и соавт., 1997–2000; Щепин В.О., 2000). Характерной чертой настоящего времени является то, что отрасль здравоохранения реформируется не системно, а фрагментарными изменениями своих компонентов с акцентом на краткосрочных мерах по решению отдельных, иногда частных проблем. Цена такого подхода – усиление политического, социального и экономического напряжения в отрасли и ухудшение качества жизни населения. Еще большим уровнем децентрализации, фрагментарности и многомерности подходов к организации и планированию обладает отечественная стоматология.

В этой связи весьма важным является планирование и прогнозирование стоматологической помощи населению субъектов РФ расположенных в зонах экономической де-

прессии, где весьма сложно обстоят дела с формированием региональных бюджетов, средств обязательного медицинского страхования, формирование платежей за неработающее население в систему ОМС и т. п. К такой зоне в России относится большинство субъектов Дальневосточного федерального округа.

Эти субъекты РФ имеют, как правило, огромный потенциал природных ресурсов, позволяющий предполагать в будущем их интенсивное развитие (Ишаев В.И., 1998). Исторически сложилось, что в эти территории ввозились трудовые ресурсы из других регионов бывшего СССР для реализации проектов интенсивного освоения огромных незаселенных пространств (Минакир П.А. с соавт., 1986). Таким проектом стало строительство Байкало-Амурской магистрали в 70–80-х годах XX века, реализация которого была бы невозможна без привлечения большого числа людей из других регионов. Аналогичные не менее грандиозные проекты по формированию промышленности выше указанных регионов были реализованы и в предыдущие годы.

Ударные индустриальные стройки региона привели к значительному рывку в сфере производства. На фоне опережающего развития промышленного потенциала Дальнего Востока России в XX веке, наблюдался дисбаланс в виде отставания объектов социальной сферы, особенно отрасли здравоохранения. При планировании инфраструктуры здравоохранения региона сохранялся единый подход для всего государства в целом, что ставило отдаленные от центра субъекты федерации в весьма невыгодное положение. С одной стороны в отдаленных, северных и приравненных к ним районах этих территорий плотность населения была значительно меньше одного человека на квадратный километр, что требовало создания особой структуры и организации медицинской помощи, не предусмотренной отраслевыми нормативами и стандартами. С другой стороны суровые климатические условия, слабая транспортная сеть, нерешенные экологические проблемы, неравномерность расселения в сочетании с низкой плотностью, неадекватные условия труда и быта формировали более высокий уровень заболеваемости, инвалидности, смертности пришлого населения (Diatchenko V.G. et al., 1992). Эти особенности региона требовали особых подходов к планированию структуры здравоохранения, в том числе и ЛПУ стоматологического профиля, разработки и реализации иных, чем в России в целом, типов организационных технологий оказания стоматологической помощи различным категориям населения и др. В результате формировались дополнительные затраты, не предусмотренные существовавшими нормативами финансирования отрасли (Кравченко Н.А., 1996, Щепин О.П., Таранов А.М., 2000).

Российская стоматология в 90-х годах XX столетия и последующие годы представляла собой весьма сложную систему в связи с множеством форм собственности ЛПУ, источников финансирования, отсутствия четкого разграничения уровней стоматологической помощи, нормирования штатов, нагрузки персонала, региональных стандартов и пр. Значительное влияние на дезорганизацию стоматологии оказало общее состояние отечественного здравоохранения. Политические и социально-экономические изменения, имевшие место в жизни российского общества в течение последних 15 лет, в значительной степени отразились на системе оказания стоматологической помощи населению. Резко сократились объемы финансирования стоматологической помощи и, в первую очередь, со стороны бюджетов регионального уровня. При этом, в ряде территорий полностью ликвидирована система финансирования стоматологической помощи со стороны региональных и муниципальных органов власти.

Надежды российского общества, возлагавшиеся на внедрение в практику обязательного медицинского страхования, практически не оправдались. Резкое снижение экономического потенциала народного хозяйства страны – сокращение ВВП, рост безработицы до 12% способствовали тому, что более чем в два раза сократилась доля финансовых средств, выделяемых на нужды здравоохранения. По данным ряда главных стоматологов регионов страны ежегодно доля финансирования стоматологических учреждений от их реальных потребностей составляла всего 25–30%. Резкое снижение уровня платежеспособности населения исключило возможность обращения в частные стоматологические учреждения значительной части нуждающихся.

На фоне общественно-экономических изменений, повлиявших на уровень стоматологической помощи, произошли качественные изменения образа жизни населения, связанные как с экономикой, так и с тенденциями развития цивилизации. Существенное значение в развитии условий, неблагоприятных для формирования зубочелюстной системы детей, и как следствие, перспективный рост стоматологической заболеваемости среди взрослого населения, сыграло изменения структуры питания населения. За последние 15 лет – сократилось потребление белков – на 25%, витаминов – на 30–80%; увеличилось потребления сахара.

Принимая во внимание тот факт, что сами стоматологических заболевания и их осложнения (периоститы, остеомиелиты, абсцессы, флегмоны, лимфадениты, аденофлегмоны, медиастениты и сепсис) являются фактором риска для развития и обострения: сердечно-сосудистой патологии, ряда аллергий и инфекционных заболеваний, заболеваний систем желудочно-кишечного тракта и соединительной ткани (артриты, пр.), эндокринной системы (диабет) и др., необходимо отметить, что последние 10 лет ситуация по стоматологической заболеваемости характеризуются возрастанием общего числа и уровня осложнений. Показатель числа лиц, которым была оказана амбулаторная стоматологическая помощь по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний, требующих выдачи справок или больничных листов по нетрудоспособности, составил 406 случаев на 100 тысяч населения.

Усугубляет ситуацию рост потребления фармакологических препаратов, провоцирующих развитие ксеростомии и других патологических процессов (аллергии), и, как следствие, рост стоматологической патологии. В ряде регионов страны: республики Адыгея, Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Калмыкия, а так же Краснодарский, Камчатский и Хабаровский края; Архангельская, Воронежская, Кемеровская и многие другие области показатель числа удаленных зубов у населения в возрасте 65 лет и старше составляет более 20–25. Нуждаемость в зубном протезировании составляет от 70 до 90% населения в зависимости от региона проживания, возрастной и социальной группы, а по таким регионам, как Сахалинская область в зубном протезировании нуждается 100% взрослого населения.

Приведенные данные не должны являться лишь цифрами отчетности. Для думающего специалиста – руководителя стоматологической службы или учреждения такие данные должны стать базой для понимания нужд пациентов региона и соответствующего планирования. Информация о тенденциях заболеваемости и структуре обращаемости пациентов должна проникать на все уровни стоматологических учреждений

Применение статистического анализа технологических процессов предусматривает преимущественное использование аналитической статистики по сравнению с цифровой

статистикой. Это статистическое мышление фокусируется на будущей характеристике происходящих в настоящее время процессов и функционирования систем, а не на описании или сравнении фиксированных совокупностей прошлых данных.

Иными словами, каким образом можно понять происходящий процесс, чтобы быть в состоянии предсказать его характеристики в будущем? Существует несколько способов. Это, прежде всего, внедрение таких средств индикации и анализа данных, как сетевые графики, контрольные технологические карты и др.

Фактически для этого и должен быть использован цикл управления Каору Ишикавы³⁶: «ПЛАНИРОВАТЬ – ДЕЛАТЬ – ПРОВЕРЯТЬ – ДЕЙСТВОВАТЬ»³⁷.

Предполагаемые результаты, которых должны добиваться руководители стоматологических ЛПУ, делятся на три основные категории:

- *Сокращение расходов, иницируемых администрацией ЛПУ.*
- *Удовлетворение запросов населения в целом и отдельных потребителей стоматологических услуг в частности.*
- *Вовлечение в процесс улучшения результатов как можно большего числа специалистов ЛПУ.*

Для наиболее полного представления о принципах обеспечения качественной и эффективной стоматологической помощи необходимо рассмотреть схему с точки зрения классической работы Аведиса Донабедиана на основе трех простых элементов системы: структура, процесс и результат³⁸.

Под системой мы понимаем совокупность объектов, взаимодействующих подразделений для достижения общих целей в условиях действия социальных, политических и экономических факторов (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Общий принцип работы систем

³⁶ Ishikawa K. Guide to Quality Control. – Tokyo: Asian Productivity Organization, 1976.

³⁷ Kaoru Ishikawa (1915–1989) – японский специалист и ученый, разработавший диаграмму «причина – эффект» (1952). Он объединил в систему семь «инструментов» контроля качества и основал систему общеорганизационного контроля качества. K. Ishikawa, так же как и многие его соотечественники, в свое время прослушал цикл лекций Деминга. В 1962 г. он организовал первый «кружок качества» в японской компании Nippon Telegraph and Telephone Public Corporation. Журнал «Контроль качества для мастеров», основанный в 1960 г. под редакцией K. Ishikawa, позволил всем кружкам контроля качества в Японии учиться друг у друга. В короткие сроки популярность таких кружков выросла, а K. Ishikawa получил мировую известность (прим. авторов).

³⁸ Дьяченко В.Г., Курбетьев С.Г., Галеса С.А. Управление качеством услуг в современной стоматологии. Хабаровск. «Амуриздат». 2005. 586 с.

Любая система, в т. ч. система ЛПУ, должна работать в единой организационной технологии отрасли здравоохранения региона, которая в свою очередь должна соответствовать определенным принципам функционирования общей системы.

Система лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля, как в государственном, так и в коммерческом секторе должна решать определенные задачи для достижения цели/результата функционирования отечественного здравоохранения. В частности, при обеспечении достаточного уровня стоматологического здоровья населения региона, стоматологические учреждения должны стремиться к достижению определенных результатов деятельности. Однако эти показатели не всегда являются критериями здоровья.

Тенденции развития стоматологии на Дальнем Востоке России в последние годы ставит перед органами управления сложный комплекс проблем, который требует научных подходов и теоретически осмысленных и взвешенных решений. Применять в ДВФО общепринятые для России методики планирования и прогнозирования стоматологической помощи населению, а в конечном итоге и нормирования стоматологии, следует с определенной долей осторожности.

Показателями в каждой системе измерений могут быть различные факторы. Каждый фактор определяется в силу установленной задачи. Иными словами – если задачу изменить, то старые факторы не будут показательными. Применительно к стоматологическому ЛПУ можно сказать, что стоматологическое здоровье лишь косвенно характеризует качество и эффективность его работы. Для всесторонней оценки необходимо рассмотреть и спланировать работу системы с точки зрения условий стандартизации и выполнения стандартов, которые определяют как качество, так и эффективность. Эти условия следующие:

- 1. Структура системы (стандарт структуры).**
- 2. Технология системы (стандарт процесса производства).**
- 3. Программа достижения результата функционирования системы или сам результат (стандарты результатов).**

На основании исследования этих трех основных условий функционирования системы стоматологической помощи населению мы и предлагаем строить планирование производства стоматологических услуг³⁹.

Субъекты системы

Управляющие

1. Сбор и обработка информации
2. Системный анализ
3. Учет ресурсов
4. Кадры и делопроизводство
5. Планирование (текущее и стратегическое)
6. Принятие решений и контроль.

Исполняющие

1. Обеспечение технологий (организационные и медицинские)
2. Обеспечение ресурсной базы
3. Исполнение планов (текущих и стратегических)
4. Самоконтроль

³⁹ Анализ – это сравнение фактических и теоретически программированных (смоделированных) результатов деятельности. Системный анализ – это анализ деятельности не отвлеченного объекта, а системы в целом, во всем многообразии условий, связей, зависимостей не только внутри самой системы, но и с ее внешним окружением (прим. авторов).

Субъекты системы производства делятся на две большие группы: группа управляющая и группа исполняющая со своими, присущими только этой группе, функциями. Любая система, в том числе и система производства стоматологических услуг, должна работать в единой организационной технологии, которая соответствует определенным принципам современного менеджмента. Эти принципы следующие: цель работы системы, задачи, ее субъекты, обязанности (функции), ответственность, права субъектов системы, в рамках которых она функционирует, а также время, в течение которого работает система (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Схема организационной среды производства стоматологических услуг



При переходе к новой модели менеджмента обеспечения качества и эффективности в стоматологии три основные понятия, применявшиеся в прошлом, приобретают новые, дополнительные оттенки. Вот эти понятия: потребитель медицинских услуг, технологический процесс и результат.⁴⁰

В предлагаемой нами системе термин «потребитель» применяется для уточнения роли каждого сегмента структуры по отношению к другому сегменту. (Отметим, что в стране идет широкая полемика, связанная с вопросом обоснованности применения термина потребитель к пациенту. Физическое лицо – потребитель медицинских услуг в корне отличается от потребителя бытовых услуг, так как обращаясь за услугой, он тем не менее не может адекватно оценить качество ее исполнения. При этом пациент-потребитель является непосредственным участником процесса оказания медицинской услуги). Для простоты понимания скажем, что предлагаемый термин должен применяться к сис-

⁴⁰ Ishikawa K. What is Total Quality Control? The Japanese Way. – London: Prentice Hall, 1985.

теме взаимоотношений с точки зрения планирования и соотношения структуры. В качестве субъектов, обозначаемых понятием «потребитель», могут быть и пациенты, и врачи, и отдельные подразделения ЛПУ стоматологического профиля и ЛПУ в целом.

Потребители (пациенты) часто представляют собой внешнюю по отношению к системе производства стоматологических услуг сторону, и поэтому о них говорят как о внешних потребителях. В стоматологических учреждениях также имеются внутренние потребители, например, лечебные отделения являются клиентами рентгенологического отделения, лаборатории, аптеки, административно-хозяйственного отдела и т. д. Таким образом, понятие «потребитель» применяется нами весьма специфическим образом. Понятие «технологический процесс» относится к видам деятельности или действиям, регулярно повторяющимся с целью превращения исходных материалов, предоставляемых поставщиками, в результат, получаемый потребителями (клиентами). Один из последователей Каору Ишикавы в Японии, Генути Тагучи поддержал идею последнего по разделению потребителей на внутренних и внешних⁴¹.

Например, пациент может получить медицинскую помощь в связи с переломом нижней челюсти в отделении челюстно-лицевой хирургии больницы. Пациент является «потребителем» всего того, что делается для фиксации, вправления и обезболивания нижней челюсти – «внешний потребитель». Все, что происходит между «доставкой сломанной челюсти» пациентом-поставщиком и получением зафиксированной шиной нижней челюсти пациентом-потребителем, может быть определено как технологический процесс (конвейер) оказания медицинской помощи. «Внутренним потребителем» в данном примере может являться врач операционного блока, который находится на следующем этапе оказания медицинской помощи (если пациенту требуется оперативное вмешательство) после врача приемного отделения. Заметим, что употребление понятия «технологический процесс» шире, чем ряд современных понятий этого термина, и содержит ряд структурных элементов.

Понятие «результат» включает в себя как технически конечную продукцию, так и суждение о пользе, полученной потребителем, получившим эту конечную продукцию. Термин «исход», хотя и применяется широко в медицине и стоматологии, не имеет точной взаимосвязи с понятием «результат», «конечная продукция технологического процесса» или «выгода, извлеченная из технологического процесса». Этот термин по иному определяется пациентом (или другими потребителями в данном процессе) в отношении производимой стоматологической услуги или товара – под оценкой выгоды пациентами, как правило, подразумеваются как ожидания, так и ценность, установленные им для себя. С позиции непрерывного улучшения качества и эффективности стоматологической помощи понятие «результат» применяется для обозначения как технического выхода данного процесса, так и выгоды, определенной потребителем медицинских услуг.

Совершенствование медицинских технологий и практика их применения в современной стоматологии – неперенное условие научно-технического процесса каждого отдельного ЛПУ. Поэтому перед тем, как рассматривать вопросы планирования производства стоматологических услуг, следует провести весьма подробный анализ органи-

⁴¹ Genichi Taguchi (р. 1924) разрабатывал методы эффективности процессов проектирования и производства новых рыночных продуктов, он упростил статистические методы обеспечения качества, сделав их понятными каждому. (прим. авторов).

зационной среды стоматологического учреждения или клиники с применением системного подхода⁴².

Характерными признаками сложных систем, к которым относится и система стоматологического ЛПУ, являются:

- сложность моделей процессов;
- большая размерность задач управления;
- иерархичность структуры;
- агрегирование частей;
- множественность связей элементов;
- неопределенность состояний;
- чувствительность к помехам (отклонениям).

Сущность системного подхода раскрывается в методике его организации, т. е. выделении объекта системного анализа (структуры, процесса, результата), границы раздела внешней и внутренней среды ЛПУ, целевой функции и структуры ЛПУ, описания и критериев оценки состояния ЛПУ, классификации элементов и способов их агрегирования.

Под системным подходом в анализе технологий производства стоматологических услуг, равно как и других объектов, понимают всестороннее, систематизированное, то есть построенное на основе определенного набора правил, изучение сложного объекта в целом, вместе со всей совокупностью его внешних и внутренних связей, проводимое для выяснения возможностей планирования улучшения функционирования объекта. Вполне естественно, что системный анализ должен быть основан на правилах логики и здравого смысла с привлечением методов количественных оценок связей (явлений), попыток моделирования реакций объекта анализа различными средствами (имитация, математическое описание, статистика, программирование).

Объекты анализа в технологиях производства стоматологических услуг имеют различную природу в зависимости от конкретной поставленной задачи и цели планирования.

В качестве примеров укажем некоторые из них:

- процесс реализации продукции (стоматологических услуг);
- процесс труда одного врача-стоматолога, группы врачей или большого коллектива;
- информационный процесс в технической или организационной системе производства стоматологических услуг;
- процесс производства стоматологической услуги на уровне кабинета, отделения, ЛПУ и т. п.

Учитывая поливалентность взаимодействия процессов материально-духовного мира, аналитики вынуждены всегда предварительно определять условия экономического анализа и уточнять их для обоснования управленческих решений, рассматривать процесс анализа относительно конкретного объекта, выделенного из множества (врач-стоматолог, кабинет, отделение, служба, процесс сбыта или страхования и т. п.). В соответствии с рассмотренным принципом производственные технологии всех видов в стоматологии могут рассматриваться на основе единого методического подхода, что обеспечивает универсализацию действий менеджеров в обширной предметной области своей профессиональной деятельности (рис. 3.2).

⁴² Системный подход – основной научный метод изучения сложных систем, к которым относятся технологии производства стоматологических услуг (прим. авторов).

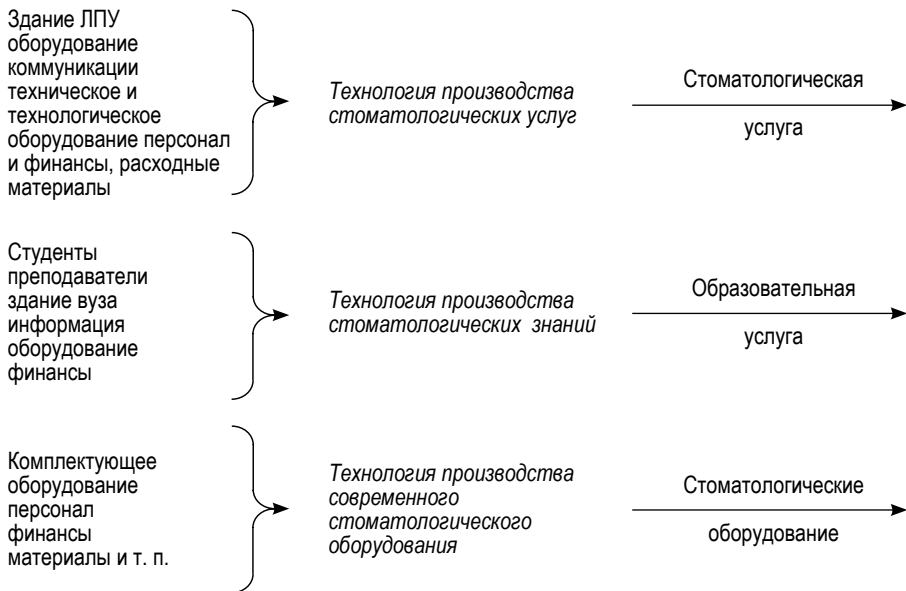


Рис. 3.2. Производственные технологии в стоматологии как объект планирования и управления

Анализ структуры стоматологического учреждения

Структура стоматологического ЛПУ представляется двумя основными разделами – это **основные фонды учреждений и ресурсы**.

Основные фонды (здания, сооружения, коммуникации и техническое оборудование). Анализу подвергается состояние зданий и сооружений, коммуникаций, техники, автотранспорта, технологического оборудования и пр. по итогам истекшего года на соответствие стандартам (СНиПам, ГОСТам и т. п.).

Ресурсы:

- материальные,
- кадровые,
- финансовые.

В процессе этого анализа изучаются возможности ресурсной базы по обеспечению технологических процессов избранного стоматологического учреждения.

В результате структурного анализа учреждения должны быть получены ответы на следующие вопросы:

- существуют ли условия, которые могут представлять опасность для пациента и персонала?
- имеется ли достаточное количество ресурсов с соответствующим качеством для обеспечения реализуемых организационных и стоматологических технологий?
- имеет ли место нерациональное использование ресурсов? и т. п.

Анализ стоматологических и организационных технологий ЛПУ

За последние двадцать лет организационные и медицинские технологии в системе производства стоматологических услуг претерпели коренные изменения, в значительной мере выросла и обновилась фондовооруженность ЛПУ, резкими темпами внедряется вычислительная техника, достижения физики, химии, биологии, генетики и пр. В этих новых условиях анализ технологических процессов в ЛПУ представляет собой весьма сложную задачу.

Критерии процесса (деятельности) разрабатывались в последние годы в направлении уточненной и однозначной формализации. Как правило, качество процесса производства стоматологических услуг отождествлялось с его соответствием определенному (стандартному) набору критериев. Такой подход увеличивает достоверность критериальной оценки, но усложняет проблему воспроизводимости ее результатов, так как большинство из наборов критериев рассчитано лишь на один из множества возможных подходов достижения качества и эффективности⁴³. Множественность подходов к производству стоматологических услуг характерна и для работы опытного высококвалифицированного врача-стоматолога. Увязка критериев с реальной практикой работы, процессом принятия решений врачом определяет не только сложность, но и направленность совершенствования критериев, учета эффективности в обеспечении качества. Условия для реализации отмеченных требований более благоприятны в ЛПУ, где процесс производства стоматологических услуг расписан и формализован в достаточной степени подробно. Тем не менее, и здесь критерии процесса не вполне удовлетворительны и требуют совершенствования. Поэтому считается целесообразным углубить подобные исследования, проводя их в ЛПУ различных мощностей и типов.

Процесс производства услуг в амбулаторных условиях, а именно там работает большинство врачей-стоматологов, в отличие от стационарных, отражен в медицинской документации лишь частично. Многие виды и элементы работы врача-стоматолога в амбулаторных условиях в медицинских документах вообще не регистрируются, что обуславливает необходимость прибегать к специальным сложным методам сбора нужной информации и оценки. Исключение, пожалуй, представляет регистрация симптомов и жалоб, назначений медикаментов и результатов параклинических исследований, в связи с чем стоматологическая документация не совсем приемлема в качестве источника информации для оценки технологий и их эффективности.

Еще сложнее проследить весь процесс получения стоматологической помощи пациентом от начала до его окончания, достоверность оценки в этом случае потребует использования фотохронометрических методов, что трудно осуществимо без значительного ресурсного обеспечения. Сложно также вменить в обязанность врачам-стоматологам регистрацию дополнительной информации, характеризующей их работу.

Стремительный прогресс стоматологических технологий усилил стремление специалистов создать систему критериев, обеспечивающую учет клинической и статистической однородности случаев заболеваний. В этой связи как наиболее перспективный себя зарекомендовал метод многомерной группировки данных.

⁴³ Самодин В. И., Копейкин В. Н. Применение клинко-статистических групп в стоматологии. М.: Международный центр финансово-экономического развития. 1997. – 352 с.

Внедрение индустриальных подходов в медицину создает условия для использования функционально-стоимостного анализа (ФСА). В самом общем виде система ФСА заключается в том, что вся система производства стоматологических услуг расчленяется на составные (подсистемы всех порядков), выделяется функциональное содержание каждой из них, анализируются затраты (стоимостные, материальные, трудовые) и связанные с этим процессы, оценивается целесообразность всех функций и способов их осуществления, разрабатываются оптимальные варианты функций и структура системы, оптимальные методы их осуществления и соответственно определяются оптимальные затраты на производство.

Таким образом, использование технологического подхода позволяет осуществить перенос в область производства стоматологических услуг основных технологических принципов.

Этапы анализа организационных и стоматологических технологий

1-й этап. Анализ начинается с *описания применяемых технологий* с выделением наиболее перспективных по программе достижения запланированных результатов. Кроме того, производится анализ устаревших или неэффективных технологий, которые не позволяют добиться даже удовлетворительных результатов. В этом разделе следует привести структурное описание примера эффективных и неэффективных технологий с указанием затрат ресурсов, необходимого материально-технического обеспечения.

2-й этап. Следующим этапом анализа должно стать *рассмотрение вариантов альтернативных технологий* и вероятностная оценка их экономической эффективности по сравнению с традиционными. Здесь анализу подвергается стандартный пакет документов по избранному варианту стоматологической и/или организационной технологии производства, как правило, состоящий из следующих разделов:

1. Титульный лист, который определяет название стоматологической (организационной) технологии и перечень документов.

2. Инструкционная карта, которая содержит информацию по следующим разделам:

- *показания к применению,*
- *предполагаемый механизм действия на организм пациента,*
- *рекомендуемые маршруты перемещения пациента по ЛПУ во время реализации технологии,*
- *характеристика ожидаемого эффекта (время наступления, продолжительность),*
- *характеристика изменений состояния стоматологического здоровья пациента при сочетании данной технологии с другими, наиболее часто применяемыми,*
- *наиболее рациональное сочетание с другими технологиями,*
- *характеристика возможных побочных эффектов (время наступления, длительность и пр.),*
- *характеристика возможных неблагоприятных воздействий на здоровье персонала, рекомендуемые методы защиты.*

3. Карта технологического процесса, где содержится информация по ряду вопросов:

- *особенности воспроизводства технологического процесса при стандартных состояниях и отклонениях от него,*

- перечень технологических операций,
- исполнители технологического процесса и требования к ним,
- материалы для руководства при исполнении (должны быть указаны источники информации),
- затраты времени в человекочасах (УЕТ_ч) на каждого исполнителя,
- определение результата каждого этапа технологического процесса,
- методы коррекции результатов при отклонении от стандарта,
- наименование препаратов, расходных материалов и пр. для осуществления технологического процесса,
- стоимость стандартной технологической операции.

4. Маршрутная карта, где выделяется:

- номер маршрута, четкое графическое изображение маршрута с указанием времени на каждом этапе технологического процесса, примерная стоимость маршрута,
- определение варианта маршрута при различной патологии.

5. Технологическая инструкция, содержание которой определяется степенью сложности производимых стоматологических услуг, где включается следующее:

- содержание производимых работ,
- целевое назначение отдельных этапов,
- способы оценки результатов (предлагаемый алгоритм действий),
- вспомогательные материалы (диаграммы, графики, чертежи, рисунки).

6. Карта эскизов, которая содержит:

- изображение расположения пациентов относительной стоматологической техники,
- схему взаимного расположения стоматологических кресел, приборов, аппаратов и пр.

7. Ведомость требований к персоналу, заработной плате, где имеются следующие разделы:

- наименование специальности стоматологического персонала,
- требуемое число специалистов на один технологический процесс,
- сумма заработной платы (месячная, годовая) по каждой категории специалистов,
- перечень требуемых умений, навыков для специалистов каждой категории,
- общая сумма необходимой заработной платы на проведение одного технологического процесса (стоматологической услуги) при оказании помощи пациенту.

8. Ведомость необходимых изделий медицинской техники (стоматологические установки, приборы, аппараты, оборудование, инструменты), которая содержит следующие разделы:

- наименование изделий, изготовитель,
- возможные варианты замены одних другими,
- требуемое количество изделий для проведения одного технологического цикла (услуги),
- срок службы производимых услуг (пломб, зубных протезов и т. п.),
- амортизационные отчисления на технологическое обслуживание и ремонт стоматологического оборудования.

В ведомости оформляется в виде таблицы суммарная стоимость изделий в целом и отдельно по группам.

9. Ведомость необходимых предметов медицинского назначения (резиновые, перевязочные, полимерные, одежда и т. п.), которая содержит разделы аналогично пункту 8.

10. Ведомость необходимых лекарственных средств, медицинских иммунобиологических препаратов, химических реактивов, которая содержит разделы аналогичные пункту 8.

11. Карта наладки (подготовки к работе) применяемого стоматологического оборудования и предметов медицинского назначения, которая содержит следующие разделы:

- *наименование изделий и предметов медицинского назначения,*
- *перечень необходимых наладочных операций,*
- *содержание операций,*
- *исполнитель,*
- *затраты времени чел/час. (УЕТ),*
- *целевое назначение технологической операции,*
- *методы коррекции результата при отклонениях,*
- *необходимое оборудование для проведения работ.*

12. Ведомость требований к помещению, которая содержит следующие разделы:

- *общая характеристика помещения (тип здания, этажность, подъемно-транспортные средства, кубатура, площадь),*
- *требования к планировке,*
- *требования к освещению, вентиляции, отоплению, сантехническому оборудованию и пр.*
- *обеспечению безопасности пациента и персонала,*
- *подготовка помещения к осуществлению технологического процесса (производству стоматологической услуги),*
- *капитальные затраты на помещение,*
- *амортизационные отчисления,*
- *затраты на текущий ремонт и содержание помещения (годовые и на один технологический процесс).*

3-й этап. Анализ процесса по соблюдению соответствия реализуемых технологий стандартам КСГ. На этом этапе проводятся исследования реализуемых технологий на основе анализа медицинской документации, заключений экспертов, экспертных комиссий ЛПУ на соответствие стандартам стоматологической помощи ЛПУ соответствующей категории и оформляют их в виде таблиц, графиков, рисунков с соответствующими разъяснениями.

4-й этап. Анализ процесса по соблюдению соответствия техническим стандартам, где экспертом проводится исследование соблюдения соответствия реализуемых технологий стандартам содержания зданий, сооружений, техники, оборудования, систем жизнеобеспечения ЛПУ стоматологического профиля и т. п.

5-й этап. Анализ процесса по соблюдению соответствия экономическим стандартам. Анализу подвергаются:

- *зарплата, надбавки, материальная помощь и т. п. (стандарт ЕТС и инструкции Министерства финансов РФ),*

- *нормативы расходования ресурсов,*
- *нормативы по обеспечению медицинских технологий (расходы лекарств, продуктов питания, белья, расходных материалов и пр.),*
- *нормативы объемов работы медицинского и прочего персонала,*
- *нормативы хранения и расходования лекарств, дезинфекционных средств, рентгеновской пленки, перчаток, шприцев и т. п.*

6-й этап. Определение перечня организационных и стоматологических технологий, которые могут быть реализованы при заключении договоров между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями, филиалами фонда ОМС, бизнес – организациями, органами управления здравоохранением, отдельными пациентами и пр.

Внедрение рыночных отношений в систему производства стоматологических услуг требуют дальнейшего совершенствования управления ЛПУ и улучшения планирования. Необходимо повышать научную обоснованность и сбалансированность планов, оптимально сочетать отраслевое и региональное планирование для обеспечения решения текущих и стратегических проблем. Планирование в стоматологии проводится на основе научного познания современных экономических законов и объективных закономерностей развития стоматологии, исходя из задач, поставленных правительством в области здравоохранения. Стратегические планы в стоматологии должны предусматривать дифференцированные задачи по производству стоматологических услуг отдельных контингентов населения – промышленных рабочих, женщин, детей раннего возраста, школьников, подростков, лиц престарелого возраста и пр. Важное значение в них имеет определение ведущих задач по развитию производства стоматологических услуг на уровне первичной стоматологической помощи, т. е. в зоне работы врача-стоматолога общей практики.

Планирование в стоматологии предполагает сочетание централизованного планового руководства с широкой административной и хозяйственной самостоятельностью отдельных ЛПУ со строго очерченными функциями органов планирования и управления на различных уровнях. Это создает важнейшие предпосылки для оптимального планирования, т. е. нахождения оптимальных пропорций между отдельными разделами здравоохранения и специализированными видами медицинской помощи при правильных темпах их роста.

План развития стоматологии должен отвечать на вопрос, какие реально возможные действия и в какой очередности способны наилучшим образом привести к цели. Проблема состоит отнюдь не в том, нужно или не нужно добиваться оптимальности планов, а в том, как достичь наибольших результатов при наименьших материальных и трудовых затратах. Следовательно, планирование производства стоматологических услуг всегда представляет собой поиски именно оптимальных решений, иначе оно теряет смысл.

3.2. Некоторые подходы к определению видов и объемов стоматологической помощи населению врача-стоматолога общей практики

Определенный опыт, приобретенный пока еще немногими семейными врачами в России в течение последнего десятилетия, показывает, что, как и всякая инновация, семейная медицина находит, как союзников, так и противников. И дело было не толь-

ко в естественном страхе перед новым, существенно более широким кругом обязанностей (хотя бывших участковых терапевтов пугала необходимость работы с маленькими детьми), и даже не в том, что не хватало инструментов и оборудования, которого семейному врачу нужно заметно больше, чем обычному участковому. Сама отечественная система здравоохранения не была готова изменить свою структуру и принять новый элемент. Кроме того, поскольку введение семейной медицины не было предварено практически никакой подготовкой населения, пациенты, естественно, восприняли новшество крайне нервно.

Минздравом РФ была создана документальная база для развития общей (семейной) практики: изданы приказы «О поэтапном переходе к оказанию первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» от 26.08.1992 № 237 и «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» от 17.01.2005 № 84 и др. Сегодня, когда в России работает несколько тысяч семейных врачей, в различных регионах появились школы передового опыта. Вполне естественно стремление к изучению этого опыта и реализация организационной технологии врача общей (семейной) практики в других массовых системах медицинского обслуживания населения. Проблемой, тормозившей внедрение технологии семейного медицинского обслуживания населения, было: «... отсутствие четких границ в планировании видов и объемов медицинской помощи между врачом общей (семейной) практики, врачом – узким специалистом поликлиники и врачом стационара»⁴⁴. Поэтому организаторам здравоохранения довольно часто приходилось начинать с создания стандартов разделения функциональных обязанностей между специалистами семейной медицины, стационара и поликлиники. Стандарты по каждой специальности разрабатывали и координировали группы из трех человек – специалист поликлиники, специалист стационара и семейный врач. Когда снимались вопросы недопонимания внутри корпорации врачей, тогда было проще объяснить с потребителями медицинских услуг.

Система стоматологической помощи имеет две главные цели. Первая заключается в оптимизации стоматологического здоровья населения за счёт использования самых передовых знаний в области медицины и экономики здравоохранения. Вторая, и бесспорно одинаково важная цель, сводится к тому, чтобы минимизировать различия среди населения в обеспечении равного доступа к стоматологической помощи и предоставление ее группам населения. Достижение обеих целей возможны только в условиях организации семейного обслуживания.

Вполне естественно, что в такой массовой специальности, как стоматология, вопросы семейного обслуживания населения в последние годы обсуждались все чаще и чаще, а по мере роста числа коммерческих стоматологических предприятий, учреждений и организаций, сама жизнь диктовала «правила игры». Обсуждение проблемы создания, внедрения и развития общей (семейной) практики в стоматологии было начато в середине 90-х годов (Образцов Ю.Л., 1996) и к настоящему времени накоплен некоторый опыт в работе государственных и коммерческих стоматологических учреждений по технологии врача-стоматолога общей практики (Вагнер В.Д. с соавт., 2001; Янсон С.Д., 2003; Леонтьев В.К. с соавт., 2006).

⁴⁴ Гриненко А.Я., Гурин Н.Н., Якубович И.К., Баранова Н.Ю. Семейная медицина Гатчины (становление, первые результаты). СПб.: Фолиант, 2001. С. 14.

Характеристика первичной медико-санитарной помощи в стоматологии

Первичная медико-санитарная помощь является средством сбалансирования двух целей системы стоматологического обслуживания населения, а именно: оптимизация стоматологического здоровья и установление равенства в распределении ресурсов. Она является основной помощью, одинаково предоставляемой каждому. Она решает наиболее общие проблемы людей, обеспечивая профилактику, лечение и реабилитацию для максимального улучшения стоматологического здоровья. Она объединяет различные формы помощи при наличии нескольких проблем, связанных с состоянием стоматологического здоровья, имеет дело с заболеванием в целом, а также влияет на отношение людей к своему состоянию. ПМСП является тем уровнем оказания помощи, на котором организируются и рационально используются все ресурсы, как базовые, так и специализированные, направленные на пропаганду, поддержание и улучшение стоматологического здоровья населения.

По мере накопления знаний врачи-стоматологи стали на путь еще большей специализации из-за невозможности знать всё о всех типах заболеваний зубочелюстной системы. Поэтому, мы наблюдаем такую тенденцию во многих странах, когда медицинские профессии становятся все более фрагментированы, характеризуясь сужением интересов и снижением компетенции при лечении конкретных типов болезней. В некоторых странах наблюдается больше врачей-специалистов, чем участковых врачей или врачей общей (семейной) практики. ВОЗ признала, что такое положение часто ведёт к нежелательным последствиям:

- Одно из них связано с тем фактом, что специализированная стоматологическая помощь зачастую требует больше ресурсов, чем основная помощь, в виду того, что используется больше технических средств для сохранения здоровья серьезно больным людям, чем для программ, предотвращающих стоматологические заболевания.
- Более того, требуемые ресурсы для высокотехничной специализированной стоматологической помощи конкурируют с ресурсами, необходимыми для обеспечения базовых стоматологических услуг, особенно для людей, неспособных платить за них.
- Система здравоохранения, ориентированная на специалистов, сталкивается еще с одной проблемой: специализация угрожает целям равенства. Ни одно общество не обладает неограниченными ресурсами для обеспечения услуг в области здравоохранения. Специализированная стоматологическая помощь стоит дороже, чем первичная стоматологическая помощь, и по этой причине ее может не оказаться, когда она необходима, кроме того, она может быть менее доступна для отдельных лиц, не имеющих возможности оплатить ее.
- Хотя тенденция к специализации, основанная на новейших знаниях, может обеспечить высокоэффективное лечение отдельных заболеваний зубочелюстной системы, вряд ли она обеспечит высокоэффективную помощь обычным пациентам. Причина заключается в том, что специализация, ориентированная на лечение болезни, не может сама по себе максимизировать выгоды в области здравоохранения и оказать положительный эффект на состояние стоматологического здоровья населения.

Характерными признаками общей (семейной) стоматологии являются:

- всеобщность (стоматологическая помощь оказывается каждому человеку независимо от возраста, пола, социальной принадлежности, расы и религии и при этом ни одна жалоба пациента не может быть оставлена без внимания);
- доступность (минимальный срок ожидания приема);
- интегрированность (сочетание профилактической, лечебной и реабилитационной помощи);
- постоянная основа (стоматологическая помощь оказывается в течение жизни каждого члена семьи);
- бригадный подход (семейный врач-стоматолог должен консультироваться по другим проблемам здоровья пациента с высококвалифицированными специалистами);
- целостность подхода (медицинские/стоматологические проблемы членов семьи должны рассматриваться в плане физического здоровья, психологических и социальных перспектив);
- персональный подход (ориентация, прежде всего на личность пациента, затем – на его заболевание, что обеспечивает успешность социального контакта врача-стоматолога с пациентом);
- ориентированность на семью в целом (ее медицинские проблемы и социальные контакты);
- ориентированность на обслуживаемый контингент населения данного региона (рассмотрение состояния стоматологического здоровья членов семьи в контексте местных условий жизни с учетом реальных медико-санитарных проблем);
- координация (связь с другими медицинскими службами для направления члена семьи на лабораторное обследование, для информирования о имеющихся службах, координации назначений других медицинских специалистов);
- доверительность (соблюдение полной конфиденциальности сведений о состоянии здоровья каждого члена семьи и семьи в целом);
- адвокатская функция (семейный врач-стоматолог выступает в роли своеобразного адвоката по всем вопросам стоматологического здоровья членов семьи при взаимодействии с другими специалистами).

Критерии, используемые для оценки результативности первичной медико-санитарной помощи в стоматологии

1. Зависит ли степень удовлетворения пациентов, от удовлетворительного уровня оказываемой помощи во время первого посещения врача-стоматолога?
2. Связана ли полнота охвата с различными схемами пользования стоматологическими услугами, со снижением новых обострений болезни или более быстрым разрешением проблем?
3. Связана ли координация с уменьшением общего уровня пользования стоматологическими услугами, с лучшим пониманием и более активным участием пациента в оказываемой ему стоматологической помощи и более быстрым разрешением проблемы с уменьшением количества новых проблем?
4. Помогает ли первичная стоматологическая помощь пациентам быстрее вернуться к оптимальному уровню своей деятельности, комфорту и удовлетворению своим здоровьем, и способствует ли она людям в восстановлении своего

полного потенциала и достижения максимальной стойкости при угрозах их здоровью?

5. Обеспечивает ли первичная стоматологическая помощь лучшее состояние здоровья, которое можно оценить с помощью заданных результативных показателей?
6. Получают ли пациенты лучшее стоматологическое обслуживание через систему здравоохранения, официально организованной в виде системы первичной, вторичной и третичной стоматологической помощи, чем через систему, позволяющую пациентам выбирать «узкого специалиста-стоматолога», каждый раз когда у них возникает потребность в стоматологической помощи?

Планирование стоматологической помощи

Планирование – это разработка и установление системы количественных и качественных показателей работы отдельного кабинета, подразделения и стоматологического учреждения в целом, определяющих темпы, пропорции и тенденции развития, как в текущем периоде, так и на перспективу. Планирование, наряду с контролем является одной из важнейших функций управления и представляет собой процесс определения действий, которые должны быть выполнены в будущем. По срокам различают следующие виды планирования краткосрочное (оперативно-производственное) – до 1 года, среднесрочную перспективу (текущее) – до 3 лет и долгосрочное (стратегическое) – на 3 и более лет.

Использование планирования как мощного инструмента способно восстановить ослабленную ныне вертикаль управления здравоохранением, причем этот процесс не должен идти в рамках воссоздания прежней административной системы управления. В рыночных условиях необходимо формирование качественно новой системы регулирования взаимоотношений в стоматологической службе региона, путем создания «согласованных правил» функционирования в рамках принятой стратегии развития ЛПУ стоматологического профиля, утвержденных структурно-организационных стандартов и установленных ограничений. Необходимо использовать методологию, основанную на нескольких принципах:

- четкого определения стратегических целей и задач ЛПУ стоматологической службы;
- органического сочетания методов стратегического и текущего планирования;
- формирование единства систем планирования и нормирования на всех уровнях управления стоматологической службы;
- формирование комплексной системы планирования, нацеленной на реализацию стратегических целей и задач и предусматривающей не только планирование оказания бесплатной медицинской помощи населению, но и финансирование обеспечения этого процесса;
- разработку стратегии привлечения дополнительных финансовых ресурсов, поэтапное формирование оптимизированной по многим параметрам сети ЛПУ стоматологического профиля, адекватной потребностям населения и рыночным механизмам.

Процесс стратегического планирования

Стратегическое планирование можно представить как четырехступенчатый процесс:

- оценка текущего положения стоматологической организации;
- предвидение ситуации на стоматологическом рынке в будущем;
- определение роли, которую стоматологическая организация может и должна играть в будущем;
- определение действий, необходимых для перехода стоматологической организации из настоящего в будущее.

Использование социальных нормативов для планирования

- набор общедоступных и бесплатных стоматологических услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой стоматологической помощи, финансируемой за счет бюджетов различных уровней и средств системы ОМС;
- нормативы объемов стационарной, внебольничной и амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи;
- перечень лекарств, отпускаемых населению аптечными учреждениями по льготам;
- нормативы обеспеченности врачами-стоматологами, работниками со средним специальным образованием.

Несколько из перечисленных показателей (такие как, перечень видов и объемов стоматологической помощи) могут быть отнесены к утвержденной программе государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью. Как нам представляется, эта программа и может являться основным государственным минимальным социальным стандартом в области здравоохранения. Рассчитанные стоимости выполнения программы государственных гарантий на конкретных территориях могут выступать в качестве минимальных бюджетных нормативов (при исключении суммы взносов работодателей на ОМС).⁴⁵ Уточнение некоторых стандартов, касающихся стоматологической помощи населению, позволило бы приблизить планирование стоматологической помощи к реальным условиям территорий ДВФО.

Современные экономические условия развития здравоохранения диктуют необходимость рационального использования трудовых ресурсов. При этом в стоматологии разработка и реализация мер, направленных на повышение эффективности использования персонала и является важнейшей задачей в деле совершенствования организации медицинской помощи населению и удовлетворения потребности в ней.

Планирование амбулаторно-поликлинической помощи населению базируется на определении необходимого числа врачебных должностей, а стоматология, как известно, в основном представлена именно амбулаторно-поликлиническим звеном.

Планирование численности врачей-стоматологов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи в настоящее время должно осуществляться на основе анализа:

- численности врачей по штатным нормативам (в соответствии с существующими нормативными документами);
- занятости врачей (на основе учетно-отчетной документации);
- оценок изменения заболеваемости и распространенности патологии на территории;

⁴⁵ Постановление Правительства РФ от 24.07.01 г. № 550. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» в виде нового классификатора основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

- демографической ситуации, экологической обстановки и т. д.;
- экономических возможностей территории (для которой планируется медицинская помощь) для обеспечения развития медицинской помощи;
- целесообразности и наличия средств для внедрения новых технологий в лечебно-диагностический процесс, способных изменить нагрузку медицинского персонала.

Последний фактор имеет существенное значение для стоматологии, так как в последние годы именно в этой отрасли медицины наблюдается бурный рост и развитие новых медицинских технологий диагностики, лечения и реабилитации. Производство одной и той же медицинской услуги в разных учреждениях может осуществляться разными способами (технологиями), имеющими различные затраты по времени. Поэтому на современном этапе, при планировании численности врачебного персонала в стоматологических учреждениях необходимо опираться на реальные условия оказания медицинской помощи и использовать расчетный (аналитический) способ.

Существующие отраслевые нормативы численности и занятости врачебного персонала, регламентируемые рядом нормативных документов, разработанных и утвержденных десятки лет назад, в значительной мере устарели и не учитывают изменившийся характер патологии населения, новые организационные формы работы. Поэтому при определении потребности в медицинской помощи эти документы можно использовать как методические рекомендации.

После утверждения в 1998 году Правительством РФ программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью⁴⁶, расчеты объемов медицинской помощи по видам (в том числе и стоматологии), включенных в неё, должны были осуществляться во всех субъектах РФ по единой методологии в соответствии с «Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий». Эти методические рекомендации разрабатывались и утверждались Министерством здравоохранения и ФФОМС по согласованию с Министерством финансов⁴⁷. На основании этих документов Правительство РФ и региональные правительства на местах издавали постановления, где эти государственные гарантии закреплялись.

Утверждение подобных методических рекомендаций преследовало следующие основные цели:

- обеспечение соответствия гарантируемых объемов бесплатной медицинской помощи гражданам и необходимых для их реализации финансовых ресурсов;
- введение единой системы планирования финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования, поступающих из обоих источников, и финансовых ресурсов, выделяемых на цели здравоохранения из бюджетов различных уровней;
- повышение эффективности использования общественных средств для оказания населению бесплатной медицинской помощи (предусматривает задания по постепенному внедрению стационарозамещающих технологий, расширению услуг амбулаторно-поликлинического звена);

⁴⁶ Постановление Правительства РФ «Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» № 1096 от 11 сентября 1998 г.

⁴⁷ Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам российской федерации бесплатной медицинской помощи. Москва. 2001. 49 с.

- установление обязательств органов исполнительной власти всех уровней по реализации данной программы.

Указанная методика формировала средние показатели для расчета норматива амбулаторно-поликлинических посещений в год по специальности стоматология в виде 1393 посещений на 1000 детей и 1770 на 1000 взрослых.

Должности врачей-стоматологов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи устанавливаются на определенный контингент населения по возрасту (взрослые, дети) и по месту проживания (в городе, где расположена поликлиника, в других населенных пунктах, в сельской местности). Нормативное соотношение врачебного и среднего младшего медицинского персонала представлено в табл. 3.2.

Таблица 3.2. Нормативная численность среднего и младшего медицинского персонала, приходящегося на одну врачебную должность по разным типам учреждений

Должности*	Число должностей, приходящихся на 1 должность врача					
	медицинских сестер			санитарок		
	стоматологические поликлиники	детские стомат. поликлиники	ЦРБ, амбулатории сельской местности	стоматологические поликлиники	детские стомат. поликлиники	ЦРБ, амбулатории сельской местности
Стоматолог	0,5	0,5	0,5	0,333	0,333	0,333
Стоматолог-хирург	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,333
Стоматолог-ортодонт	–	0,5	–	–	0,333	–
Стоматолог-протезист	0,333	–	0,333	0,333	–	0,333

* Наименования должностей приведены в соответствии с указаниями на них в штатных нормативах на 1.01.2009 г).

Должности заведующих стоматологическим отделением устанавливаются в стоматологических и детских стоматологических поликлиниках на каждые 12 должностей врачей-стоматологов и врачей стоматологов-хирургов, положенных поликлинике по штатным нормативам, но не более 3 должностей на поликлинику; в городских и детских городских поликлиниках в городах с населением свыше 25 тыс. человек ограничений числа этих должностей нет, а порядок установления должностей следующий:

- при числе должностей врачей-стоматологов, врачей стоматологов-хирургов и врачей стоматологов-протезистов (при отсутствии должности заведующего зубопротезным отделением) 7–12 – вместо 0,5 должности врача;
- при числе указанных должностей более 12 – сверх этих должностей.

Схема разработки нормативов по труду медицинского персонала стоматологических подразделений амбулаторно-поликлинических учреждений в основном соответствует общим позициям нормирования труда (рис. 3.3).

Основополагающим этапом разработки нормативов по труду является определение расчетных норм времени. Нормы времени – регламентированные затраты рабочего времени персонала на единицу работы. Эти показатели определяются, как правило, путем проведения хронометражных наблюдений. И хотя, как указывалось, главным врачам предоставлено право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки (обслуживания) и, следовательно, разрабатывать расчетные нормы времени, тем не менее,

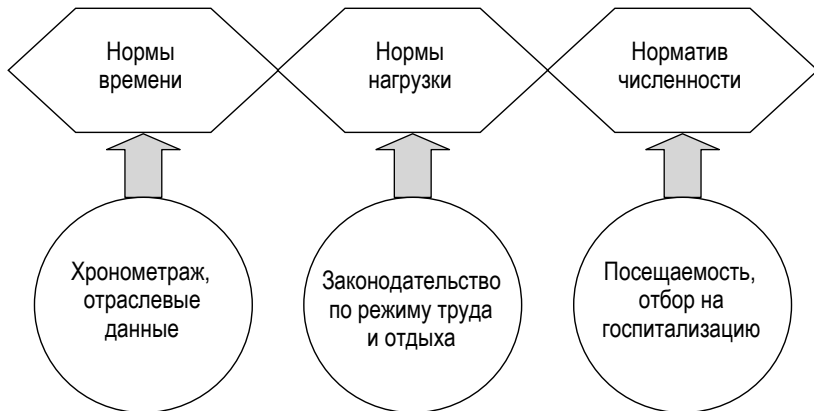


Рис. 3.3. Схема разработки трудовых нормативов медицинского персонала

следует обратить внимание на значительную трудоемкость проведения хронометражных наблюдений и неоправданность применения этого метода в каждом учреждении здравоохранения по всем специальностям. Тем более, что на отраслевом уровне определены затраты труда врача-стоматолога, выраженные в условных единицах трудоемкости. И лишь в том случае, если технология оказания лечебной помощи по конкретному виду значительно отличается от общепринятой, например применение новых композиционных пломбирочных материалов в последние годы, целесообразно устанавливать новые нормы времени проведения хронометражных наблюдений. При этом необходимо соблюдать следующие условия:

- предварительная разработка перечня трудовых операций, свойственных наблюдаемому специалисту;
- определение сроков проведения хронометражных наблюдений для получения репрезентативных материалов;
- проведение экспертной оценки объема и качества медицинской помощи во время проведения хронометражных наблюдений.

Выполнение этих условий предусматривает привлечение к работе высококвалифицированных специалистов, хорошо знающих технологию лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, функциональные обязанности того или иного специалиста и т. д. Расчет сроков проведения хронометражных наблюдений показывает, что для определения нормативных показателей по труду для того или иного специалиста в целом необходимо не менее двух недель, а при дифференциации итогового нормативного показателя, например по возрастному составу пациентов или по отдельным заболеваниям, сроки проведения хронометражных наблюдений увеличиваются. Следующим этапом нормирования труда является расчет норм нагрузки (обслуживания).

Нормы нагрузки (обслуживания) – количество работы, выполняемой в единицу времени в определенных организационно-технических условиях. Для врачей амбулаторного приема этот показатель выражается в числе посещений в день, год или другой отрезок времени, для врачей больничных учреждений – в числе больных в день (или в год).

Введение Приказом Минздрава СССР «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» от 25.01.88 № 50 измерений объема работы врачей-стоматологов в условных единицах трудоемкости (УЕТ) вступило в противоречие, не ликвидированное до сих пор, между учетной и отчетной документацией. Дело в том, что в отчетах ЛПУ деятельность врачей-стоматологов показывается по-прежнему в виде числа посещений, а учет по указанному нормативному документу предусмотрен в виде УЕТ. Этим же приказом определена и норма выработки (нагрузки) на рабочий день: 21 УЕТ при 6-дневной и 25 УЕТ при 5-дневной рабочей неделе.

Расчет планового годового объема деятельности врача-стоматолога, выраженного в УЕТ – показателя, аналогичного общепринятой для врачей амбулаторного приема плановой функции врачебной должности, – осуществляется по формуле:

$$Б = d (365 - в - п - z), \quad (1)$$

где: **Б** – годовой планируемый объем работы врача-стоматолога (в УЕТ); **d** – нормативная нагрузка врача в день; **в** – число выходных дней в году; **п** – число праздничных дней в году; **z** – число дней отпуска.

Необходимо отметить, что ряд авторов предлагает иную формулу исчисления (Вагнер и соавтр, 2000 г.)

В соответствии с Постановлением Минтруда РФ «Об утверждении разъяснения «О некоторых вопросах, возникших с переносом выходных дней совпадающих с праздничными днями» от 29.12.92 № 65,, и последующими ежегодными решениями годовой бюджет рабочего времени исчисляется по пятидневной рабочей неделе. В связи с этим, величина показателей *d*, *в* и *z* в предыдущей формуле выражается в числе дней в расчете на пятидневную рабочую неделю.

Планирование стоимости амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи

Нормативы по труду для врачей-стоматологов амбулаторно-поликлинических учреждений определяют, как указывалось, затраты рабочего времени врача в расчете на одну условную единицу трудоемкости, за которую принято время наложения пломбы при поверхностном или среднем кариесе. Следовательно, при существующей нормативной базе по труду за расчетную единицу целесообразно принимать одну условную единицу трудоемкости (УЕТ)⁴⁸.

В качестве единицы финансирования может использоваться:

- условная единица трудоемкости,
- посещение,
- объем стоматологической помощи на одного обратившегося,
- объем стоматологической помощи, рассчитанный на одного прикрепленного к учреждению жителя и др.

Для определения исходных показателей необходима информация, не содержащаяся в отчетной документации, требуется разработка первичных учетных форм, а в ряде слу-

⁴⁸ В настоящее время в стоматологии разработан достаточно подробный «Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)» (прим. авторов).

чаев – и постановка текущего учета.

Начальным этапом расчета является определение стоимости условной единицы трудоемкости. При расчетах стоимостных показателей амбулаторно-поликлинической помощи можно воспользоваться Приказом ФФОМС «О методических рекомендациях по расчету тарифов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи» от 12.10.95 № 72 с учетом особенностей нормирования труда врачей-стоматологов. Следует отметить, что при расчете стоимости большую помощь оказывает использование первичной медицинской документации в ЛПУ стоматологического профиля.

Формы первичной медицинской документации стоматологических учреждений для обеспечения полноты и достоверности информации

- *Медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у);*
- *Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у);*
- *Журнал записи амбулаторных операций (форма № 069/у);*
- *Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (форма № 037/у-88);*
- *Дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта (форма № 039-3/у);*
- *Дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда (форма № 039-4/у);*
- *Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф. № 037-1/у);*
- *Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма № 028/у).*

В той сложной финансовой ситуации, в которой находится отечественная стоматология, все большее значение приобретает экономическая сторона деятельности стоматологических учреждений. Рациональное использование трудовых, материальных и финансовых ресурсов требует экономической грамотности руководителей ЛПУ и навыков в стратегическом планировании, особенно при реализации перехода на новые организационные технологии производства стоматологических услуг.

3.3. Обоснование и планирование выбора варианта перехода на организационную технологию врача стоматолога общей практики

По мере того как проблемы со стоматологическим здоровьем жителей региона усложняются, формируются два направления, которые способствуют росту нашей озабоченности по поводу повышения спроса на стоматологические услуги, причем эту озабоченность не сможет сгладить прогресс внедрения индустриальных технологий в систему стоматологической помощи населению Дальнего Востока России.

Первое направление – растет информационный разрыв между пациентом и врачом, поскольку часто на помощь призываются узкие специалисты для проведения манипуляций, которые необходимы пациенту иногда только один раз в жизни, а иногда эти сложные услуги не нужны вовсе.

Второе направление – тариф на производство услуг обычно больше для сложных/запущенных заболеваний – таким образом, даже информированные потребители получают небольшую отдачу от того, что сами тщательно взвешивают все возможнос-

ти, прежде чем выбрать конкретного врача-стоматолога или стоматологическое учреждение.

Однако как раз в этих двух проблемных областях – неинформированность потребителя и «моральный риск» – рынок услуг врачей-стоматологов с его растущей конкуренцией и будет оказывать далеко идущее воздействие. Результат конкуренции на рынке услуг врачей – возрастающее количество информации. Врач-стоматолог должен бороться за пациентов, частично через предоставление информации, профилактику, направлений к узким специалистам и даже через услуги, состоящие в анализе использования ресурсов для работодателей своих пациентов. Врача первичной помощи все более будут оценивать на основе его работы как лицо, обеспечивающее взаимодействие между отдельным пациентом и системой стоматологической помощи в целом.

Развитие отрасли здравоохранения ДВФО и сферы производства стоматологических услуг должно основываться на тщательно выверенных прогнозах, как экономического и социального развития региона, на прогнозировании уровней заболеваемости, инвалидности и смертности, что предопределяет уровни потребления медицинской (стоматологической) помощи различных групп населения.

Разработка прогнозов развития региональной системы стоматологической помощи населению состоит из трех этапов.

Первый этап. Разработка региональных сценариев развития стоматологии соответствующих территорий на основе анализа социально-экономической ситуации в регионе за предыдущий период и данных среднесрочного прогноза.

Второй этап. Разработка предварительного варианта основных показателей прогнозов стоматологии субъекта РФ. При этом осуществляется анализ тенденций развития, оценка степени их обобщенности и достоверности.

Третий этап. Разработка уточненных показателей прогноза развития стоматологии субъекта РФ (с учетом оценки социально-экономической ситуации региона в текущем году, вариантов стабилизации развития отрасли здравоохранения и региональной стоматологии, а так же с учетом уточненных сценарных условий функционирования региональной экономики и индексов-дефляторов цен, определенных Минэкономики РФ).

Основные показатели региональной стоматологии составляют услуги государственных ЛПУ стоматологического профиля. Учитываются показатели ЛПУ, оказывающих рыночные (платные) услуги, определяется размер выручки от реализации этих услуг.

Прогнозный выпуск рыночных услуг (в постоянных ценах) может определяться:

- *дефлятированием прогнозного выпуска (в текущих ценах) прогнозными индексами потребительских цен на соответствующие виды услуг;*
- *экстраполяцией выпуска (в текущих ценах) базисного года по соответствующим прогнозным индексам физического объема: численности обслуженных больных, произведенным стоматологическим услугам, числу УЕТ и т. п.*

Объем нерыночных услуг стоматологии определяется в размере текущих затрат (по элементам) ЛПУ, предоставляющих эти услуги, включая потребление основного капитала. Основными элементами промежуточного потребления (текущих затрат) в ЛПУ стоматологического профиля являются расходы на медикаменты и средства медицинского назначения, белье и спецодежду, а так же хозяйственные расходы. Для оценки текущих

затрат в постоянных ценах могут использоваться прогнозные индексы розничных цен на медикаменты, хозяйственные расходы и пр.⁴⁹

Одной из ключевых проблем стоматологии при переходе к рынку является способность государства обеспечивать конституционное право личности на охрану стоматологического здоровья и получения гарантированной стоматологической помощи нужного объема и качества. Острота проблем формируется в связи с продолжающимся экономическим кризисом и значительным дефицитом финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, нарастанием негативных тенденций в состоянии здоровья населения. В связи с этим региональная стоматология все больше и больше финансируется за счет личных средств граждан.

В малонаселенных территориях ДВФО следует с определенной долей осторожности применять общепринятые для России методики планирования и прогнозирования, а в конечном итоге, и нормирования стоматологии, особенно с точки зрения формирования структуры учреждений и ресурсного обеспечения технологий оказания стоматологической помощи. В связи с выше указанным, планирование и прогнозирование стоматологической помощи населению региона должно отвечать требованиям рынка и складывающимся тенденциям развития стоматологических учреждений. Сегодня в составе государственных (муниципальных) стоматологических учреждений появляются подразделения, оказывающие только платные услуги, формируется механизм скрытой аренды, прослеживается отчетливая тенденция закрытия стоматологических кабинетов на предприятиях и в школах, сворачивание технологий профилактической направленности, кроме того, активно развивается альтернативный (частный) сектор стоматологических услуг.

Начавшийся в начале 90-х годов процесс демонтажа государственно – монополистических структур и административно-командного стиля управления в отрасли здравоохранения, не должен означать полной, никем неконтролируемой децентрализации и отказа от государственного регулирования рынка медицинских услуг, в том числе и стоматологической помощи населению. В обозримом будущем необходимо создание гибкой системы государственного влияния на два противоречивых начала – план и рынок.

Проведенный нами анализ существующих стоматологических учреждений на Дальнем Востоке России позволяет сделать вывод о наличии трех основных типов ЛПУ: самостоятельные стоматологические поликлиники (три основных варианта), стоматологические отделения в составе разных ЛПУ и стоматологические кабинеты, как отдельные, так и в составе ЛПУ и других учреждений. С точки зрения собственности все три типа организации стоматологических учреждений входят в государственную (муниципальную) стоматологическую сеть ЛПУ. В альтернативном (частном) секторе чаще всего встречается стоматологический кабинет и зуботехническая лаборатория.

В ближайшем будущем предстоит большая работа по формированию структурно-организационного стандарта стоматологического учреждения модульного типа с соблюдением требований стандартов к зданиям и сооружениям, оборудованию, организационным и медицинским технологиям, отвечающих требованиям сегодняшнего дня в виде конкуренции между ЛПУ государственного и частного секторов, потребностям рынка и

⁴⁹ Методические рекомендации к разработке показателей прогнозов социально-экономического развития субъектов Российской Федерации/Минэкономики РФ – Москва. – 2000.

упорядочения взаимоотношений между производителями и потребителями стоматологических услуг.

Существенным недостатком рынка стоматологической помощи населению региона является его монополярная ориентированность на попытку сохранения традиционной, т. н. «бесплатной» стоматологической помощи, несмотря на радикальные изменения в экономике и отсутствие средств на бездефицитное обеспечение территориальных программ государственных гарантий населению по оказанию бесплатной медицинской помощи.

Главным вопросом для успешного социального прогнозирования и управления стоматологической помощью на региональном уровне является знание конкретной потребности населения и необходимых для ее обеспечения ресурсов с учетом региональных особенностей (развития экономики и социальной сферы, плотности расселения, транспортных связей, наличной сети стоматологических ЛПУ и т. п.). Формирование социальных норм и нормативов в стоматологии должны отвечать требованиям рынка, а при планировании стоматологической помощи населению необходимо использовать методологию социального прогнозирования заключающейся в использовании механизмов поискового (технологического) и нормативного (по заранее заданным критериям) прогнозирования. Использование методологии социального прогнозирования в стоматологии, позволит с достаточной долей достоверности сформировать комплексные (материальные, кадровые, финансовые) нормативные критерии стоматологической службы субъекта РФ, исходя из конкретных социально-экономических условий территории.

В новой модели управления стоматологическими учреждениями нормативы не должны носить директивного характера, а использоваться в качестве научных ориентиров, с помощью которых органы управления составят маркетинговый проект обеспечения населения конкретной территории необходимыми видами и объемами стоматологической помощи, которые наиболее целесообразны, социально и экономически оправданы для реализации именно на данной конкретной территории ДВФО.

В условиях формирующегося рынка в отечественном здравоохранении весьма легко и естественно к функционированию в условиях рыночных отношений вошли стоматологи (Бутова В.Г. и др., 1999). Во-первых, стоматологи во всем мире, независимо от принятой в стране системы здравоохранения, имеют обширный опыт оказания платных услуг населению, во-вторых, при принятии соответствующей законодательной базы еще во времена «кооперативного движения» именно стоматологические услуги можно было наиболее просто, безопасно и выгодно предложить на рынке медицинских услуг.

В конце 80-х – начале 90-х годов в крупных городах России появилось множество частных стоматологических кабинетов, кооперативов, центров и фирм, предлагающих населению платные медицинские услуги. В этих условиях вопросы современного менеджмента и маркетинга в стоматологии приобрели особую актуальность, которая сохраняется до настоящего времени, несмотря на ряд опубликованных работ, посвященных данной проблеме (Леонтьев В.К., 1995; Ашуров Г.Г., 1997; Бутова В.Г., 2000). Внедрение рыночных методов хозяйствования в стоматологию показало, что государственная система стоматологического обслуживания имеет еще определенный потенциал реформирования.

Очевидно, что именно рынок с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью работников позволит перейти к принципам нормирования и сти-

мулирования труда по таким приоритетным направлениям, которые обеспечивали бы гарантированный уровень удовлетворенности потребностей населения в различных видах стоматологической помощи, в первую очередь в их профилактических направлениях. Безусловно, что только врач-стоматолог общей (семейной) практики с определенной (подушной) системой оплаты труда заинтересован не в производстве максимального объема стоматологических услуг, а в сохранении стоматологического здоровья своих пациентов. Вполне естественно, что исходя из социально-экономического многообразия региона, возможно несколько основных вариантов перехода на организационную технологию врача-стоматолога общей практики.

Три основных модели перехода к технологии врача-стоматолога общей практики⁵⁰

Первая модель. При переходе к первой модели происходит передача врачу-стоматологу общей практики объемов помощи от врачей узких специальностей – терапевта, хирурга, ортопеда. При переходе к первой модели общей врачебной практики в результате передачи объемов помощи от врачей – узких специалистов-стоматологов происходит значительное сокращение потребности во врачах – узких специалистах (терапевт, хирург, ортопед).

Вторая модель. Она представляет собой принципиально новый рубеж, так как предполагается интеграция деталей стоматологии в систему врача-стоматолога общей (семейной) практики, т. е. переход к семейному врачу. По этой модели врачу-стоматологу общей практики передаются основные объемы помощи от детского стоматолога. Таким образом, по реализации этой модели вместо детского стоматолога и врача общей практики формируется совершенно новая фигура в здравоохранении – врач-стоматолог общей (семейной) практики. Он становится ведущей фигурой первичной стоматологической помощи. На него возлагается весь основной объем этой помощи населению, переданный ему от врачей-стоматологов узких специальностей и детских стоматологов.

Третья модель. Третья модель врача-стоматолога общей врачебной (семейной) практики сложилась в результате развитой на сегодня сети коммерческих стоматологических учреждений по оказанию основных стоматологических услуг, включая профилактическую деятельность. В реальной ситуации возможно еще несколько вариантов, но в связи с тем, что по нашим прогнозам значительную часть рынка стоматологических услуг займут производители из коммерческого (негосударственного) сектора, то третья модель сегодня наиболее жизнеспособна. Её жизнеспособность обуславливается высоким уровнем мотиваций собственников ЛПУ негосударственного сектора. Когда врач-стоматолог не захочет делиться своими доходами с другими специалистами и другими ЛПУ. Он стремится максимальное количество стоматологических услуг производить в рамках деятельности своего частного предприятия в удобное для клиента время и в максимальном объеме.

Что же относительно государственного сектора производителей стоматологических услуг, то помимо средств бюджета и обязательного медицинского страхования руководители ЛПУ могут привлечь к финансированию своих учреждений иные источники:

⁵⁰ Нимаев Б. Ц. Медико-организационные модели перехода к общей врачебной (семейной) практике в стоматологии. Проблемы управления здравоохранением с. 48–53 – Москва. – 2000.

средства предприятий и населения за медицинские услуги, гранты и др. Привлечение всех этих источников, как правило, является инициативным делом руководителя ЛПУ.

Все внебюджетные средства учреждений, согласно правилам бухгалтерского учета, можно условно разделить на три группы:

- целевые (средства, предназначенные для финансирования определенных мероприятий целевого назначения. К целевым средствам обычно относят гранты, средства, полученные от спонсоров, от отраслевых и межотраслевых фондов специального назначения);
- от приносящей доходы деятельности (средства от сдачи имущества в аренду, проценты банка по депозитным счетам и т. д.);
- от предпринимательской деятельности (доходы от платных медицинских услуг, дополнительные сервисные услуги, гостиничные услуги и др.).

Каждый из видов деятельности, каждый из этих источников имеет свой правовой статус, правила учета, расходования, налогообложения и др. Поэтому очень важно понимать, к какой из перечисленных выше групп относятся средства, дополнительно полученные организацией здравоохранения. Таким образом, в основе функционирования большинства стоматологических учреждений, независимо от формы собственности лежит предпринимательская деятельность, в рамках которой и формируется значительная часть мотиваций врача-стоматолога общей практики в условиях рынка.

Определение. Предпринимательской деятельностью является самостоятельная деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке. В то же время определение предпринимательской деятельности (бизнеса), повсеместно используемое в литературе, применительно к предпринимательству в здравоохранении (стоматологии) нуждается в уточнении и дополнении.

Предпринимательством в здравоохранении следует считать деятельность организаций и частных лиц, направленную на получение прибыли, путем оказания медицинских или иных услуг.

Как социально-экономическое явление предпринимательство комплексно отражает систему отношений, возникающих в процессе производства и реализации товаров и услуг медицинского назначения между всеми участниками на всех этапах организации медицинской помощи. Основные классификационные признаки медицинского предпринимательства:

- форма собственности на имущество, используемое в предпринимательской деятельности;
- вид продукта предпринимательской деятельности;

В зависимости от формы собственности различают государственное (оказание медицинских услуг государственными (муниципальными) организациями на коммерческой основе), частное и смешанное предпринимательство.

Предпринимательство в стоматологии – это не только производственное (ориентированное на оказание стоматологических и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов), но и торговое, финансовое, страховое и посредническое предпринимательство.

Торговое предпринимательство в сфере здравоохранения – это купля-продажа товаров медицинского назначения. При осуществлении любой торговой операции неизбежны разного рода расходы: на поиск и покупку товаров (у их производителя или у другого продавца), доставку товаров в торговую точку или непосредственно покупателю, обеспечение сохранности товаров в период их транспортировки и хранения, страхование рисков, а в ряде случаев – и на послепродажное (гарантийное) обслуживание. Все расходы, а вместе с ними и предпринимательская прибыль учитываются в торговой наценке к стоимости продаваемого товара. Примером торгового предпринимательства может служить работа частных предприятий по продаже и ремонту медицинской техники. В последнее время многие государственные (муниципальные) организации здравоохранения создают собственные подразделения, занимающиеся торговым предпринимательством.

Планирование предпринимательской деятельности в организациях здравоохранения (бизнес-планирование)

В условиях рыночной экономики, особенно для новых организационно-правовых форм производителей стоматологических услуг, необходимо определить перспективы деятельности того или иного стоматологического учреждения, исходя из целей получения максимального экономического эффекта его функционирования. Достижению этой цели во многом способствует бизнес-планирование.

Бизнес-план – это системный документ, который обобщает анализ возможностей для начала или расширения бизнеса, в какой-либо конкретной ситуации, и дает четкое представление о том, каким образом руководители данного стоматологического учреждения намерены использовать эти возможности. Этот документ содержит ориентиры деятельности стоматологического учреждения, дает возможность определить степень его устойчивости в условиях конкуренции и, кроме того, используется для привлечения партнеров и получения финансирования.

Разрабатывая бизнес-план, нужно четко определить, на какие категории населения рассчитаны новые стоматологические услуги. Необходимо также стремиться с максимальной степенью достоверности оценить экономические категории: доходы, расходы, себестоимость и др.

Бизнес-план имеет и самостоятельную ценность, как эффективный инструмент управления, помогающий руководителю разобраться в перспективах роста учреждения, предвидеть возможные изменения и проблемы в будущем, контролировать текущую ситуацию и оценивать результаты. Перспективы развития стоматологического учреждения в бизнес-плане оценивают на период окупаемости вложений (обычно на 2–3 года). Основным объектом бизнес-планирования является механизм эффективного планирования и прогнозирования деятельности ЛПУ.

Методика бизнес-планирования предусматривает последовательную реализацию следующих этапов:

- краткая характеристика стоматологической организации (организационно-правовой статус, перечень видов деятельности);
- производственный план (основная стоматологическая деятельность, перспективы развития);

- план маркетинга (анализ сегментов рынка стоматологических услуг, выбор целевого рынка, позиционирование на рынке, изучение конкурентов, медицинских товаров и услуг, общественного мнения, реклама и др.);
- организационный план (схема управления, кадры стоматологического учреждения);
- финансовый план (этапы инвестирования, стратегия доходов и расходов ЛПУ стоматологического профиля);
- резюме или оценка эффективности (выбор количественных критериев эффективности деятельности, пути их достижения и т. п.).

Организационно-правовые формы предпринимательской деятельности в стоматологии

Гражданский Кодекс РФ предусматривает следующие организационно-правовые формы субъектов предпринимательской деятельности:

- хозяйственные товарищества (полные и командитные);
- хозяйственные общества (с ограниченной ответственностью, с дополнительной ответственностью, акционерные);
- производственные кооперативы;
- государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Перечисленные организации по законодательству Российской Федерации являются коммерческими, то есть извлекающими выгоду-прибыль. Помимо коммерческих, действующим законодательством предусмотрена возможность создания некоммерческих организаций. Некоммерческой является организация, не имеющая в качестве своей основной цели извлечение прибыли и не распределяющая полученную прибыль между участниками.

Основными видами предпринимательской деятельности организаций здравоохранения являются:

- оказание (реализация) платных медицинских услуг;
- реализация и использование имущественно-материальных ценностей;
- сдача в аренду и субаренду имущества;
- финансовые вложения в депозиты, ценные бумаги;
- участие в финансовом и ином лизинге;
- добровольное медицинское страхование.

Необходимо отметить, что в нашей стране отсутствует ограничение предпринимательства, таким образом любое заинтересованное лицо может заниматься, как предпринимательством в здравоохранении (при соблюдении лицензионных требований), так и в других областях одновременно.

Платные услуги в стоматологии и их ценообразование

Медицинская услуга – это вид медицинской помощи, оказываемый медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения населению. Медицинская услуга начинает выступать как специфический товар, который обладает отличительными свойствами.

Платная медицинская услуга – это услуга, оказываемая на возмездной договорной основе. Юридические лица могут оказывать как платные медицинские (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), так иные, не медицинские (сервисные) услуги.

Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату государственными ЛПУ, устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации уполномоченными на то органами исполнительной власти субъекта РФ или муниципального образования. Цены на медицинские услуги частных ЛПУ формируются согласно ценовой политике и системе налогообложения каждого конкретного предприятия.

Ценообразование – это процесс формирования цен, определение их уровней и соотношений. Объективной основой формирования цены являются общественно необходимые затраты труда и материальных ресурсов необходимых для получения результата, которые посредством денег получают выражение в цене. Другой объективной составляющей ценообразования является рынок, задающий конкурентно способный уровень цены.

Влияние государства на рынок стоматологических услуг противоречиво

Государство способно влиять не только на ситуацию в общественном здравоохранении, но и посредством этого на уровень цен в коммерческом секторе стоматологии: чем более доступны, чем более качественно бесплатно оказываемые стоматологические услуги, тем сложнее положение тех, кто оказывает рыночные платные (коммерческие) услуги, тем ниже спрос и ниже цены на платные стоматологические услуги, и наоборот. Поэтому имеет место неравномерность распределения спроса на стоматологические услуги между рынками платных и бесплатных услуг. При этом государственные учреждения в сегменте платных услуг играют роль самостоятельных игроков–предпринимателей, тем самым влияя на уровень цен, так как себестоимость их основных средств при ценообразовании не исчисляется, чего не может не учитывать рынок.

В свою очередь это ведет к ценовой диспропорции, когда, с одной стороны, высокие цены на коммерческие услуги вызываются невозможностью или сложностью получения каких-либо стоматологических услуг бесплатно (высокотехнологичные услуги, нетрадиционные виды услуг и т. п.), а с другой стороны, низкие цены на другие услуги связаны с широкой возможностью получения этих услуг бесплатно (виды услуг, входящие в программу ОМС или финансируемые из бюджета).

Государственные (муниципальные) учреждения на рынке коммерческих стоматологических услуг работают по демпинговым ценам, поэтому по многим видам стоматологических услуг частные медицинские учреждения не могут составить им ценовую конкуренцию.

Пути решения проблемы перекосов ценообразования

1. Снятие необоснованных ограничений в вопросах ценообразования бюджетных учреждений при оказании платных услуг (цены должны устанавливаться с уче-

том полного экономического расчета и рыночных факторов – исчисления фактических затрат на основные средства, учета спроса и предложения).

2. Создание равных экономических условий для предпринимательской деятельности бюджетных и частных стоматологических учреждений.

Это, в свою очередь, предполагает два основных момента:

- предупреждение финансовых нарушений в бюджетных учреждениях, связанных с нецелевым использованием бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования (практическая реализация требования раздельного учета доходов и расходов по предпринимательской деятельности);
- включение в цену услуги амортизации любого используемого имущества. Но та часть амортизации, которая начислена на государственное (муниципальное) имущество, должна возвращаться в бюджет или учитываться в составе бюджетного финансирования.

Тем самым будет ликвидирована основа деформации рынка стоматологических услуг с точки зрения ценообразования.

Финансовый контроль предпринимательской деятельности государственной стоматологической организации

Многоканальность финансирования организаций здравоохранения в условиях рынка требует от руководителей всех уровней повышения эффективности в использовании ресурсов, в том числе и финансовых, роль которых резко возрастает, так как их можно быстро трансформировать в другие виды ресурсов (трудовые, материальные).

В зависимости от видов деятельности государственного ЛПУ финансовый контроль предпринимательской деятельности осуществляют:

- представительные органы государственной власти и местного самоуправления;
- контрольные органы исполнительной государственной власти и местного самоуправления;
- ведомственные контрольные органы;
- органы налоговой службы
- аудиторские компании.

Финансовый контроль деятельности частных ЛПУ осуществляет руководитель организации, собственник, или по поручению собственников аудиторские организации. Налоговые органы осуществляют контроль за налогообложением субъекта предпринимательства.

Внедрение рыночных методов хозяйствования, как в частном, так и в государственном секторе производства стоматологических услуг показало, что государственная система стоматологического обслуживания населения имеет еще определенный потенциал реформирования. Таким образом, формирование рынка стоматологических услуг, в регионе, интенсивное его развитие, появление большого числа негосударственных стоматологических организаций, потенциал реформирования муниципальных стоматологических поликлиник ставят решение проблемы формирования современных подходов к управлению стоматологической службы региона в ряд весьма актуальных.

В связи с этим на протяжении ряда лет (1999–2008 гг.) авторами проводится комплексное медико-организационное исследование в системе стоматологичес-

кой службы региона, нацеленное на анализ происходящих изменений в организации стоматологической помощи населению в последние годы. Безусловно, что проводимый системный анализ и последующие выводы опирались на концептуальные вопросы реализации стратегии экономического развития Дальнего Востока России.

Следует отметить, что еще в 2000 году были уточнены основные приоритеты социально-экономического развития региона на следующее десятилетие, а в начале 2007 года Президентом и Правительством РФ в стратегические планы были внесены существенные позитивные изменения. Взято направление на преодоление негативных тенденций в социально-экономическом развитии с созданием условий для деловой активности, для структурной перестройки экономики региона путем смещения акцентов в сторону высокоэффективных производств и сферы услуг и его конкурентных преимуществ⁵¹. И все-таки среди приоритетных направлений развития региона было выделено несколько основных: охрана здоровья населения, повышение качества образования, адресное обеспечение социальными гарантиями, осуществление адресной социальной помощи, оздоровление экологической обстановки, обеспечение равных условий доступности благ и услуг культуры, образования, социального обеспечения для всех слоев населения, усиление правопорядка; обеспечение устойчивого роста заработной платы работников бюджетной сферы с учетом тенденций увеличения заработной платы в отраслях экономики региона.

К сожалению, стратегия диверсификации экономики Дальнего Востока России в 2000–2008 гг. с треском провалилась. Сегодня девять из десяти субъектов региона являются дотационными, и их руководство рассчитывает только на помощь «из Москвы», а весь регион по оценкам серьезных экономистов является «зоной экономической депрессии». Тем не менее, все без исключения субъекты ДВФО наметили основные механизмы повышения эффективности отрасли здравоохранения:

- приведение уровня финансирования отрасли здравоохранение к расчетным нормативам территориальной программы государственных гарантий населению;
- создание единой и экономически целесообразной сети учреждений здравоохранения на территории региона, увеличение разнообразия организационно-правовых форм медицинских организаций;
- расширение рынка платных медицинских услуг;
- укомплектование учреждений здравоохранения региона высококвалифицированными кадрами;
- развитие и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, оснащение их современным лечебно-диагностическим медицинским оборудованием, санитарным транспортом;
- внедрение новых технологий профилактики заболеваний и лечебно-диагностического процесса;
- обеспечение доступной лекарственной помощи для всех слоев населения, контроля качества лекарственных средств, государственное регулирование цен на меди-

⁵¹ 1. Лексин В.Н., Швецов А.Н. Программные методы регулирования регионального развития // Российский экономический журнал. 1996. № 2.

2. Лексин В., Швецов А. Общероссийские реформы и региональное развитие. (Серия статей) // Российский экономический журнал. 1999. № 4, 11, 12.; 2000. № 1, 8.

каменты, централизация их закупок на конкурсной основе для нужд медицинских учреждений;

- реализация федеральных и территориальных программ по охране здоровья населения;
- приоритетная охрана здоровья матери и ребенка;
- осуществление в установленном порядке контроля за правильным и эффективным использованием бюджетных средств и средств фонда ОМС, контроля качества медицинской помощи и условий ее предоставления;
- совершенствование взаимодействия с федеральными и муниципальными структурами по вопросам организации медицинского обеспечения населения;
- проведение мероприятий по санитарно-эпидемиологическому благополучию территории.

К сожалению, стратегия реформирования стоматологической службы пока не нашла отражения в механизмах повышения эффективности функционирования отрасли здравоохранения региона, хотя по ряду параметров, прежде всего экономического характера, ЛПУ стоматологического профиля могут и должны весьма эффективно функционировать в условиях рыночной экономики. Служба в целом продолжает сохранять проблемы, накопленные в период экономического спада и разрушения вертикали управления. Прежде всего это сохранение структурных диспропорций ЛПУ, низкое качество и доступность стоматологической помощи, торможение на всех уровнях внедрения технологии работы врача-стоматолога общей (семейной) практики.

В то же время, вне зависимости от формы собственности стоматологические учреждения региона испытывают недостаток в кадрах, обладающих не только достаточной клинической подготовкой, но, что еще более важно, имеющих подготовку по управлению стоматологической клиникой в рыночных условиях. В США и, в гораздо меньшей степени, в Великобритании, где довольно успешно реализуются семейный подход в стоматологическом обслуживании населения, существует конфликт между медицинским персоналом и администрацией ЛПУ. Началось это еще тогда, когда сформировалась новая специальность – врач-администратор. Эти талантливые и высококвалифицированные люди, у части которых имелось как медицинское, так и менеджерское образование, часто обрекают себя на трудную жизнь, подвергаясь критике коллег с обеих сторон, считавших терпимость с обеих сторон несбыточной мечтой⁵².

Специальность стоматолога-администратора (менеджера), еще довольно редка в России. Процесс лечения в современной стоматологии сложен, и в нем часто пересекаются сферы интересов врачей-стоматологов, администраторов и экономистов, а совместимость интересов не всегда учитывается. Для повышения эффективности процессов лечения необходимо сотрудничество. Основу для приобретения подобных навыков сотрудничества составляет хорошая осведомленность каждой из сторон о работе другой, причем обе стороны должны быть готовы пересмотреть (и, возможно, изменить) свои давнишние привычки, предпочтения и технологию работы.

Администраторы стоматологических ЛПУ должны обладать практической информацией об условиях, в которых врачи принимают свои решения, работая непосред-

⁵² Berwick D., Enthoven A., Bunker J. Quality management in the NHS: the doctor's role – II British Medical Journal. 1992. V. 25 January. P. 304–308.

твенно в стоматологических кабинетах. Они должны понять меру ответственности лечащих врачей и неопределенность научных знаний, на основе которых последние должны принимать решения. Для этого, как администраторы и экономисты, так и врачи-стоматологи должны изучить системные методы оценки медицинской помощи, анализа затрат и доходов, статистические методы клинических исследований, анализа решений и управления результатами лечения, включающее методологию регулирования риска. Для эффективного управления стоматологическими учреждениями, принятия решений необходимы навыки объективного сбора и анализа статистической информации. В перспективе подготовка врачей-стоматологов и администраторов ЛПУ стоматологического профиля будет смещаться с коллективных форм обучения к индивидуальным формам, сосредоточивая основное внимание на экономике здравоохранения, статистике, информационных науках и медицинской социологии. Специалисты, прошедшие обучение, по этим программам займут ведущее положение в стоматологической службе региона.

В обозримом будущем стоматологической службе региона будет недостаточно просто иметь небольшое число высокообразованных и одаренных администраторов-стоматологов. Врачи-стоматологи общей практики и узкие специалисты также будут нуждаться в приобретении навыков управления и количественного анализа результатов деятельности ЛПУ стоматологического профиля.

Врачи-стоматологи общей практики для выполнения своей ответственной работы должны будут разбираться в теории принятия решений и методологии управления ЛПУ по результатам деятельности. Они должны будут уметь извлекать преимущества из технологии использования компьютеризованных медицинских информационных систем и доступа через них к клиническим и прочим данным для уточнения решений по выбору методов профилактики, лечения и реабилитации (рис. 3.4 и 3.5).

Текущие программы (бюджеты) ориентируют оперативные подразделения стоматологической организации независимо от формы собственности в их повседневной работе, направленной на обеспечение текущей рентабельности. Стратегические программы закладывают основы будущей рентабельности, что требует создания специальной системы исполнения, построенной на управлении проектами. Как правило, в условиях малых предприятий к разряду которых относится большинство коммерческих стоматологических организаций региона и где реально работают врачи-стоматологи общей практики, наиболее рациональным вариантом управления является технология управления по результатам деятельности.

Стратегический план выражен стратегией ЛПУ стоматологического профиля. В нем содержатся решения относительно сфер деятельности и выбора новых направлений.

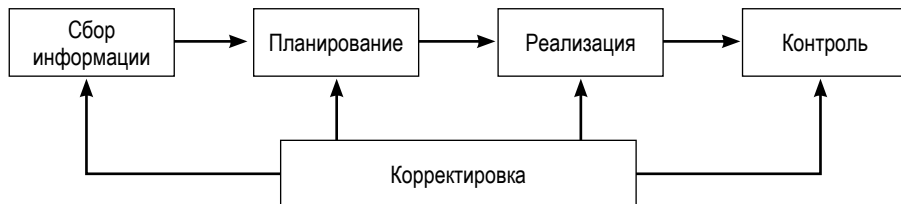


Рис. 3.4. Общая схема процесса управления ЛПУ стоматологического профиля

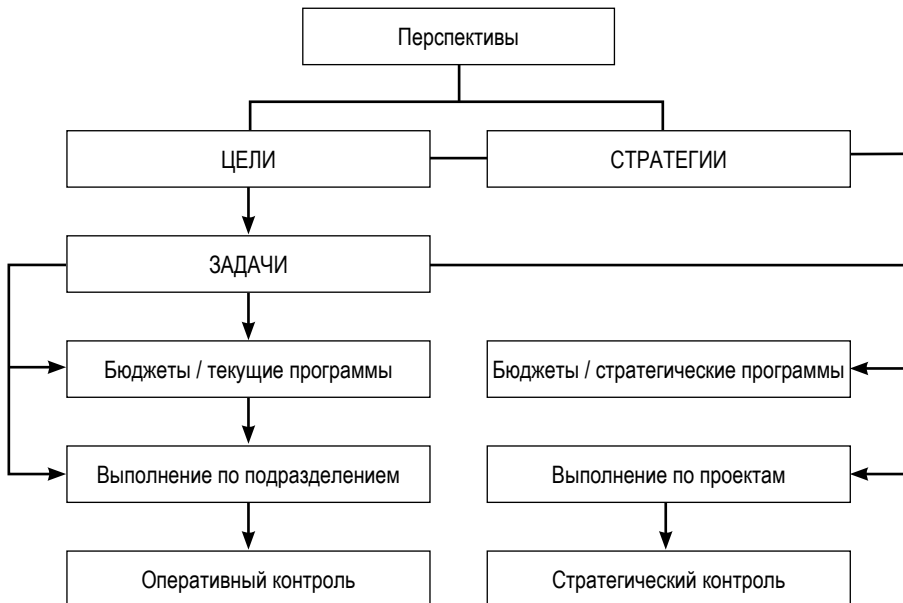


Рис. 3.5. Схема стратегического планирования в стоматологии

В нем могут перечисляться основные проекты и задаваться их приоритеты. Как правило, эти планы разрабатывается не только на уровне высшего звена управления крупного стоматологического ЛПУ, но врачом-стоматологом общей практики – владельцем небольшого стоматологического предприятия. Обычно стратегический план не содержит количественных показателей.

Среднесрочные планы охватывают трехлетний срок, как наиболее удобный для обновления производственного аппарата и ассортимента продукции. В них формируются основные задачи на установленный период, например, производственная стратегия организации, стратегия сбыта, финансовая стратегия и т. п.

Текущее планирование осуществляется путем детальной разработки (обычно на год) оперативных планов для ЛПУ или частного кабинета. Основными звеньями текущего плана являются календарные планы. Особенно часто в ходе текущего планирования разрабатываются планы маркетинга.

Удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20–25%, составляя 345–550 случаев на 1000 жителей; обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам-участковым терапевтам. В более чем 99% случаев больные обслуживаются в амбулаторно-поликлинических ЛПУ стоматологического профиля. В структуре заболеваний, требующих госпитализации (около 1%), ведущее место занимали одонтогенные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. На долю стоматологической заболеваемости приходилось до 0,5% всех случаев временной нетрудоспособности.

В течение последних десятилетий по рекомендациям ВОЗ в некоторых странах формировалась система многоуровневого стоматологического обслуживания населения, в основе которой лежали принципы самостоятельности и завершенности помощи, оказываемой на каждом уровне. В системе здравоохранения СССР были предпосылки для реализации этой многоуровневой системы, но, к сожалению, в силу политических обстоятельств до широкого практического внедрения дело не дошло. Поэтому в начале XXI века стоматологическая служба Дальневосточного региона стоит перед решением давно назревшей проблемы: реорганизации первичной медико-санитарной помощи с позиций организации работы врача-стоматолога общей (семейной) практики.

Начатые в отечественном здравоохранении еще в 90-х годах прошлого века реформы включали сокращение бюджетных ассигнований и замену финансирования здравоохранения из налогов обязательным медицинским страхованием, децентрализацию системы здравоохранения, введение оплаты за обслуживание и продвижение частного сектора. В России обязательное медицинское страхование рассматривалось как дополнительный источник финансирования здравоохранения. Однако на практике его внедрение лишь частично компенсировало резкое сокращение бюджетного финансирования. Реформы, начатые в секторе здравоохранения, включая легализацию частного сектора в здравоохранении, зачастую не были основаны ни на анализе политики здравоохранения, ни на целях и стратегиях по реформированию системы (G. Walt и L. Gilson, 1994).

Следует отметить, что в постперестроечной России приватизация медицинских учреждений пока не состоялась, в значительной мере по политическим мотивам. Большинство врачей государственных больниц, поликлиник и медицинских центров остались работать за мизерную зарплату в плохо финансируемых медицинских учреждениях «общественного» сектора, а меньшая их часть переместилась в ЛПУ интенсивно формирующегося «частного» сектора. Таким образом, сегодня в родном отечестве вполне успешно сосуществуют две параллельные системы здравоохранения, которые начали конкурировать между собой в неравных условиях финансирования и оплаты.

В связи с неясностью стратегии реформирования стоматологической помощи населению России, значительному снижению реального финансирования видов и объемов стоматологической помощи за счет средств бюджетов всех уровней и системы ОМС по программам государственных гарантий, уровень прямых платных услуг и внебюджетных поступлений в целом вырос. Сегодня по разным оценкам он превысил 70% планку в общих доходах значительной части муниципальных стоматологических учреждений. На этом фоне резко снизились виды и объемы профилактической помощи населению, что сопровождается увеличением заболеваемости и тяжести проявлений распространенной патологии зубов. На рынке стоматологических услуг уверенно диктует свои позиции «реставрационная стоматология».

Отечественная стоматология, как и отрасль здравоохранения в целом, являет собой огромную инерционную структуру, совершенствование которой, как правило, растягивается на годы и десятилетия. Именно поэтому решение стратегических вопросов, определяющих номенклатуру специальностей, методы и формы подготовки специалистов, сертификации и лицензирования, должно быть безошибочным, т. е., с одной стороны, соответствовать сложившимся условиям, с другой стороны, – отвечать задачам формирования эффективной структуры оказания помощи населению. Тем более, что на эконо-

мической карте России нет двух одинаковых, или хотя бы похожих региона по плотности населения, развитию транспорта, промышленности, социальной инфраструктуры, следовательно, каждый из значительного числа «мозаики» регионов требует разработки модели оказания стоматологической помощи, наиболее эффективной и отвечающей потребностям населения данной субъекта РФ.

В реальных условиях переходной экономики, по нашему мнению, очень важно использовать региональные подходы. В субъектах РФ с низкой плотностью населения, к которым относится Дальнего Востока России Хабаровский край имеется несколько характерных особенностей. Мы уже останавливались на них но тем не менее отметим: Во-первых, это слабо развитая транспортная инфраструктура, во-вторых, это низкие доходы основной части населения, в третьих, это проживание значительной части жителей в небольших населенных пунктах отделенных друг от друга огромными расстояниями. Вполне естественно, что в небольших стоматологических учреждениях таких населенных пунктов рационально использовать специалиста, владеющего широким спектром знаний и умений.

В условиях все большего влияния экономических механизмов на управление стоматологией сегодня с высокой долей определенности необходимо ответить на два ключевых вопроса: насколько востребован стоматолог широкого профиля (общей практики) в отрасли здравоохранения региона и готов ли сегодня образовательный сектор отрасли удовлетворить существующую потребность?

Мировой опыт развития стоматологии показывает, что врач общей (семейной) практики достаточно востребован, особенно в странах и регионах с невысокой плотностью населения. Этот факт позволяет утверждать, что для Дальнего Востока России, с ее неравномерным распределением жителей, такой специалист не только желателен, но и необходим⁵³. Однако не менее важное значение в рыночных условиях имеет утвердившееся в сознании населения отношение к стоматологам как узким специалистам (лечение зубов – поставить пломбу у терапевта, удаление – обратиться к хирургу, протезирование – задача ортопеда) и т. п.

В целом же отечественная стоматология – это частное проявление общероссийских реалий, это отрасль, где властвуют маленькие и большие чиновники. В муниципальных и региональных стоматологических поликлиниках при реальном снижении объемов услуг по профилактике, санации зубов – активно растет количество всевозможных счетных работников. В любой поликлинике сонм бухгалтеров, счетоводов, статистиков, которые перелопачивают горы документации по большей части бессмысленной, стремясь получить со страховых компаний оплату копеечных счетов. У каждого свой кабинет, компьютеры, факсы, зарплата. И это не считая всякого рода заведующих, заместителей. В мировой модели на 20 врачей в стоматологической поликлинике – 25–28 медицинских сестер, 1–2 менеджера. Никаких начальников. Контрольные функции возложены на профессиональные ассоциации: сдал экзамен, прошел тестирование, набрал баллы (выступления на конференциях, публикации, защита диссертации), пациенты тобой довольны, профессиональную этику соблюдаешь – сертификат продлен на следующие пять лет.

⁵³ Цимбалистов А.В., Жидких В.Д. Является ли стоматолог общей практики центральной фигурой в российской стоматологии? Санкт-Петербургский МАЛО. Доклад на VII всероссийском съезде стоматологов.

Непрерывно растет бумажный вал всевозможных инструкций, указаний, рекомендаций. В ЛПУ на непосредственное производство медицинских услуг тратится около 20–30% бюджета всего коллектива. Все остальное – на выполнение административно-хозяйственных функций и писанину. В муниципальных стоматологических поликлиниках медицинский персонал нерационально вовлечен в составление сводок, промежуточных отчетов. От работы отвлекают многочисленные медицинские представители, продвигающие свою продукцию, контролеры из разных ведомств. Врач может тратить на смотр больного только определенное число минут, а все остальное время вынужден оформлять соответствующую документацию. И это при тех очередях, которые имеются сегодня в поликлиниках.

Выражение «пойти на прием в поликлинику» стало синонимом «потерять целый день» без какой-либо гарантии, что пациент получит качественную услугу. И это на фоне невероятно низкой производительности труда и огромных, за пределами здравого смысла отпусков. В то время, как в экономически развитых странах, например в США: по конституции американец должен отдыхать две недели в году. Причем оплачивается только одна. Предприятие добавляет работнику, проработавшему там 5 лет третью неделю, 10 лет – четвертую, 15 лет – пятую. Забегая вперед, следует отметить, что четвертую неделю отпуска уже никто не берет, а то руководитель может решить, что интересы предприятия Вас не интересуют, и... может сказать не очень приятную фразу «Вы уволены».

По этому поводу следовало бы сказать, что ситуация в региональной негосударственной стоматологии начинает менять курс по направлению к рынку. Психология и врачей, и пациентов, в массе своей до последних лет не знавших, что такое частная практика, резко изменилась. Сегодня большинство частных клиник вкладывает полученную прибыль в развитие, обновление медицинского оборудования, технологий. Значительные ресурсы инвестируются в переподготовку персонала. Частная стоматология становится источником инноваций.

Контрольные вопросы и задания

1. Перечислите основные принципы планирования производства стоматологических услуг.
2. Опишите основные разделы организационная среда производства стоматологических услуг.
3. Перечислите структуру системного анализа организационной модели ЛПУ стоматологического профиля.
4. Каковы особенности планирования производства услуг в условиях реализации технологии врача-стоматолога общей практики?
5. Какие виды планирование видов и объемов стоматологической помощи населению вы знаете?
6. Перечислите основные модели перехода к технологии ОВП в стоматологии.
7. Укажите задачи бизнес планирования в коммерческой стоматологии.
8. Каковы направления диверсификация производства стоматологических услуг?
9. В чем заключаются особенности текущего планирования в ЛПУ стоматологического профиля с учетом региональных особенностей?

ГЛАВА 4

Формирование стоматологического учреждения первичного уровня в условиях Дальнего Востока России (на примере Хабаровского края)

Потребности в стоматологической помощи населению различных регионов России неодинаковы и зависят от распространенности болезней полости рта. Первоначально эта помощь была сфокусирована на лечении кариеса и восстановительном лечении (протезировании). Лечение последствий кариеса составляло основное содержание стоматологической помощи и в XX веке. Однако по мере резкого сокращения потребности в восстановительном лечении в молодых возрастных группах в 2000–2005 гг. в Дальневосточном регионе стали увеличиваться потребности в других видах помощи, в частности в лечении болезней пародонта. Вместе с ростом спроса на пародонтологическую и ортодонтическую помощь, расширялась подготовка специалистов и сеть соответствующих служб, обеспечивающих такую помощь, как детям, так и лицам, относящимся к старшим возрастным когортам. Реформы в системе стоматологического образования, и вновь внедряемая система лицензирования проходят в условиях постепенно формирующейся и развивающейся в стране рыночной экономики⁵⁴.

Мировой опыт развития медицины с высокой степенью достоверности доказывает, что при осуществлении медицинской помощи имеет место как оказание ее врачами-универсалами, так и врачами-специалистами узкого профиля. В стоматологии, как ни в каком другом разделе отечественной медицины, позиции специализированной помощи (терапия, хирургия, ортопедия, ортодонтия) занимали ведущее место в течение последнего столетия. Вместе с тем по мере реализации рыночных отношений при производстве товаров и услуг в России в 90-х годах, значительного роста числа негосударственных стоматологических предприятий и учреждений, спрос на специальность врача-универсала, который одновременно владеет навыками стоматолога и терапевта и хирурга и ортопеда и других «узких» специалистов, значительно вырос. Значительный рост уровня самостоятельности стоматологических учреждений в негосударственном секторе в течение последних 10 лет сдвинул ситуацию с плоскости обсуждения вопроса: «Нужен ли врач-стоматолог общей практики» в плоскость «Массового производства стоматологических услуг врачами стоматологами общей практики».

На Дальнем Востоке производителям стоматологических услуг сегодня очевидно, что именно рынок с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью персонала позволит перейти к системе нормирования и стимулирования труда по приоритетным направлениям и критериям. Эти направления и критерии должны обеспечить гарантированный уровень удовлетворенности потребностей населения региона в различных видах и объемах стоматологической помощи. Следовательно, при формировании основных подходов по организации эффективного производства стома-

⁵⁴ Серегина И.Ф. Контроль качества медицинской помощи: обзор сложившейся практики и перспективы. // Доклад на ежегодном научном форуме «Стоматология 2006» Москва. Выставочный комплекс «ЭКСПОЦЕНТР». Конференция «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии» 05.12.06.

тологических услуг необходимо учитывать географические, климатические и социально-экономические особенности региона.

4.1. Характеристика региональных особенностей Хабаровского края

Дальний Восток России – это территория, которая включает в себя 10 субъектов РФ с общей площадью около 38 процентов территории всего государства. Здесь сосредоточено более одной трети запасов древесины и около 40 процентов прогнозных запасов каменного угля, кроме того, имеются разведанные месторождения углеводородного сырья, полиметаллов и прочих природных богатств. Серьезным фактором, тормозящим развитие региона, является его слабая заселенность (менее 1 жителя на 1 кв. км) и выраженный миграционный отток населения в центральные регионы России.

Хабаровский край выбран в качестве примера потому, что он является типичным регионом для Дальнего Востока, с характерным моноцентрическим типом расселения и единообразием социально-экономических проблем. Край омывается Охотским и Японским морями. Расстояние от Хабаровска до Москвы 8533 км. Территория края составляет 788,6 тыс. кв. км (4,6% территории Российской Федерации). Численность населения на 1 января 2007 года составила 1 436,2 тыс. человек, из них городского населения 1157,1 тыс., сельского – 279,1 тыс. Плотность населения около 2 человек на 1 кв. км. В составе края 17 районов, 7 городов, 25 рабочих поселков, 495 сельских населенных пунктов. По территории края протекает одна из самых длинных рек России – Амур, его общая длина 4440 км, водный путь в пределах края – 989 км.

Хабаровский край входит в Дальневосточный федеральный округ. В нем зарегистрировано более 25 тыс. хозяйствующих объектов. В экономике края доминирующую роль играет промышленность (рис. 4.1). Основными отраслями является электроэнергетика (34,2% объема промышленного производства), топливная промышленность (18,9%), машиностроение и металлообработка (12,9%), лесная и деревообрабатывающая промышленность (6,5%), цветная металлургия (4,6%). Край богат полезными ископаемыми такими как золото, платина, олово, ртуть, железная руда, каменный и бурый уголь, графитом, брусит, марганец, фосфориты, строительные материалы и др.

Земли сельскохозяйственного назначения составляют 0,5% всех земель, из них пашня занимает 0,1%. В крае выращивают пшеницу, ячмень, сою, картофель и овощи, кормовые культуры, плоды и ягоды. Животноводство имеет мясо-молочную направленность. Развита оленеводство (на севере края), звероводство и охотничий промысел. За счет собственного производства потребности населения обеспечиваются полностью только в картофеле, в овощах – на 42%, мясе – на 12%, молоке – на 11%.

Хабаровский край занимает ключевые позиции в единой транспортной системе Дальнего Востока. Эксплуатационная длина железнодорожных путей общего пользования – 2,3 тыс. км, протяженность автомобильных дорог с твердым покрытием (включая ведомственные) – 7,7 тыс. км, внутренних судоходных путей – более 2 тыс. км. По водным путям регион имеет выход к Охотскому и Японскому морям. Паромная переправа Ванино – Холмск соединяет материковую сеть железных дорог с о. Сахалин. Авиатерминал г. Хабаровска имеет международные линии в Китай, Республику Корея, Японию, Сингапур, Таиланд, США, Израиль и другие страны мира.

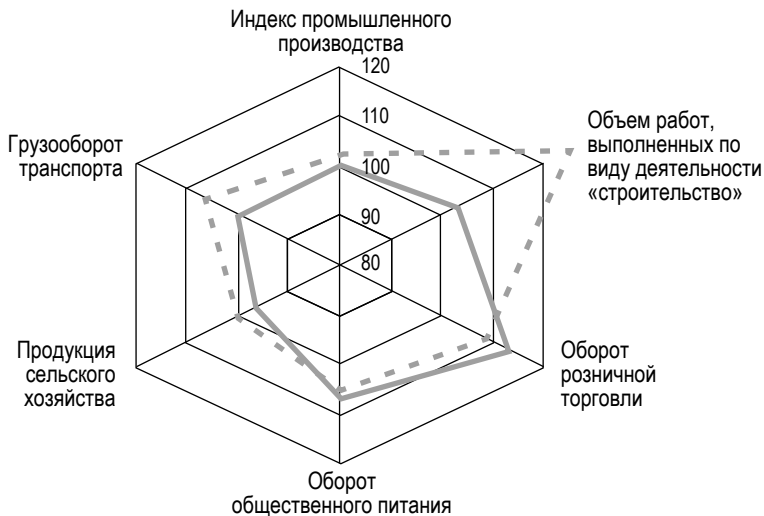


Рис. 4.1. Изменение основных показателей производства товаров, выполненных работ и оказанных услуг в 2005–2006 гг. (% к предыдущему году)⁵⁵

Расширяется торгово-экономическое сотрудничество со странами Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР) и другими странами мира. В последние годы экспортно-импортные операции осуществлялись с более чем 65 странами мира. Импортная продукция поступала из 60 стран. В прошедшем году в крае действовало 140 совместных и иностранных предприятий, общий объем производства продукции составляет более 600 млрд. рублей.

В 2000–2006 г. на финансирование отрасли здравоохранения края в расчете на душу населения было истрачено из всех источников немногим более 180 долларов США. На этом экономическом фоне, реализация реформы здравоохранения испытывает значительные затруднения. В США в этот же период расходы в отрасли здравоохранения на душу населения превышали таковые в России более чем в 20 раз. В особых условиях в настоящее время в свете концепции реформы здравоохранения и медицинской науки в России находится реформа стоматологической помощи населению отдаленных и малонаселенных территорий ДВФО, где обычные даже для России подходы не срабатывают. Это находит свое отражение в значительном ухудшении состояния стоматологического здоровья, снижения доступности видов и объемов стоматологической помощи широким слоям населения.

Принципиально важное значение в оценке ситуации имеют данные о питании населения, об источниках водоснабжения, особенно о содержании фтора в питьевой воде, о загрязнении воздушного бассейна жилых зон, и жилищных условиях населения.

⁵⁵ Доклад «Социально-экономическое положение Хабаровского края. Январь-декабрь 2006 год.» Докл./Хабаровскстат – г. Хабаровск, 2006–129 с.

Продукты питания. Продолжает оставаться актуальной проблема качества продуктов питания. В 2005 г. по сравнению с 2004 г. выросло количество забракованных и сниженных в сортности (в% от общего объема проинспектированных товаров) следующих товаров: мяса всех видов с 4,8 до 64,7%, масла животного – с 29,4 до 89,3%, сыров всех видов – с 33,3 до 61,5%, вина виноградного и плодово-ягодного – с 9,2 до 34,1% и т. п.

Водоснабжение. Большинство территорий ДВФО, в том числе и Хабаровский край, характеризуются низким содержанием микроэлементов в воде, особенно фтора (0,11–0,5 мг/л), снижением уровня мероприятий первичной профилактики стоматологических заболеваний и несовершенство управления стоматологической помощью способствует формированию высокого уровня распространенности кариеса зубов среди населения региона.

Анализ качественной характеристики вод в водоемах в местах водопользования (зонах отдыха) показывает, что в целом по краю процент анализов, не отвечающих санитарным требованиям по микробиологическим показателям, неуклонно растет, начиная с 1990 и до настоящего времени. Периодически источники водоснабжения подвергаются загрязнению извне (фенолы, бензол и нитробензол, пестициды и пр.).

Наблюдается недостаток такого важного микроэлемента, как фтор. В воде реки Амур и ее притоков, из водного бассейна которой снабжается питьевой водой более $\frac{3}{4}$ населения края, этот показатель колеблется от 0,28 до 0,3 мг/л, что крайне недостаточно для формирования полноценной структуры твердых тканей зубов. В связи с этим, по мере продвижения на север края в водоисточниках муниципальных образований уровень концентрации фтора снижается.

Воздушный бассейн жилых зон. За 2005–2007 гг. предприятиями Хабаровского края ежегодно выбрасывается в атмосферу от стационарных источников более 83 тыс. тонн вредных веществ. В местах интенсивного движения автотранспорта атмосфера загрязнена оксидом углерода и диоксидом азота до 2,0 – 2,5 ПДК.

Строительство. Организационными формами собственности и населением в 2005 году построено 2920 новых квартир общей площадью 192,8 тыс. кв. метров, что составило 106,6% к предыдущему году, в том числе индивидуальными застройщиками – 30,1 тыс. кв. метров (96,3%) (рис. 4.2).

В 2001–2006 гг. сохранялась динамика снижения числа семей, стоящих на учете на получение жилья и улучшение жилищных условий. На 01.01.2006 г. в местных органах исполнительной власти и на предприятиях в очереди на бесплатное получение жилых

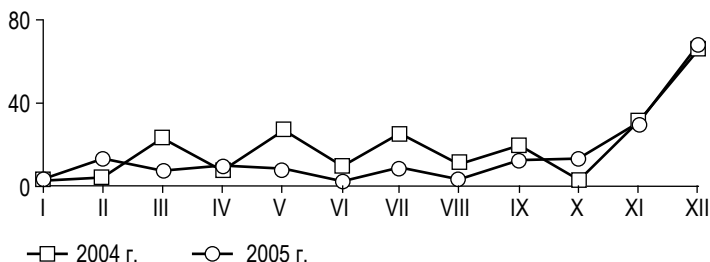


Рис. 4.2. Ввод в действие жилых домов, тыс. кв. метров

помещений в домах государственного и муниципального жилищного фонда состояло 87122 семей (107254 в 1996 г.), т. е. 19,1% от числа всех семей (в 1996 г. – 22,7%). В последние годы снижается уровень безработицы (рис. 4.3).

В январе–декабре 2005 года денежные доходы на душу населения составили 9096,4 рубля, денежные расходы на душу населения – 8925,5 рубля, реальные денежные доходы возросли на 6,6%, реальные денежные расходы увеличились на 6,9% (рис. 4.4).

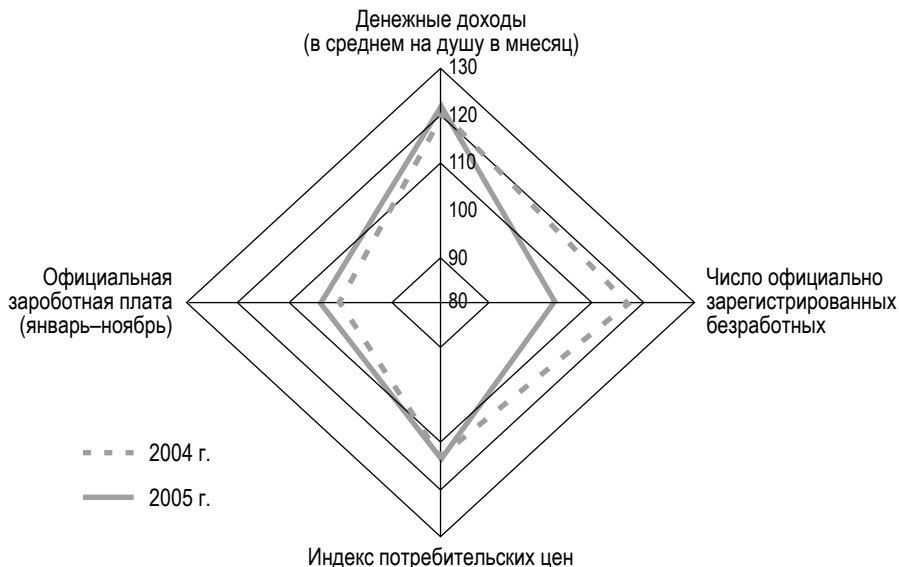


Рис. 4.3. Изменение основных показателей социальной сферы

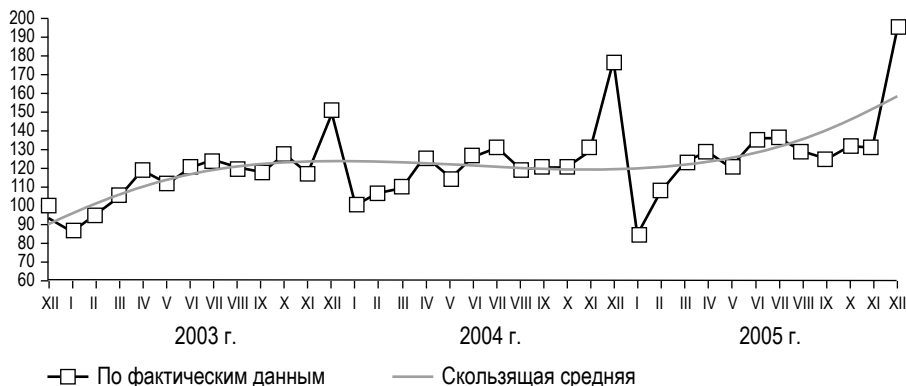


Рис. 4.4. Динамика реальных располагаемых денежных доходов населения, % к среднемесячному значению 2002 г.

Из общего объема денежных доходов в январе-декабре 2005 года население израсходовало на покупку товаров и оплату услуг 100618,6 млн. рублей, уплату налогов и взносов – 15062,9 млн. рублей, покупку валюты – 13215,8 млн. рублей. Снижается задолженность по заработной плате (рис. 4.5).

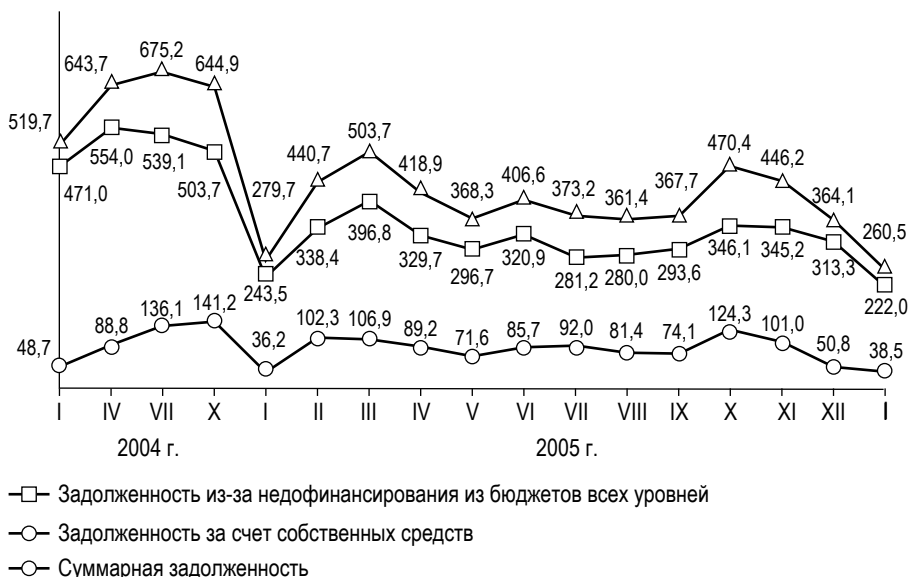


Рис. 4.5. Изменение задолженности по заработной плате в 2004–2005 гг. (млн. рублей)

Хабаровский край относится к регионам с пониженным уровнем жизни. Доходы населения ниже средних показателей по России на 13,7%. По уровню реальных денежных доходов на одного человека край в Дальневосточном федеральном округе находится на 4 месте после Республики Саха (Якутия), Магаданской и Сахалинской областей. Население с денежными доходами ниже прожиточного минимума составляет 23,4% численности жителей Хабаровского края, что почти на одну треть больше, чем в целом по России.

Среди населения с доходами ниже прожиточного минимума (332,3 тыс. чел.) большую часть составляют пенсионеры. По данным социологического опроса населения города Хабаровска среди пенсионеров доходы менее 3 тыс. руб. в 2005 году были у 60,9%. При прожиточном минимуме 3,3 тыс. руб. у 26,1% пенсионеров доходы составили 4,5 тыс. руб., у 8,7% – 7,5 тыс. руб.

Если данные социологического опроса перенести на общую численность пенсионеров, то их распределение по уровню доходов будет следующим (тыс. чел.):

- пенсионеры с доходами ниже прожиточного минимума – 202,4;
- население с доходами от 3 до 6 тыс. руб. – 86,7;

- население с доходами от 6 до 9 тыс. руб. – 28,9;
- население с доходами от 9 до 14 тыс. руб. – 7,3.

Очевидно, что пенсионеры с доходами ниже прожиточного минимума, а также с доходами в пределах 3–6 тыс. руб., то есть 289,1 тыс. чел. – это та категория населения, которая является объектом социальной поддержки, в том числе бесплатного стоматологического обслуживания.

Экстремальные климатогеографические условия, загрязнение окружающей среды, а также социально-экономические факторы существенно ухудшают состояние здоровья населения и распространение стоматологических заболеваний. Повсеместно растет распространенность заболеваний твердых тканей зубов и патологии пародонта, увеличивается интенсивность поражения зубов кариесом, растет число пациентов с запущенными формами зубочелюстной патологии, нуждающихся в радикальных методах лечения и протезировании.

Предпосылки формирования региональной политики в здравоохранении территорий ДВФО

В России северные территории и проблемы их социальной поддержки существовали вечно. В XXI веке страна уже не способна брать на себя полностью заботы о воспроизводстве всех северных территорий. Но с другой стороны, по большому счету, она не может бросить эти проблемные территории полностью на произвол судьбы. Решение такой задачи концептуально видится в обеспечении оптимального соотношения двух тенденций. Постепенное сокращение общего масштаба государственной поддержки Северу – увеличение потенциала саморазвития и самодостаточности территорий.

Увеличение поддержки отдельным регионам – рост системного эффекта от этих территорий на уровне всего народного хозяйства.

Следовательно, должны происходить существенные изменения в формах и способах осуществления региональной политики. Если у государства нет возможности равномерно оказывать поддержку всем северным регионам, то необходимо обеспечить «прорыв» в отдельных из них. Задача заключается в том, чтобы найти эти отдельные регионы, которые за счет государственной поддержки смогут обеспечить структурную перестройку всего хозяйства, многократно увеличить эффективность производства, передать энергию своего роста максимальному числу сопряженных районов Севера.

В этой связи, в реальных социально-экономических условиях малонаселенных территорий Дальнего Востока даже в рамках одного субъекта РФ не может быть одинаковых подходов к организации стоматологической помощи населению, в связи с чем весьма целесообразно было прибегнуть к принципу медико-географического зонирования, попытка чего и была сделана нами в рамках настоящего исследования. Причем, следует отметить, что зонирование территории Хабаровского края сложилось достаточно давно и имело под собой как экономический, так и административный аспекты.

Зонирование территорий субъекта РФ с низкой плотностью населения (на примере Хабаровского края)

Территория Хабаровского края отличается разнообразием природно-климатических зон. Анализ географического и экономического положения отдельных муниципальных образований края позволил выделить несколько экономических зон (север-

ная, центральная, южная), каждая из которых имеет свои особенности, как по климату, географическому положению, народонаселению, так и по экологии, развитию транспорта, промышленного производства, организации медицинской помощи населению и т. п. (рис. 4.6).

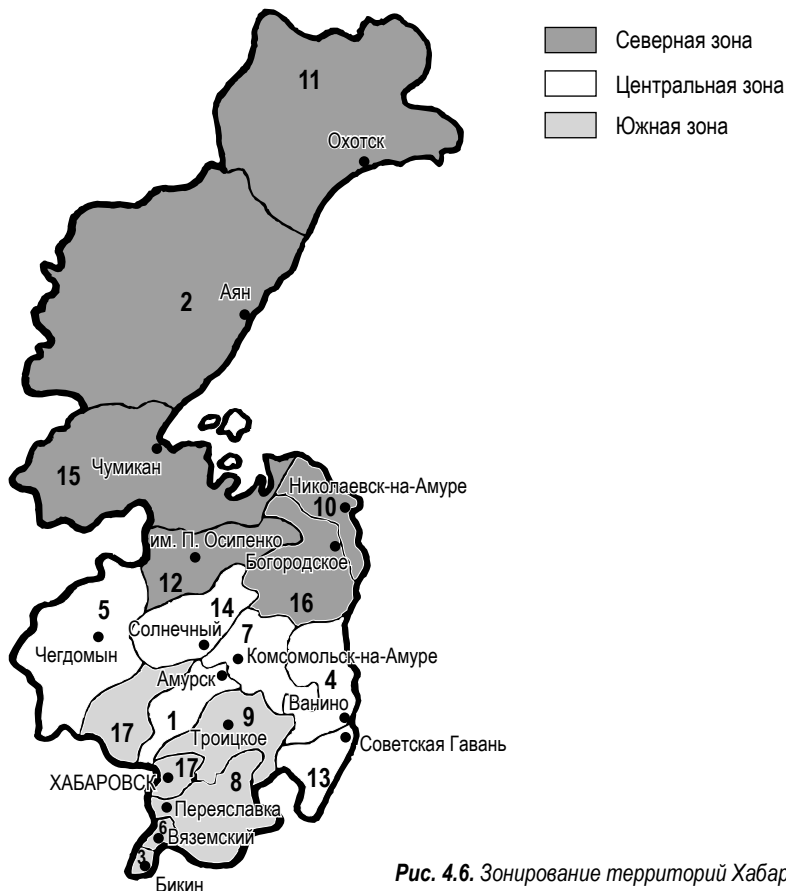


Рис. 4.6. Зонирование территорий Хабаровского края

Северная зона

(г. Николаевск-на-Амуре, районы Тузуро-Чумиканский, Аяно-Майский, им. П. Осипенко, Охотский, Ульчский, Николаевский)

Численность населения – 115,2 тыс. человек.

Площадь – 514,2 тыс. км².

Плотность населения – 0,2 человека на 1 км².

Внутризональные транспортные связи:

- автотранспорт имеет ограниченное значение, как внутрирайонный,
- железнодорожный – отсутствует,

- водный является альтернативным, сезонным, охватывающим всю зону,
- воздушный является ведущим, охватывающим всю зону.

На большей части территории северной зоны (сельские и отдаленные северные районы) имеется низкая плотность населения (меньше 0,1 человека на 1 кв. км), она относится к низкоурбанизированным территориям с суровыми климатическими условиями. В ней отсутствуют круглогодичные стабильные транспортные связи, кроме воздушного транспорта, что предполагает определенную изолированность муниципальных систем здравоохранения, дезинтеграция управления между краевым и муниципальным уровнями и многие другие особенности их работы.

Центром этой зоны является г. Николаевск-на-Амуре. Здесь сосредоточено большинство муниципальных образований края приравненных к районам Крайнего севера.

С юга к этой зоне прилежат муниципальные образования, где имеются предпосылки масштабных преобразований экономического и социального плана. На ведущие позиции, среди которых сегодня выдвигается город Комсомольск-на-Амуре и тяготеющие к нему административные районы: Комсомольский, Амурский, Солнечный. Эта зона не относится к районам глубокого (крайнего) Севера, но ее принадлежность к ближнему Северу несомненна.

Центральная зона

(г. Комсомольск-на-Амуре, районы Совгаванский, Ванинский, Верхне-Буреинский, Солнечный, Амурский, Комсомольский)

Численность населения – 617,8 тыс. человек.

Площадь – 322,2 тыс. км².

Плотность населения – 0,5 человека на 1 км².

Внутризональные транспортные связи:

- автотранспорт является ведущим, охватывающим всю зону,
- железнодорожный – альтернативным, охватывающим всю зону,
- водный – альтернативным, сезонным, охватывающим часть зоны (2 района).

Центральная зона относится к среднеурбанизированным территориям с суровыми климатическими условиями, развитой промышленностью, круглогодичными транспортными связями. Имеет достаточно развитую социальную инфраструктуру, в том числе и учреждений здравоохранения.

Здесь накоплен значительный опыт осуществления жизнедеятельности в экстремальных природно-климатических условиях; есть производственный и научный потенциал, который характеризуется высоким уровнем развития; население здесь вполне постоянное, а не исключительно временное, как на традиционном Севере.

На базе этой территории, прежде всего на основе населенных пунктов: гг. Комсомольска-на-Амуре, Амурска и пос. Солнечного, разработана инновационная программа «Техноэкополис Комсомольск – Амурск – Солнечный», вошедшая в качестве самостоятельного раздела в Федеральную целевую программу экономического и социального развития Дальнего Востока и Забайкалья на 1996–2005 годы, получившую статус президентской. С юга к этой зоне примыкает наиболее населенная и урбанизированная часть Хабаровского края.

Южная зона

(г. Хабаровск, районы им. Лазо, Бикинский, Хабаровский, Нанайский, Вяземский)

Численность населения – 839,1 тыс. человек.

Площадь – 96,6 тыс. км².

Плотность населения – 8,8 человек на 1 км².

Внутризональные транспортные связи:

- *автотранспорт является ведущим, охватывающим всю зону,*
- *железнодорожный – альтернативным, охватывающим часть зоны (3 района),*
- *водный – альтернативным, сезонным. охватывающим часть зоны (2 района).*

Южная зона с центром в г. Хабаровске относится к высокоурбанизированным территориям с более мягким климатом, чем в северной и центральной зонах, развитой промышленностью, региональными транспортными связями, с высокой концентрацией образовательных, научных и специализированных учреждений отрасли здравоохранения. В южной зоне края наиболее высокая концентрация населения.

По нашему мнению в центре каждой зоны должна быть сформирована соответствующая структура ЛПУ стоматологического профиля, призванных приблизить доступность специализированной стоматологической помощи населению отдаленных северных и сельских районов Хабаровского края. Для эффективного функционирования этих ЛПУ в зонах ответственности необходимо подготовить и внедрить специальные структурно-организационные стандарты стоматологической помощи населению.

В связи с тем, что экология жилых и промышленных зон в течение последнего времени меняется не в лучшую сторону, а на этом фоне уровень стоматологической заболеваемости жителей края растет, экологию следует рассматривать, как одну из причин возникновения патологии зубочелюстной системы.

Демографическая ситуация (естественное движение и миграции)

Демографическая обстановка в крае в 2005–2006 гг. продолжала оставаться сложной. Смертность возросла на 2,5%, в то же время, младенческая смертность сократилась на 16,6%, рождаемость уменьшилась на 3,5% и в связи с этим, уровень естественной убыли, по сравнению с прошлогодним периодом, увеличился на 17,4%. Естественное движение населения в крае характеризуется продолжающейся разницей между числом рождений и смертей. Число смертей значительно превышает число рождений. Естественная убыль отмечалась во всех городах и районах края, причем на 11 территориях уровень естественной убыли превышал среднекраевой показатель. Наибольший уровень естественной убыли зафиксирован в Тугуро-Чумиканском, г. Николаевске-на-Амуре и Николаевском, им. П. Осипенко и Ульчском районах, соответственно, – 17,0, – 10,7, – 9,5 и -8,0 промилле.

Смертность приросла по всем основным классам причин смерти населения, за исключением внешних причин смерти (уменьшение на 1,1%). В большей степени смертность возросла от болезней органов пищеварения, дыхания и системы кровообращения, соответственно, на 10,6%, 6,5%, 2,7%.

В структуре причин смерти первые три места продолжают оставаться за болезнями системы кровообращения (54,1%), неестественными причинами смерти (18,7%) и новообразованиями (12,2%). В неестественных причинах наибольшее увеличение смертности произошло от случайных падений (на 38,6%), несчастных случаев, связанных с

огнем (на 33,1%) и транспортных травм (на 9,3%). Мужчины в крае умирают чаще, чем женщины.

Из 21122 умерших 12575 (59,5%) составили мужчины и 8547 (40,5%) – женщины (табл. 4.1).

Таблица 4.1. Структура умерших по основным классам причин смерти

Причина смерти	Количество умерших, %
Болезни системы кровообращения	54,1
Неестественные причины	18,7
Новообразования	12,2
Болезни органов пищеварения	5,6
Болезни органов дыхания	4,5
Инфекционные и паразитарные болезни	2,1
Прочие болезни	2,8

В прошедшем периоде в крае зарегистрировано 10,2 тыс. браков и 6,0 тыс. разводов. Уровень брачности сократился на 1,3%, а разводимости – на 11,5%. На каждые 100 вновь образованных брачных пар пришлось 59 юридически оформленных развода.

Миграция является одним из существенных факторов, которые влияют на изменение численности и территориальное размещение населения. За 2005–2007 гг. в крае отмечается снижение миграционной подвижности населения, о чем свидетельствует уменьшение миграционного оборота (суммы прибытий и выбытий) на 3,3%. Отток населения из края отмечен почти во все федеральные округа России. Исключение составили Сибирский и Дальневосточный округа. Отрицательное сальдо миграции сохранилось, несмотря на увеличение числа прибывших из этих стран на 30,7% и снижения числа выбывших в эти страны на 5,1%.

Состояние здоровья населения. Улучшение качества лечения основных стоматологических заболеваний и их профилактика в молодом возрасте является профилактикой серьезных соматических заболеваний и, прежде всего, заболеваний желудочно-кишечного тракта. Хабаровский край не относится к числу самых благоприятных регионов для проживания человека. Поэтому коэффициенты заболеваний здесь выше, чем в среднем по России, и состояние здоровья населения хуже, чем в некоторых регионах Дальнего Востока. Общее количество зарегистрированных болезней среди взрослого населения имеет тенденцию к росту (табл. 4.2).

Таблица 4.2. Динамика общего количества зарегистрированных заболеваний среди взрослого населения Хабаровского края

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Всего зарегистрировано заболеваний	1302903	1323450	1353609	1334222	1357391	1365128
В том числе с впервые в жизни установленным диагнозом	632087	635560	616745	587195	588275	589523

В структуре заболеваемости взрослого населения первое место занимают болезни органов дыхания, второе – болезни системы кровообращения, третье – болезни костно-мышечной системы, далее следуют болезни мочеполовой системы и болезни органов пищеварения, что повторяет тенденции, сложившиеся в Российской Федерации в целом.

Увеличивается число больных, страдающих злокачественными заболеваниями и психическими расстройствами. В 2003–2007 гг. наиболее быстро росли заболевания: бронхиальной астмой (рост 27%), сахарным диабетом (20,2%), гипертонией (18%), нервной системы (13%), инфекционные заболевания. Наиболее «грозными» болезнями для населения являются болезни системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы, травмы и отравления.

Причины роста общей заболеваемости населения Хабаровского края остаются прежними, это:

- *неблагополучное санитарное состояние и недостаточное благоустройство населенных пунктов, загрязнение атмосферного воздуха в городах, низкое качество продуктов питания и питьевой воды, сохранение общего высокого уровня загрязнения окружающей природной среды;*
- *неблагополучие социальной среды, рост алкоголизма, наркомании, психических расстройств, туберкулеза, венерических болезней;*
- *низкий уровень здоровья, ослабление иммунитета, особенно среди детей и подростков (болезни эндокринной системы, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания костно-мышечной системы и мочеполовых органов);*
- *ухудшение состояния здоровья матери и ребенка;*
- *сохранение в обществе потребительского отношения к собственному здоровью, низкая санитарно-гигиеническая культура, сокращение санитарной пропаганды и медицинского просвещения;*
- *свертывание программ профилактики заболеваний;*
- *алкоголизация населения и формирование на этом фоне некоторых групп заболеваний, в частности заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной системы и органов чувств и пр.;*
- *ослабление внутрисемейных связей, что порождает рост определенных групп патологии на фоне бродяжничества, девиантного поведения, склонности к совершению противоправных поступков и пр.*

По данным социологических опросов населения Хабаровского края уровнем медицинского обслуживания удовлетворены лишь 2,1% населения; 72,4% – не удовлетворены. Главными причинами ухудшения здоровья населения являются возраст (64,4% ответов пожилых людей), отсутствие квалифицированного медицинского обслуживания (28,9%) и неудовлетворительное питание (13,3%).

Социальная политика. Проблема социального обслуживания и поддержки незащищенных слоев населения будет обостряться в связи с ограничением бюджетных средств, увеличением количества малоимущих семей с несовершеннолетними детьми (147,8 тыс. детей проживает в семьях с доходами ниже 50% прожиточного минимума), отставанием темпов роста пенсий в сравнении с заработной платой и инфляцией.

Здравоохранение (в том числе стоматология) в ближайшие 5 лет будет кардинально перестраиваться. Среди основных задач здравоохранения выделяются следующие:

- *установление и полная реализация государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;*
- *модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС), переход на нормативное финансирование затрат на единицу гарантируемых видов медицинской помощи, сочетание систем ОМС и добровольного медицинского страхования (ДМС);*
- *реструктуризация системы оказания медицинской помощи, в том числе: обеспечение перехода от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты конкретных объемов медицинской помощи; переход к новым методам оплаты медицинских работников;*
- *повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки кадров здравоохранения; государственный заказ на подготовку кадров здравоохранения будет соответствовать Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и дифференцированным нормативам потребности в различных видах медицинских услуг, учитывающих региональные особенности организации работы и размещения сети медицинских учреждений, демографической ситуации и динамике здоровья населения;*
- *внедрение новых технологий в медицине.*

Программа развития здравоохранения Хабаровского края исходит из прогноза о снижении численности населения края в 2005–2025 годах и уменьшения натуральных объемов оказания медицинской помощи. Исключение составляет стоматология, объем услуг которой зависит не только от общей численности населения и его возраста, но уровня распространенности и тяжести течения заболеваний зубочелюстной системы. По нашим данным объемы производства стоматологических услуг будут расти.

По остальным направлениям здравоохранения ожидается, что к 2010 г. общие объемы оказания скорой медицинской помощи и стационарной помощи сократятся по сравнению с 2004 г. на 6%, амбулаторно-поликлинической помощи на 4%. При этом будут соблюдаться гарантированные государством минимальные стандарты бесплатной медицинской помощи. В результате объем амбулаторной поликлинической помощи в расчете на 1 тыс. чел. населения увеличится на 2%, скорой медицинской и стационарной помощи останется на уровне 2004 г. Показатели обеспеченности врачами всех специальностей (кроме зубных) и средним медицинским персоналом в расчете на 10 тыс. человек населения края составят в 2025 г. по прогнозу 62 и 110, что соответственно на 7% и 3% выше, чем в 2004 г. Иную динамику развития будет иметь стоматология, поскольку опережающими темпами идет развитие ее коммерческого сектора.

В связи с тем, что с 1998 года планирование в отечественном здравоохранении изменилось, произошел переход от сетевого планирования к планированию видов и объемов медицинской помощи по территориальным ПГГ обеспечения жителей субъектов РФ бесплатной медицинской помощью. Мы отдаем себе отчет в том, что в ближайшие десятилетия в Хабаровском крае подушевые расходы на здравоохранение не могут быть увеличены в несколько раз. Следовательно, моделирование будущей системы стоматологической помощи населению должно строиться на реальных финансовых прогнозах обеспечения стоматологического раздела программы государственных гарантий и результатах маркетинговых исследований. Для предвари-

тельной проработки прогноза можно использовать метод имитационного моделирования⁵⁶.

Перспективная модель стоматологической службы Хабаровского края, как отражение количественной характеристики социально-медицинских явлений, всегда носящих характер массового процесса, имеет научную и практическую ценность в той мере, в какой в ней учитывается действие основных факторов и устраняется действие случайных.

Анализ многолетнего опыта работы по оказанию стоматологической помощи населению Дальнего Востока России подтверждает потребность во врачах-стоматологах, которые владеют практическими навыками по всем основным стоматологическим специальностям, включая неотложную (терапевтическую, хирургическую, ортопедическую) помощь взрослым и детям в объеме амбулаторной практики.

Так, в ЛПУ Хабаровского края в 2007 году из 628 врачей стоматологического профиля 102 осуществляет так называемый смешанный прием. Причем параллельно еще около 130 зубных врачей (фельдшеров) заняты производством стоматологических услуг в рамках смешанного приема. Сложившаяся ситуация прежде всего обусловлена дефицитом врачей-стоматологов, особенно в сельской местности. В силу отсутствия государственного распределения выпускников, территориальной отдаленности от краевого центра, слабой материально-технической базы кабинетов, отсутствия финансирования внедрение в практику стандартов современных технологий и расходных материалов рабочие места врачей-стоматологов в сельских и отдаленных северных районах региона занимают врачи-стоматологи. Все это вместе взятое вырабатывает отрицательную мотивацию трудоустройства врачей-стоматологов и даже в крупных сельских муниципальных образованиях количество зубных врачей, ведущих смешанный прием, превалирует над врачами-стоматологами.

Основное количество врачей стоматологического профиля в регионе ведет смешанный прием только по 2 специальностям – стоматология терапевтическая и стоматология хирургическая. Ортопедическая и другая специализированная стоматологическая помощь остается за пределами их ежедневной деятельности, поскольку у специалистов, ведущих смешанный прием нет достаточного количества теоретических знаний и мануальных навыков.

Об этом свидетельствуют результаты социологических исследований врачей-стоматологов в ЛПУ стоматологического профиля. Так, на смешанном приеме один врач-стоматолог в среднем обслуживает 17,28 пациентов за смену. Из них 14,24 – терапевтического, 2,01 – хирургического и 1,03 – ортопедического профиля. Объем выполненных работ составляет: изготовление 9–10 пломб по поводу кариеса, 3–4 пациентам оказывается помощь по поводу осложнений кариеса, еще 1–2 пациентам оказывается помощь в связи с заболеваниями слизистой оболочки полости рта или пародонта. За рабочую смену в среднем удаляется 1–2 зуба и 1 пациенту оказывается помощь по поводу острой одонтогенной инфекции.

⁵⁶ Принципиальные возможности метода весьма велики, он позволяет при необходимости исследовать системы любой сложности и назначения с любой степенью детализации. Ограничениями являются лишь мощность используемой ЭВМ и трудоемкость подготовки сложного комплекса программ. Макетирование проектируемой технологии и соответствующей части управляемого объекта – стоматологического ЛПУ, осуществляется с целью проверки предполагаемых проектных решений (прим. авторов).

Таким образом, врач-стоматолог, у которого уровень квалификации выходила за рамки узкой специализации (терапия, хирургия, ортопедия, ортодонтия и т. п.), существовал всегда. Однако количество подготовленных специалистов широкого профиля было так незначительно, что на сегодняшний день это становится серьезной проблемой для региональной стоматологии. Постепенно накапливаемый опыт работы врача-стоматолога общей (семейной) практики, главным образом в крупных городах Дальнего Востока и негосударственных стоматологических учреждениях, убеждает нас в том, что дальнейшее развитие семейной стоматологии становится основой для структурных преобразований системы стоматологической помощи населению.

В настоящее время фактором сдерживающим распространение технологий врача-стоматолога общей практики является отсутствие отработанных технологических моделей ее организации. Несмотря на множество рекомендаций зарубежных специалистов, очевидна бесперспективность проработки и использования международного опыта врача-стоматолога общей практики в условиях особенностей социально-экономического развития нашей страны на современном этапе, что оказывает существенное и сдерживающее влияние на успешность развития стоматологической службы региона. Еще одним, немаловажным фактором, который сдерживает распространение в регионе технологии врача-стоматолога общей практики, является повсеместное сворачивание технологий здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний путем внедрения гигиенических навыков по уходу за зубами.

Во все периоды развития цивилизованного общества здоровье зубов и десен неоспоримо связывалось с гигиеной полости рта. Еще древние врачеватели утверждали, что человек здоров, пока здоровы его зубы. Учитывая высокую распространенность кариеса зубов, заболеваний пародонта, вполне понятно стремление современных стоматологов использовать все существующие методы профилактики для предупреждения стоматологических заболеваний и снижения интенсивности их течения.

Профилактическое значение ухода за полостью рта не вызывает никакого сомнения, об этом убедительно свидетельствуют данные специального изучения стоматологического статуса в зависимости от уровня гигиены полости рта (Васина С.А., 1983; Федоров Ю.А., Леус П.А., 1993). Рациональный уход за полостью рта является базовым методом профилактики и может носить характер этиологический, т. е. направленный на устранение причин заболеваний органов полости рта (микроорганизмов зубных отложений). Наличие фундаментальных знаний о причинах и развитии заболеваний является необходимой предпосылкой для разработки их первичной профилактики. Наиболее эффективными являются методы профилактики, воздействующие на причину заболеваний.

Становится все более очевидно, что программы предупреждения болезней зубочелюстной системы должны быть ориентированы, прежде всего, на обучение населения правилам гигиены полости рта и проведение профилактических мероприятий в рамках первичной медико-санитарной помощи. Трудная проблема профилактики и лечения далеко зашедших поражений зубов и пародонта по-прежнему остается нерешенной. Однако улучшение индивидуальной гигиены полости рта и сокращение отложений зубного камня в результате настойчивой разъяснительной работы могут помочь лицам, страдающим такими поражениями, сохранять естественные зубы в течение более долгого времени и тем самым улучшить качество их жизни.

Благодаря использованию в последние годы индекса СРITN оказалось возможным установить еще ряд дополнительных легко контролируемых критериев для определения региональных задач, помимо той серии глобальных задач, которые были сформулированы в 1981 г., но относились главным образом к проблемам кариеса и потери зубов.

Первая из этих новых задач была поставлена в 1982 г. в Регионе Западной части Тихого океана: сократить до 25% или менее долю среди населения лиц в возрасте 15–19 лет, у которых имеются отложения зубного камня. В 1983 г. в Европейском регионе ВОЗ начала действовать система мониторинга, осуществляющая контроль распространенности болезней пародонта и состоянием пародонта. Было признано, что такого рода задачи могут с успехом использоваться во многих странах мира⁵⁷. Адаптация индекса СРITN для использования в клинической практике послужили стимулом для проведения систематической оценки и мониторинга в связи с болезнями пародонта, а также для организации лечебной помощи при этих состояниях для всех групп населения Дальневосточного региона⁵⁸.

В этой связи следует отметить, что в региональной стоматологии имеются всего два специалиста, в основу работы которых положено профилактическое направление – это врач-стоматолог общей (семейной) практики и гигиенист стоматологический. Постепенно накапливаемый отечественный опыт работы врача-стоматолога общей (семейной) практики, главным образом в ЛПУ крупных городов и негосударственных стоматологических организациях, убеждает в том, что дальнейшее развитие семейной стоматологии становится основой для структурных преобразований в региональной системе здравоохранения в условиях обязательного и добровольного медицинского страхования.

4.2. Обоснование модели оказания стоматологической помощи населению территорий Дальнего Востока России

По данным исследований последних лет, которые посвящены мотивациям поведения пациентов на рынке стоматологических услуг, более 98% респондентов понимали необходимость обращения к стоматологу, независимо от собственного отношения к лечению. В этой связи нами проведен анализ предпочтений на рынке стоматологических услуг в дальневосточном регионе. В муниципальных ЛПУ предпочитают получать помощь 72,2% респондентов, в частных стоматологических кабинетах – 27,8%. Существует четкая зависимость между социальным статусом и желательным местом получения стоматологической услуги. Так, 78,1% рабочих, 91,3% пенсионеров, 75,7% безработных предпочитают обращаться в муниципальные стоматологические ЛПУ, а больше половины предпринимателей (56,8%) и сотрудников коммерческих организаций (50,2%) – в частные кабинеты и ЛПУ. Причем пациенты отдают предпочтение коммерческому сектору в стоматологии по следующим причинам.

- Использование современных материалов и медикаментов (91,7%).
- Более высокая вероятность безопасности услуги для здоровья (56,8%).
- Высокий уровень комфорта обслуживания (49,7%).
- Применение современных технологий (39,7%).

⁵⁷ WHO. World Health Organization Book on European health care reforms. World Health Organization. 1982.

⁵⁸ Prevention of Oral Diseases. – WHO: Erfurt. – 1983. – 120 p.

Перспективную модель стоматологической службы, по нашему мнению, следует рассматривать в виде трех составляющих – структурной, процессуальной, результирующей (рис. 4.8).

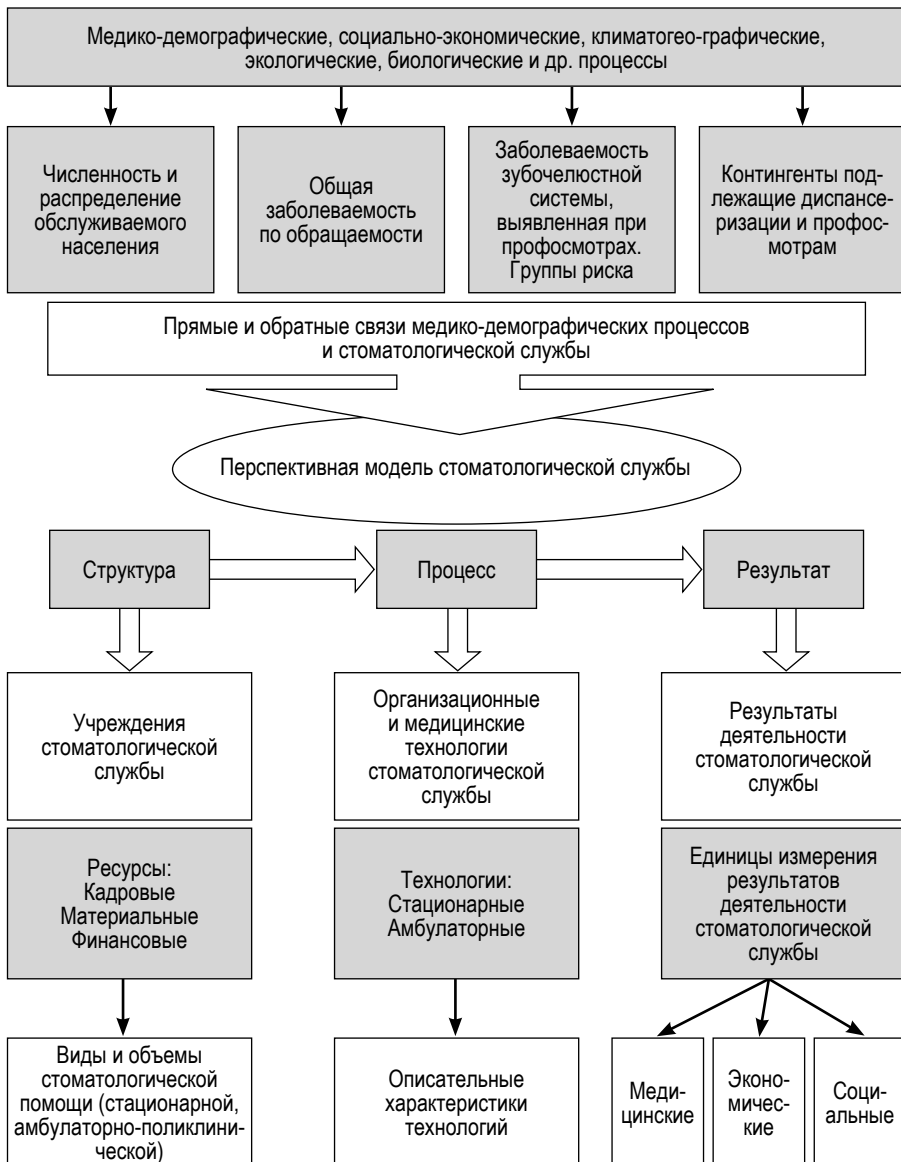


Рис. 4.8. Перспективная модель стоматологической службы Хабаровского края

Последние находятся в сложной взаимосвязи друг с другом, а так же с медико-демографическими, социальными, экономическими и другими процессами формирования абсолютных и относительных показателей структуры и результатов деятельности службы, так и описательные характеристики организационных и медицинских технологий, что позволяет в той или иной мере рассчитать нормативные показатели по многим параметрам модели. Величина уровня и характера стоматологической помощи населению, выраженная в абсолютных и относительных показателях отражает и количественную и качественную характеристику этих уровней.

Таким образом, формирование модели основывается на прогнозах демографических тенденций, географическом и экономическом положении территорий, транспортных связях, перспективе подготовки кадров, фактическом положении основных фондов ЛПУ, материально-техническом обеспечении, расчетной потребности в стоматологических услугах и тарифной политике. Формирования абсолютных и относительных показателей структуры и результатов деятельности службы, описательные характеристики организационных и медицинских технологий позволяют рассчитать нормативные показатели по многим параметрам модели.

В период после 2004 года отрасль здравоохранения региона стабилизировалась по многим параметрам, прежде всего за счет упорядочения системы планирования и формирования финансовых ресурсов ЛПУ. Прекратились задержки выплаты заработной платы, улучшилось лекарственное обеспечение стационаров и льготных категорий населения, появились положительные тенденции в вопросах восстановления основных производственных фондов ЛПУ. Бурно развивалась частная стоматология. Внедрение рыночных методов хозяйствования, как в частном, так и в государственном секторе производства стоматологических услуг показало, что государственная система стоматологического обслуживания населения имеет еще определенный потенциал реформирования. Тем не менее, реальная модель стоматологической службы региона, как отражение количественной характеристики социально-медицинских явлений, всегда носящих характер массового процесса, имеет научную и практическую ценность в той мере, в какой в ней учитывается действие основных факторов и устраняется действие случайных.

Эта модель, кроме совершенствования организации амбулаторной и стационарной стоматологической помощи предполагает разработку и реализацию нескольких новых структурно-организационных стандартов. Структурные изменения в службе стоматологической помощи населению региона ставят новые задачи перед специалистами управления, в частности, задачу по формированию подходов определения уровней ЛПУ стоматологического профиля. По нашим представлениям, уровни ЛПУ стоматологического профиля должны отвечать требованиям рынка, а при планировании стоматологической помощи населению необходимо использовать методологию социального прогнозирования заключающуюся в использовании механизмов поискового (технологического) и нормативного (по заранее заданным критериям) прогнозирования. Использование методологии социального прогнозирования в стоматологии, позволит с достаточной долей достоверности сформировать комплексные (материальные, кадровые, финансовые) нормативные критерии стоматологической службы региона, исходя из конкретных социально-экономических условий территории.

По данным анализа, проведенного нами в 2000–2008 гг. в Хабаровском крае стоматологическую помощь населению можно представить в виде трехуровневого организационного стандарта.

I уровень – структурно-организационный стандарт стоматологического модуля врача-стоматолога общей практики. Он является максимально приближенным к населению, приемлемым и доступным для всех. На этом уровне обеспечивается квалифицированная стоматологическая помощь.

II уровень – структурно-организационный стандарт специализированного стоматологического модуля (терапевтический, хирургический, пародонтологический, эстетический и др.) Он представлен типовыми стоматологическими поликлиниками городов края, где обеспечивается оказание высококвалифицированной специализированной помощи по основным профилям стоматологической специальности: терапевтической стоматологии с эндодонтией, хирургической стоматологии и зубному протезированию. Поток пациентов на прием к врачам специализированных отделений учреждения второго уровня должен формироваться главным образом по направлениям стоматологов первого уровня, а при возможном непосредственном обращении граждан – через первоначальное освидетельствование в смотровом кабинете дежурным врачом поликлиники.

III уровень – структурно-организационный стандарт регионального (межрайонного) консультативно-диагностического стоматологического центра. Он осуществляет организационно-методическое руководство стоматологической службой региона. Кроме того, на этом уровне осуществляется оказание высококвалифицированной и специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи по таким узким разделам стоматологии, как: пародонтология, эндодонтия, стоматоневрология, сложное зубное протезирование, ортодонтия, челюстно-лицевая ортопедия, дентальная имплантация, пластическая хирургия, онкостоматология и т. д. Кроме стоматологического обслуживания населения региона и организационно-методической работы, на базе учреждений регионального типа должны проводиться подготовка и переподготовка специалистов различных категорий.

Трехуровневая базовая модель представлена нами с позиций функций, объемов обслуживания и кадров (рис. 4.9).

I уровень (территориально-участковый комплекс первичной стоматологической помощи – стоматологический модуль врача общей практики).

Функции

- Осуществление мероприятий по укреплению стоматологического здоровья населения и профилактике кариеса и других заболеваний зубочелюстной системы.
- Оказание основного объема общепрофильной стоматологической помощи врачами стоматологами общей практики, гигиенистами стоматологическими и медицинскими сестрами.
- Диспансерная работа установленного объема.
- Направление пациентов в ЛПУ II и III уровня.
- Проведение рутинных (простейших) диагностических исследований с использованием портативных и экспресс диагностических средств.
- Экспертиза временной нетрудоспособности и направление пациентов на МСЭК
- Ведение медицинской документации и электронной базы данных.
- Ведение мониторинга состояния здоровья прикрепленных контингентов населения.

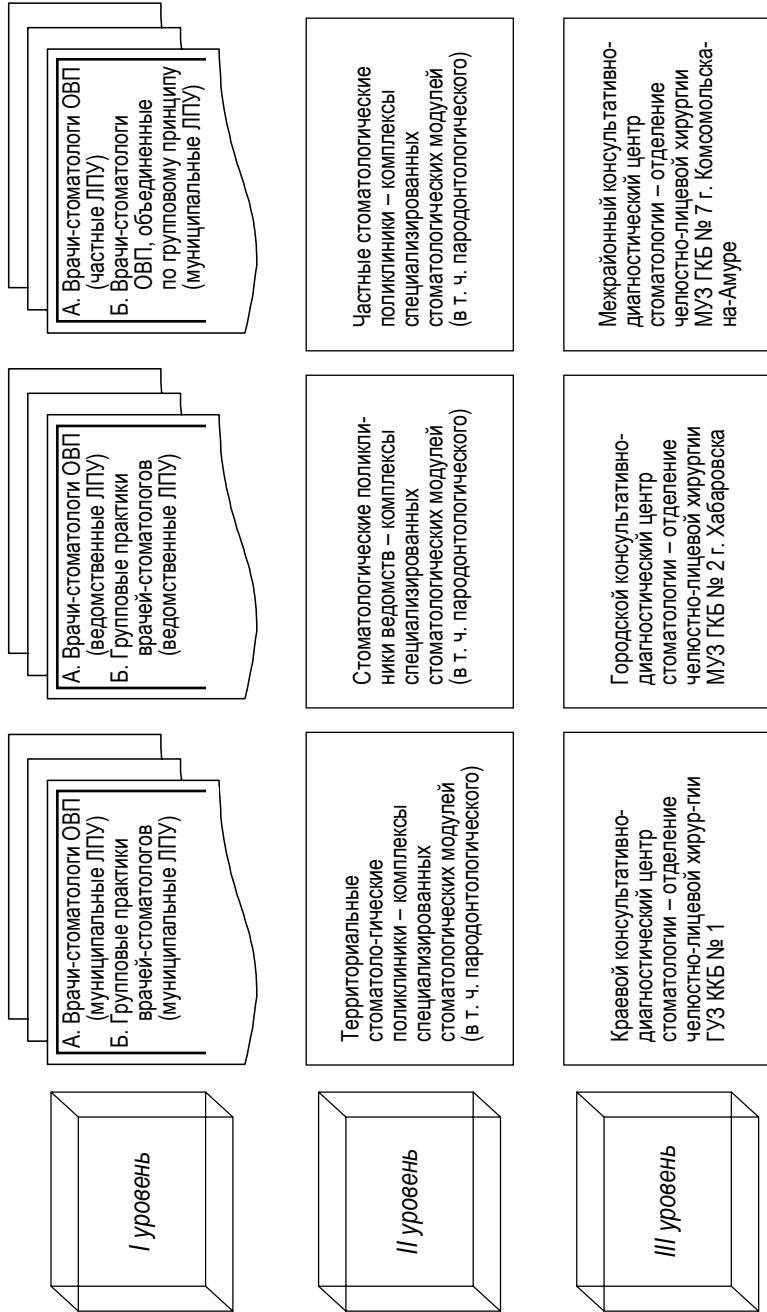


Рис. 4.9. Уровни стоматологической помощи населению Хабаровского края

Объем обслуживания

До 5 тыс. взрослого и детского населения. Радиус обслуживания территории – микрорайон до 5–7 км. в диаметре при условии транспортной доступности. В отдаленных северных и сельских муниципальных образованиях возможно использование передвижного стоматологического модуля врача общей практики.

Кадры

Врач-стоматолог общей практики, гигиенист стоматологический, средний, младший медицинский и технический персонал.

II уровень (территориальные стоматологические поликлиники – комплекс специализированных стоматологических модулей, в т. ч. пародонтологический).

Функции

- Обеспечение диагностики с использованием стандартного набора лабораторно-инструментальных исследований.
- Оказание специализированной стоматологической помощи по направлениям стоматологов ЛПУ первого уровня по основным специальностям.
- Принятие решений о возможных вариантах дальнейшей стоматологической помощи.
- Экспертиза нетрудоспособности в объеме работы КЭК ЛПУ.
- Диспансерная работа в рамках регламента.

Объем обслуживания

До 30 до 50 тыс. прикрепленного населения (т. е. в среднем формирование видов и объемов услуг по направлениям от 8–10 модулей врача стоматолога общей практики).

Кадры

Специалисты стоматологи по основным профилям, гигиенисты стоматологические, средний, младший медицинский и технический персонал.

III уровень (краевые, городские и межрайонные отделения челюстно-лицевой хирургии – консультативно-диагностические стоматологические центры)

Функции

- Осуществление узкоспециализированной клинично-диагностической помощи с использованием уникального высокоинформационного диагностического оборудования.
- Оказание узкоспециализированной стоматологической помощи по направлениям специалистов ЛПУ первого и второго уровня.
- Принятие решений о возможных вариантах дальнейшей стоматологической помощи.
- Экспертиза нетрудоспособности в объеме работы КЭК ЛПУ.
- Оказание учебно-методических (образовательных) услуг врачам-стоматологам, гигиенистам стоматологическим и среднему медицинскому персоналу с помощью технологий телекоммуникаций.

Объем обслуживания

До 500 тыс. прикрепленного населения.

Кадры

Сотрудники профильных кафедр медицинских ВУЗов, специалисты стоматологи по основным профилям, гигиенисты стоматологические, средний, младший медицинский и технический персонал.

В условиях все большего влияния экономических механизмов на управление стоматологией сегодня с высокой долей определенности необходимо ответить на два ключевых вопроса: насколько востребован стоматолог широкого профиля в отрасли здравоохранения Хабаровского края и готов ли сегодня образовательный сектор специальности удовлетворить существующую потребность?

С целью выявления отношения жителей региона к возможности получить стоматологическую помощь в полном объеме у одного специалиста, нами проведено анкетирование пациентов, обратившихся за помощью в стоматологические поликлиники краевого центра. В процессе обследования более 800 респондентов получены ответы на следующие вопросы: «Считаете ли Вы, что все виды помощи (лечение, удаление, протезирование) должны осуществляться одним врачом-стоматологом?», «Является ли оказание помощи стоматологом широкого профиля наилучшей формой организации работы стоматологической поликлиники?».

Анализ результатов анкетирования показывает, что в 67% случаев жители городов Хабаровского края предпочитают лечиться у одного специалиста, 29% респондентов не верят в возможность такого лечения, 6% обследованных затруднились ответить на поставленный вопрос. Что касается жителей сельских населенных пунктов Хабаровского края, то результаты анкетирования выглядели следующим образом: 54% отдали предпочтение лечению у специалиста, 37% затруднились с ответом и 7% сомневались в том, что один врач-стоматолог в состоянии полноценно проводить лечение, удаление и протезирование зубов.

И все-таки результаты анализа показывают, что более половины жителей верят в возможность лечения у специалиста широкого профиля. В этой связи возникает вполне законный вопрос: «Где и как его готовить?». Интернаттура в существующем виде в рамках стоматологического факультета Дальневосточного государственного медицинского университета не решает задач формирования разностороннего, самостоятельно мыслящего специалиста, способного в полном объеме решать проблемы оказания стоматологической помощи населению именно малых городов, рабочих поселков и сел.

Таким образом, оценивая потребность стоматологической службы региона в специалисте широкого профиля, следует признать его своевременным и актуальным. Решение задачи подготовки такого специалиста на стоматологических факультетах медицинских ВУЗах региона весьма далеко от завершения, как с точки зрения практической, так и законодательно-организационной.

Сложное и, зачастую, неясное положение многих стоматологических учреждений в условиях, когда кариес зубов и болезни пародонта представляют огромную медико-социальную проблему, усложнили решение проблем профилактической стоматологии. Следует отметить, что врачи-стоматологи муниципальных поликлиник региона перегружены реставрационной работой, а распространенность и интенсивность кариеса зубов имеет четкую тенденцию к росту. Они перестали заниматься просветительской работой и профилактикой кариеса зубов. Это происходит не потому, что они не хотят это делать, а в силу отсутствия времени, поскольку число стоматологов в регионе остается достаточно ограниченным, а потоки больных пациентов увеличиваются, несмотря на рост частного стоматологического сектора.

Сегодня стоматологическая служба Хабаровского края нуждается в реорганизации. Успех и темпы проведения этой реорганизации зависят от координации последипломного образования на подготовку и переподготовку врачей-стоматологов, поэтапной замене зубных врачей на гигиенистов стоматологических, ориентированных на профилактику стоматологических заболеваний, так как предлагаемые схемы и методы комплексной профилактики требуют высокоспециализированного и высококвалифицированного подхода и исполнения.

Ситуация, сложившаяся в стоматологической службе региона к середине 90-х годов не устраивала ни властные структуры, ни врачей-стоматологов. Это послужило причиной рассмотрения стоматологической службы в рамках исполнения соответствующих планов, изложенных в Постановлении главы администрации Хабаровского края от 29.11.96 г. N 536 «Об основных направлениях развития здравоохранения в Хабаровском крае на 1996–2005 годы». Только за выше указанный временной период, преимущественно в ЛПУ сельской местности, было закрыто более 20 стоматологических кабинетов, практически все без исключения школы и детские дошкольные учреждения лишились своих зубных кабинетов. До настоящего времени отмечается острейший дефицит финансовых ресурсов в сельских ЛПУ, связанный с затратами на восстановление амортизационного износа (до 75–85%) основных производственных фондов стоматологических отделений и кабинетов ЦРБ. В связи с дефицитом реального финансирования значительно уменьшилось количество лиц получающих льготное зубопротезирование и ортодонтическую помощь. Потребность в повышении квалификации врачей-стоматологов удовлетворялась на 60–80%, временно было прервано функционирование системы повышения квалификации зубных врачей, зубных техников и медицинских сестер стоматологических ЛПУ.

На этом фоне отмечался рост уровня и тяжести стоматологической патологии за счет свертывания профилактических мероприятий. Стоматологическая помощь стала оказываться преимущественно по мере обращения пациентов в ЛПУ, качество и объем профилактических осмотров прогрессивно уменьшались. При проведении плановой работы лечение заболеваний доводилось до приемлемого исхода в целом только в 73,8%, а детям в 45,7% случаев. В ЛПУ сельских муниципальных образований и практически во всех населенных пунктах Северной зоны Хабаровского края сформировались значительные очереди на плановое лечение и протезирование зубов.

Следствием серьезных просчетов в планировании и управлении стоматологической помощью на уровне края и муниципальных образований стала возрастающая потребность в зубопротезировании. В реальных условиях 1996–2005 гг. потребность в зубопротезировании покрывалась всего на 18–30%, в последующие годы этот показатель уменьшился, но все равно соотношение потребности и реальные объемы реставрационных работ составляет три к одному.

Из закупленного в 1997–2000 гг. технологического оборудования стоматологических подразделений ЛПУ сельских и северных отдаленных муниципальных образований по кредиту МБРР значительная часть не использовалась, как по причине не укомплектованности должностей врачей-стоматологов, так и по причине недостаточной подготовки зубных врачей и зубных техников. Для всех ЛПУ сельских муниципальных образований всегда существовала кадровая проблема, т. к. укомплектованность штатов стоматологов не превышала 60%. Причем даже при таком уровне укомплектованности штатов, бо-

лее одной трети врачей-стоматологов региона представлены лицами предпенсионного и пенсионного возраста.

Амбулаторно-поликлиническую помощь населению края в 2000–2008 гг. оказывали врачи более 200 учреждений стоматологического профиля разных форм собственности. Следует отметить, что, несмотря на стойкую тенденцию уменьшения муниципальных стоматологических учреждений в основном в гг. Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре, Амурске, Совгавани, параллельно наблюдался уверенный рост числа частных стоматологических ЛПУ.

Система страхования, введенная в Хабаровском крае в 1993–94-х годах, предложила инновационный подход финансирования стоматологических ЛПУ и, если бы он был полностью реализован, то мог бы стать основным вкладом в стабилизацию производства стоматологических услуг за счет общественных источников финансирования. Основными достоинствами этого подхода, как предполагалось при его введении, были сочетание принципов солидарности и социальной природы оказания стоматологических услуг с тем уровнем эффективности и качества, которые могли бы предоставить рыночные механизмы. Такой подход можно было бы сохранить с помощью сочетания ОМС и ДМС, что обеспечивало бы равнодоступность для всех нуждающихся в стоматологической помощи.

Развитию такого варианта способствовало бы введение конкуренции и свобода выбора, как для потребителей, так и для производителей на рынке стоматологических услуг. Страховые компании должны были конкурировать в борьбе за пациентов, а производители должны были пытаться получить контракты со страховыми компаниями, которые, в свою очередь, конкурируют как в качестве, так и в ценах. В дополнение к этому, возможно было использование механизмов оплаты производителей стоматологических услуг в малонаселенных северных муниципальных образованиях на основе подушевого принципа. В реальной ситуации сформировалась система недофинансирования стоматологического раздела программы государственных гарантий на фоне которой проявился теневой рынок стоматологических услуг.

Высокая распространенность и увеличивающаяся интенсивность стоматологических заболеваний указывают на актуальность проблемы массовой профилактики кариеса зубов и болезней тканей пародонта. Следует серьезно решить, кто на современном этапе развития стоматологии мог бы взять на себя самую важную и ответственную работу по «реанимации» профилактики основных стоматологических заболеваний.

На протяжении ряда лет (2000–2008 гг.) нами проводилось комплексное медико-организационное исследование в системе стоматологической службы Хабаровского края, нацеленное на анализ происходящих изменений в организации стоматологической помощи населению. Безусловно, что проводимый системный анализ и последующие выводы опирались на концептуальные вопросы экономического развития Хабаровского края и динамики изменений отрасли здравоохранения региона в целом.

К началу 2005 года были намечены основные механизмы повышения эффективности функционирования отрасли здравоохранения края по следующим параметрам:

- *приведение уровня финансирования отрасли здравоохранение к расчетным нормативам территориальной программы государственных гарантий населению края;*

- создание единой и экономически целесообразной сети учреждений здравоохранения на территории края, увеличение разнообразия организационно-правовых форм медицинских организаций;
- расширение рынка платных медицинских услуг;
- укомплектование учреждений здравоохранения края высококвалифицированными кадрами;
- развитие и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, оснащение их современным лечебно-диагностическим медицинским оборудованием, санитарным транспортом и др.

К сожалению, региональная стоматология и идеология ее дальнейшего развития до настоящего времени не нашла отражения в перспективных планах повышения эффективности функционирования отрасли. А ведь по ряду параметров, прежде всего экономического характера, ЛПУ стоматологического профиля могут и должны весьма эффективно функционировать в условиях рыночной экономики, не только потребляя финансовые ресурсы региональных и муниципальных бюджетов, но и формируя определенный уровень прибыли.

Региональная стоматология в целом продолжает сохранять проблемы, накопленные в период экономического спада и разрушения вертикали управления в 1993–1998 гг. по структурным диспропорциям, качеству и доступности стоматологических услуг населению. Это усугубляется отсутствием координации между государственным и частным сектором рынка стоматологических услуг, неэффективному управлению финансовыми потоками ЛПУ со стороны управляющих структур и системы ОМС, по укреплению кадрами стоматологических ЛПУ в сельских и отдаленных северных муниципальных образованиях. Для решения выше указанных проблем необходима четкая система измерений функционирования структуры этой службы, реализуемых технологий и результатов деятельности учреждений.

Нельзя не согласиться с мнением ряда специалистов, что в методологическом плане стратегическое планирование в стоматологии, как функция управления устойчивым развитием службы, должно основываться на системном подходе. На территориальном уровне стратегическое планирование должно основываться на концепции структурно-организационного моделирования, определения приоритетов совершенствования медицинской помощи, анализа медико-статистических материалов, социологического и экспертного исследования.

4.3. Особенности формирования новой организационной модели оказания стоматологических услуг в условиях рынка

Основой для реформирования стоматологической помощи населению Хабаровского края должны стать децентрализация управления, стратегия подготовки врача-стоматолога общей практики и разработка структурно-организационного стандарта стоматологического модуля врача стоматолога общей практики. В сложившихся условиях структурных диспропорций оказания стоматологической помощи населению достаточно стабильно работают ЛПУ стоматологического профиля второго и третьего уровня. Основные же проблемы методического и методологического характера концентрируются на первом уровне, где отсутствует единый подход к формированию структуры, технологий и результатов деятельности.

Территориально-участковый комплекс первичной стоматологической помощи – стоматологический модуль врача-стоматолога общей практики

В Хабаровском крае, значительная часть жителей проживает в небольших населенных пунктах, поэтому сегодня остро стоит вопрос об основной структурной единице стоматологической службы и специалистах, которые будут работать в них.

Анализ реальной ситуации в стоматологии региона показывает, что в относительно крупных городах работают полноценные стоматологические поликлиники для взрослых и детей в рамках организационных технологий двадцатилетней давности. Что же относительно небольших городов, рабочих поселков и сельских поселений, то в большинстве случаев стоматологические услуги там производятся в т. н. стоматологических кабинетах разных форм собственности. Большинство из них размещены в арендуемых помещениях, как правило, не соответствующих параметрам требований СНиПов, санитарных и противоэпидемических норм, оснащены допотопным стоматологическим оборудованием, где реализуются технологии прошедшего века. Федеральные структуры, занимающиеся лицензированием стоматологической помощи в регионе ведут себя как «слепоглухонемые» инвалиды при выдаче лицензий ЛПУ.

При разработке региональной базовой модели способа оказания стоматологических услуг нами использованы подходы, которые применяются в промышленном производстве и программировании. Поэтому региональная базовая модель, состоящая из структурного, технологического и результирующего компонентов предполагает использование на всех трех уровнях производства стоматологических услуг учреждения «модульного типа».

Под стоматологическим модулем мы понимаем унифицированную структурно-функциональную единицу, способную работать, как в автономном, так и в интегрированном режиме с другими модулями, независимо от формы собственности, предполагающую трансформацию процесса производства стоматологических услуг на основе требований социальной и коммерческой направленности.

Структурный компонент базового модуля врача стоматолога общей практики можно использовать, как в государственных, так и в коммерческих ЛПУ. Он состоит из 6 основных производственных зон: регистратуры, помещения для ожидания, стоматологического кабинета, рентгеновского кабинета (цифровой приемник -визиограф), хозяйственного блока, кабинета главного врача (рис. 4.10).

Нами использована нисходящая методика разработки стоматологических модулей их параметров и взаимодействий. Мы пошли по пути поэтапной (последовательной) разработки модулей и в настоящее время наиболее полно сформирована и проработана система взаимоотношений, как по горизонтали, так и по вертикали модуля врача-стоматолога общей практики.

В результате применения технологии имитационного моделирования рассмотрены особенности функционирования производственных зон модуля применительно к перспективам реализации тех или иных организационных технологий оказания стоматологических услуг, разработаны маршруты пациентов, медицинского персонала, чистых и «грязных» материалов и инструментария, биологических сред и т. п. Рассмотрены особенности функционирования модуля в условиях автономного энерго, тепло и водообеспечения, а так же реализация технологического цикла энергосбережения.

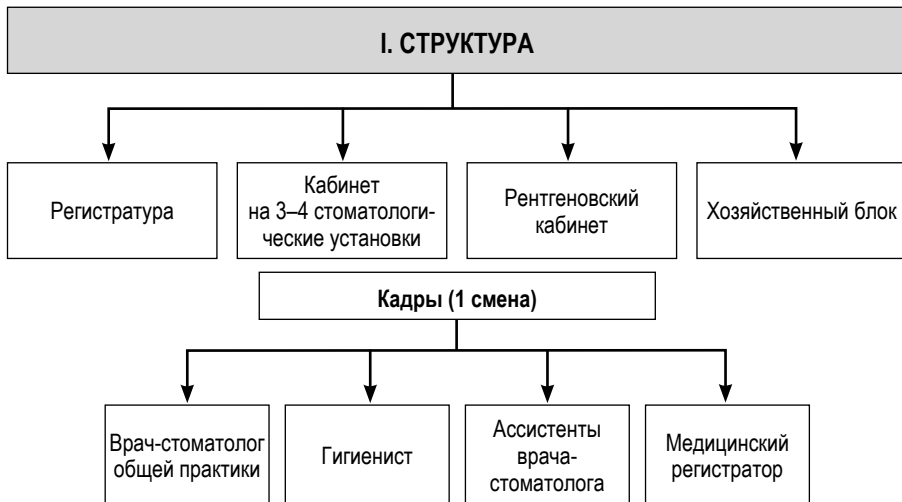


Рис. 4.10. Структурный компонент базового модуля врача-стоматолога общей практики

При проектировании стоматологического модуля врача-стоматолога общей практики были учтены основные положения проектирования амбулаторно-поликлинических учреждений «Пособия по проектированию учреждений здравоохранения»⁵⁹. Модуль предназначен для оказания стоматологической помощи пациентам, а также для осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний. Проектом предусматривается, что здание будет отдельно стоящим.

Состав помещений модуля определяется техническим заданием на проектирование. При размещении здания учтены требования к разделению потоков посетителей и персонала и к рациональному зонированию внутреннего пространства. Стоматологический модуль состоит из трех основных групп: общих помещений, лечебно-профилактических подразделений, служебных и бытовых помещений.

Группа общих помещений включает вестибюльно-регистратурные и справочно-информационные помещения. В состав лечебно-профилактических подразделений входят:

- кабинеты врачебного приема (кабинет на 3 стоматологических кресла и кабинет хирургической стоматологии на 1 кресло);
- диагностические подразделения (рентгенодиагностический кабинет);
- вспомогательные подразделения (предстерилизационная, стерилизационная, компрессорная).

⁵⁹ СНиП 2.08.02–89 для амбулаторно-поликлинических учреждений. Разработанный «Гипронииздрав» Министерства здравоохранения СССР, утвержденный директором Гипронииздрова 19 декабря 1989 г. (Прим. авторов).

Процессуальный компонент базового модуля предполагает выполнение стандартов организационных технологий (работу в две смены, в четыре руки, одновременно на 3 креслах и т. п.) и выполнение стандартов (протоколов) стоматологических технологий (рис. 4.11).

Сотрудники стоматологических ЛПУ с трудом могут объяснить содержание выполняемой работы, хотя многие годы, с завидным постоянством добиваются неплохих результатов. В то же время знать, что ты на самом деле производишь, крайне важно, потому что без этого не выразишь ни возможностей для совершенствования процесса, ни собственно технологии производства стоматологических услуг, которую следует совершенствовать.

Врач-стоматолог, как правило, весьма поверхностно представляет то, чего же всё-таки хотят от него пациенты и их родственники. Сплошь и рядом работа строится лишь на непроверенных догадках относительно желаний пациентов. И если вдруг догадки эти оказываются неверными, возможности для улучшения работы бывают упущены, либо ресурсы тратятся на внедрение новшеств, не приводящих к нужному результату. Правильно понять, что движет пациентами и прочими потребителями, когда они судят о качестве предоставляемых им услуг, – вот, пожалуй, самое главное, что позволяет выявлять и осуществлять такие перемены, которые на самом деле приведут к улучшению работы с точки зрения потребителя. Более того, углубление знаний о клиентах и платёльщиках подстёгивает инновационный процесс.

Стоматологическое учреждение по привычке представляется нами как набор подразделений, каждое из которых выполняет строго очерченные функции. На самом же деле, работу ЛПУ стоматологического профиля следует рассматривать как цепочку взаимосвязанных процессов, составляющих стержневой процесс, к которому подключены вспомогательные процессы. Без такого понимания стоматологического модуля, как единой системы, усилия по совершенствованию его работы не дают желаемого результата, поскольку большинство усилий оказывается сосредоточенными на совершенствовании работы отдельных звеньев и подразделений в ущерб организации в целом⁶⁰.

«Лучшая» зуботехническая лаборатория плюс «лучший» стоматологический кабинет плюс «лучшая» смена гигиенистов стоматологических не дают никакой гарантии, что их совместная работа будет налажена так, чтобы от этого в выигрыше оказывался конкретный пациент.

Показатель работы базового модуля формируется из трех групп результатов (рис. 4.12).

- Медицинских (общие и специальные показатели деятельности ЛПУ стоматологического профиля, объёмные показатели производства услуг,
- показатели доступности и КМП, число осложнений и т. п.).
- Микросоциальных и макросоциальных (в виде коэффициентов удовлетворенности стоматологической помощью, коэффициентов отражающих невозможность выполнять функцию жевания).
- Экономических (коэффициентов удельных затрат, рентабельности стоматологических услуг, показателей эффективности инвестиционных программ, соотношения нормативных и фактических затрат и т. п.).

⁶⁰ Neuhauser D., Mc Eachern J. E., Headrick L. Clinical cqi. A book of readings Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Department of Publications. 1995 One Renaissance Boulevard, Oakebrook Terrace, Illinois 60181

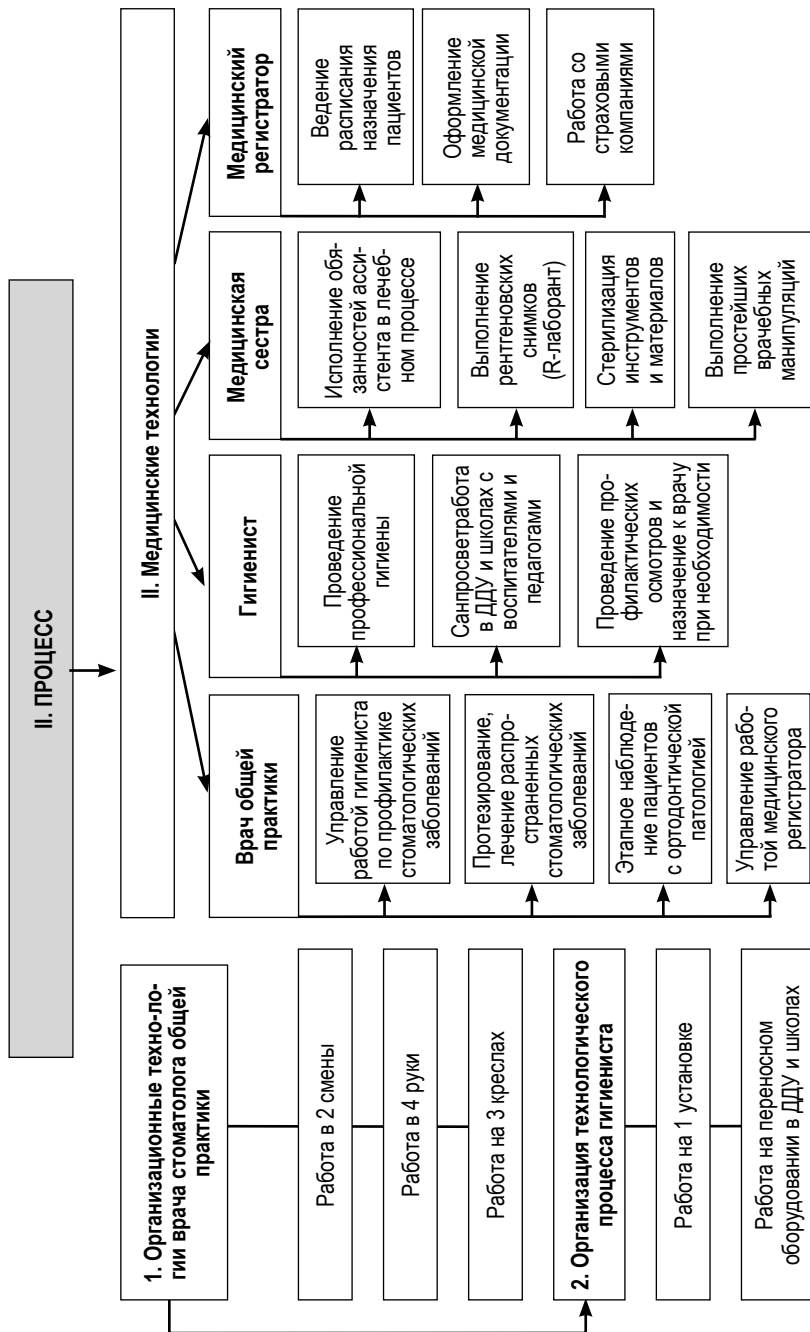


Рис 4.11. Процессуальный компонент модуля врача-стоматолога общей практики

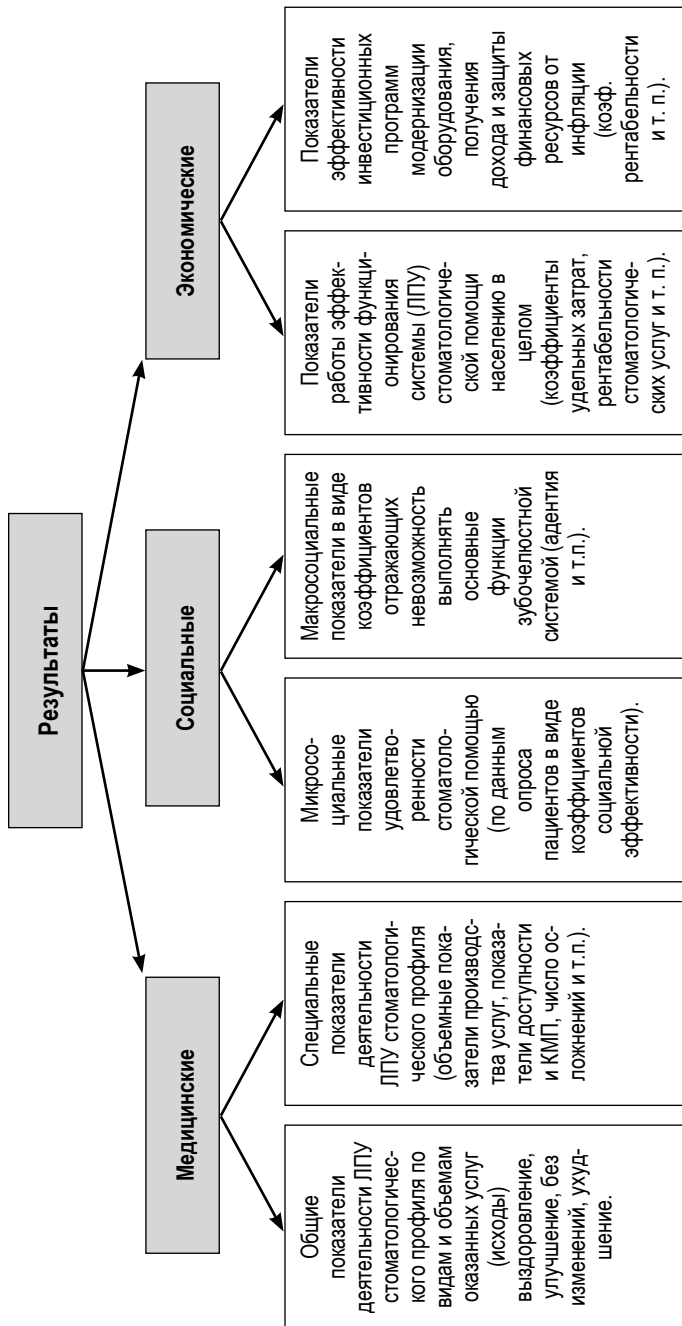


Рис. 4.12. Результатирующий компонент базового модуля врача-стоматолога общей практики

Перспективы управления производством специализированных стоматологических услуг (второй уровень)

Реализация стратегии охраны стоматологического здоровья, внедрение целевых программ по профилактике стоматологических заболеваний, повышение роли управления по результатам деятельности, создание развитой сети модулей первого уровня – рабочих мест врача-стоматолога общей практики, интеграция стоматологии с другими службами здравоохранения и всем комплексом социальной инфраструктуры региона, совершенствование подготовки кадров и др. – все это позволяет надеяться, что в обозримом будущем нам удастся уменьшить кризисные тенденции в состоянии стоматологического здоровья населения региона.

Микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности приводят к разрушению тканей зубов и пародонта путем прямого токсического влияния подобного тому, которое оказывают экзотоксины или гистологические ферменты. Структурные элементы зубов и десны повреждаются, токсины и ферменты микроорганизмов проникают внутрь мягких десневых структур, развивается острая воспалительная реакция. Как и любое воспаление, вызванное инфекционным агентом, кариес и воспаление тканей пародонта зависит не только от наличия микроорганизмов, но и от общего состояния всего организма. Остроту процесса, его клинико-морфологические особенности и исход воспаления определяет реактивность организма. Наиболее рациональным методом организации медицинской помощи при кариесе и пародонтите является эффективная гигиена полости рта, что требует разработки новых стандартов структуры, технологий и современных моделей конечных результатов деятельности ЛПУ стоматологического профиля. Реальная ситуация в региональной стоматологии далека от оптимистичной, поскольку потребность населения в видах и объемах пародонтологических услуг едва ли удовлетворяется на 10–15%.

Следует отметить, что, если на первом уровне стоматологической помощи населению региона, там, где должен работать врач-стоматолог общей практики и гигиенист стоматологический, в реальной ситуации работает зубной врач, трудно ожидать достижения результатов качества высокого уровня.

Поэтому значительная часть объемов производства стоматологических услуг передается на второй уровень производства, где доминируют стоматологические поликлиники и специализированная стоматологическая помощь – терапевтическая, хирургическая, ортопедическая, ортодонтическая, пародонтологическая и др.

Рассмотрев принципиальную схему функционирования модуля врача-стоматолога общей практики следует обратить внимание на то, что специалисты первичного уровня, так или иначе, входят структурной единицей (вне зависимости от формы собственности) в общую систему стоматологической помощи населению региона. Другое дело, что вертикальные и горизонтальные связи осуществляются по нескольким основным направлениям взаимоотношений, а именно:

- *через вертикально интегрированную систему управления государственными и муниципальными ЛПУ стоматологического профиля;*
- *через ассоциацию врачей-стоматологов региона, которая как правило, объединяет всех производителей стоматологических услуг, независимо от формы собственности;*
- *через систему обратной связи с обществами защиты прав потребителей или ассоциацией пациентов;*

- через лицензионные органы, а так же органы по регулированию ценообразования, антимонопольные организации и др.

Вполне естественно, что врачи-стоматологи общей практики работают в тесном контакте со специалистами стоматологами вторичного и третичного уровней, осуществляя направление своих клиентов на специализированный уровень в тех случаях, когда технологические или технические возможности первичного уровня исчерпаны полностью.

Стратегия принятия решений в отечественной стоматологии должна подчиняться принципу: «Достижение максимальной эффективности от каждой единицы сил и средств, вложенных в производство стоматологических услуг» – единственно реальный путь к успеху в условиях рынка. Следует отметить, что руководствоваться этим принципом выражают желание не многие из руководителей муниципальных стоматологических поликлиник, привыкших за долгие годы работы к тому, что вся интеллектуальная деятельность по анализу, планированию и принятию решений уходит в верхние эшелоны управления, а главному врачу отводится роль по исполнению «указаний свыше».

В этой связи эффективная деятельность отдельного ЛПУ стоматологического профиля и региональной стоматологии в целом в значительной мере наталкивается на «риффы» неспособности многих административных работников действовать в условиях экономической самостоятельности. А для решения проблемы эффективности требуется подготовка специалистов-управленцев новой формации, способных принимать решения в условиях рыночных отношений, динамического изменения внешнего окружения системы производства стоматологических услуг⁶¹.

В связи с тем, что работе муниципальной стоматологической поликлиники (второй уровень стоматологической помощи населению) посвящено достаточное число исследований⁶², мы полагаем, что в качестве организационной модели производства специализированной стоматологической помощи было бы полезно рассмотреть работу пародонтологического отделения в модульном варианте. В стоматологических ЛПУ второго уровня реализуется достаточно много современных диагностических и лечебных технологий связанных с заболеваниями пародонта⁶³.

Методы диагностики

- *Использование компьютерной системы Florida Probe 32.*
- *Культуральный анализ поддесневой микрофлоры.*
- *Микроскопическое изучение поддесневой микрофлоры.*
- *Пробы нуклеиновых кислот.*
- *Выявление ферментативной активности вероятных патогенов.*
- *Молекулярный анализ 16S рибосомальных РНК-антигенов бактерий.*

⁶¹ Avom J., Soumerai S. B. Improving drug-therapy decisions through educational outreach: A randomized controlled trial of academically based «detailing». N Engl J Med 1983; 308: 1457–1463.

⁶² ● Тишин А. С. Совершенствование стоматологической помощи населению в условиях рыночных отношений: (Орг. методич. аспектов на территориальном уровне). М.: Издательство «Хризостом», 2000. 36 с.

● Яковлева Т. С. Научное обоснование деятельности областной стоматологической поликлиники в новых экономических условиях. – Автореф. канд. мед. наук. – Рязань. – 2000. – 23 с.

● Леонтьев В. К., Шестаков В. Т., Воронин В. Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. М. Медицинская книга. – Н. Новгород. – 2003.-С. – 273.

⁶³ Грудянов А. И. Планирование лечебных вмешательств на пародонте/Доклад на ежегодном научном форуме «Стоматология 2006» Москва. Выставочный комплекс «ЭКСПОЦЕНТР». 06.12.06.

- *Анализ продуктов и веществ, высвобождаемых макроорганизмом в жидкости десневой бороздки и др.*

Методы лечения

- *Проведение первичной инициальной фазы лечения пародонтита (традиционное удаление над- и поддесневых отложений и сглаживание поверхностей корней) у пациентов с тяжёлыми заболеваниями пародонта и заболеваниями с атипичным течением.*
- *На основе информации, полученной при специальных дополнительных методах обследования, разработка и составления плана медикаментозного лечения пациентов.*
- *Проведение всех видов лоскутной хирургии при заболеваниях пародонта (апикально, коронально позиционированный и репозиционированный лоскуты).*

Лечение, которое необходимо проводить пациентам с сохраняющимися после инициальной фазы терапии пародонтальными карманами размерами 5 мм и больше.

- *Гингивэктомия.*
- *Удлинение коронковой части зуба.*
- *Направленная тканевая регенерация.*
- *Операции, направленные на коррекцию мукогингивальных состояний.*
- *Операции имплантации.*
- *Операции, направленные на увеличение объёма костной ткани.*
- *Применение плазмы, богатой тромбоцитами.*

Для реализации выше указанных технологий диагностики и лечения пародонтитов необходима разработка структурно-функциональной модели стоматологического пародонтического модуля (рис. 4.13 и 4.14)⁶⁴.

На втором уровне в Дальневосточном регионе специализированная стоматологическая помощь оказывается преимущественно в муниципальных стоматологических поликлиниках по трем основным специальностям – терапии, хирургии и ортопедии.

Основной поток пациентов составляют пациенты при первичном обращении, которым оказывается стоматологическая помощь в рамках т. н. смешанного приема, а также пациенты, направленные из учреждений первого уровня, когда врачи-стоматологи общей практики в силу различных причин технологического или технического плана рекомендуют своим клиентам продолжать лечение в специализированных ЛПУ. Ориентировочно в стоматологических ЛПУ второго уровня сегодня производится от 20 до 40% всех стоматологических услуг в Дальневосточном регионе. По нашему мнению в ближайшие годы эти объемы уменьшатся за счет роста мастерства специалистов и оснащенности негосударственных стоматологических учреждений.

Проведенный нами в рамках настоящего исследования структурный анализ обеспечения производства стоматологических услуг в учреждениях второго уровня показал, что подавляющее большинство основных производственных фондов муниципальных стоматологических поликлиник региона в той или иной мере не соответствует стандар-

⁶⁴ Стоматологический пародонтологический модуль введен в строй действующих во втором квартале 2008 года в г. Хабаровске, где реализуются современные организационные и стоматологические технологии специализированной помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта (прим. авторов).

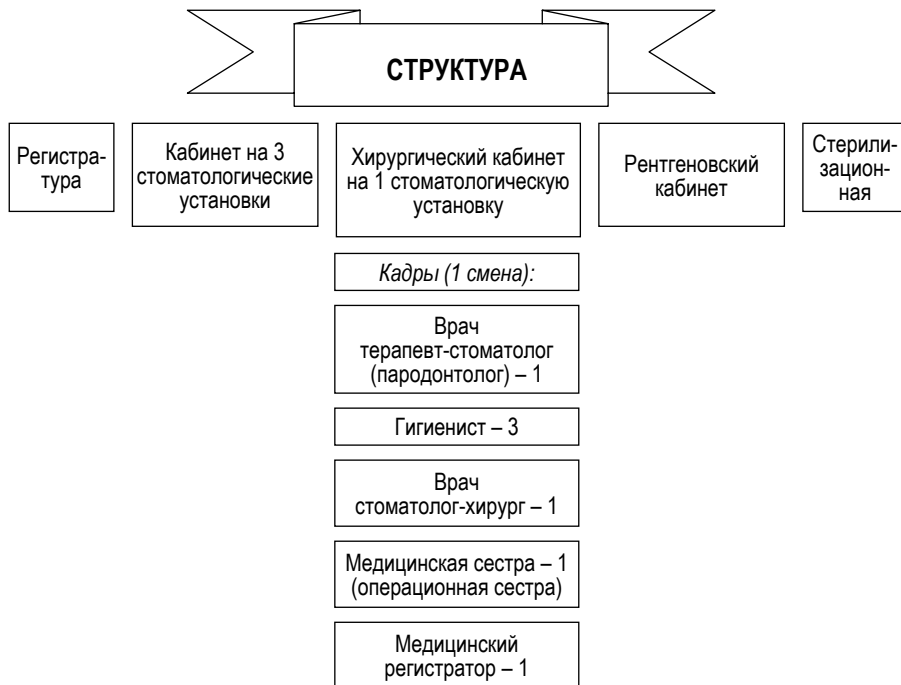


Рис. 4.13. Структурный компонент пародонтологического модуля

там «Строительных норм и правил» (СНиП) – 2.02.02.89. При планировании и строительстве ЛПУ стоматологического профиля в регионе не всегда выполняются «Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно–поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личного гигиены персонала», особенно это касается ЛПУ, где организуется отделение хирургической стоматологии или хирургический кабинет.

Не всегда выполняется требование стандарта по числу помещений хирургического отделения/кабинета (5 и 3 соответственно), площадь предоперационной не менее 10 м², операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом) площадью не менее 23 м², при установке каждого последующего кресла (операционного стола) требуется дополнительно 7 м², стерилизационная площадью 7 м².

В помещении для стерилизации не везде предусмотрены вытяжные шкафы и т. п. Состав и площадь основных и вспомогательных помещений не всегда определяется заданием на проектирование, в соответствии с действующими СНиПами 2.08.02–89 «Общественные здания и сооружения» и пособием к нему по проектированию лечебно–профилактических учреждений. Редко при проектировании и реконструкции основных фондов учреждений коммерческой стоматологии используется и выполняется полностью стандарт «Санитарные правила, устройство оборудования и эксплуатации больницы, родильных домов и других лечебных стационаров 5179–90».

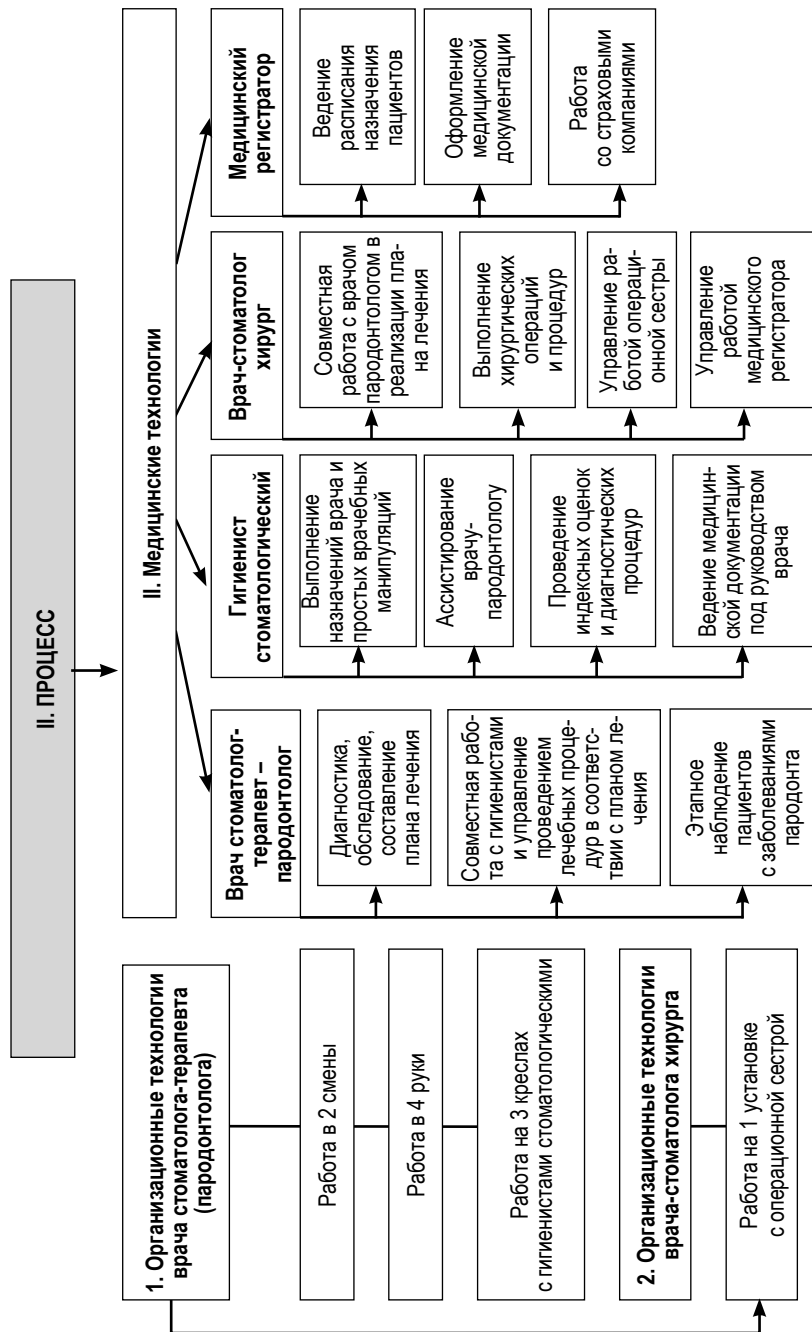


Рис. 4.14. Процессуальный компонент пародонтологического модуля

Стандарт оснащения отделений/кабинетов ЛПУ стоматологического профиля в большинстве случаев соответствует стандартам табеля оснащения с учетом «Временных норм расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника» (Приложение 1 к Приказу Минздрава СССР № 670 от 12 июня 1984 г.).

Что же относительно оснащения отделений/кабинетов стоматологическими креслами, бестеневыми лампами, столиками для инструментария, держателями для карпульных анестетиков и др., то в большинстве обследованных ЛПУ стоматологического профиля эти структурные стандарты соблюдаются неукоснительно. Следует отметить, что в негосударственных ЛПУ стоматологического профиля региона уровень оснащения медицинским оборудованием (фондовооруженность) выше, чем в ЛПУ государственно-го сектора, исключая оснащение диагностическими рентгенологическими установками и физиотерапевтической аппаратурой.

Большинство кабинетов имеют естественное освещение и две системы искусственного освещения – общее, соответствующее санитарным требованиям, и рабочее в виде специальных рефлекторов. Критерием оценки санитарного состояния стерилизационной и операционной является бактериологический контроль⁶⁵.

При проектировании и строительстве пародонтологического модуля в г. Хабаровске нами были учтены результаты системного анализа состояния основных производственных фондов стоматологических ЛПУ второго уровня Хабаровского края (рис. 4.15. и 4.16).

Структурно-функциональные характеристики пародонтологического модуля

Кадры

Стоматолог-терапевт пародонтолог, стоматолог-хирург, гигиенисты стоматологические, средний медицинский персонал.

Функции

Оказание врачами стоматологами-пародонтологами, гигиенистами стоматологическими и медицинскими сестрами основного объема специализированной лечебной помощи и осуществление мероприятий по вторичной профилактике по направлениям стоматологов ЛПУ первого уровня.

Кроме того, персоналом проводится работа по диспансеризации, рекомендации по проведению поддерживающего пародонтологического лечения и, при необходимости – ортопедического лечения для врачей I уровня. А так же принятие решений о возможных вариантах дальнейшей стоматологической помощи и экспертиза нетрудоспособности в объеме работы КЭК ЛПУ второго уровня.

Объем обслуживания

От 40 до 50 тыс. прикрепленного населения (т. е. в среднем формирование видов и объемов услуг по направлениям от 8–10 модулей врача стоматолога общей практики).

Результирующий компонент представлен нами достаточно подробно при описании модуля врача-стоматолога общей практики. Поэтому не останавливаясь на результирующем компоненте стоматологического ЛПУ второго уровня нам хотелось бы отметить,

⁶⁵ Приказ Минздрава СССР от 10.06.1985 N 770 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42–21–2–85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы»

Экспликация помещений

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Лестничный блок | 6. Подсобное помещение |
| 2. Компрессорная | 7. Гардероб мед. персонала |
| 3. Тепловой узел | 8. Комната мед. персонала |
| 4. Предстерилизационная | 9. Техническое помещение |
| 5. Стерилизационная | 10. Коридор |

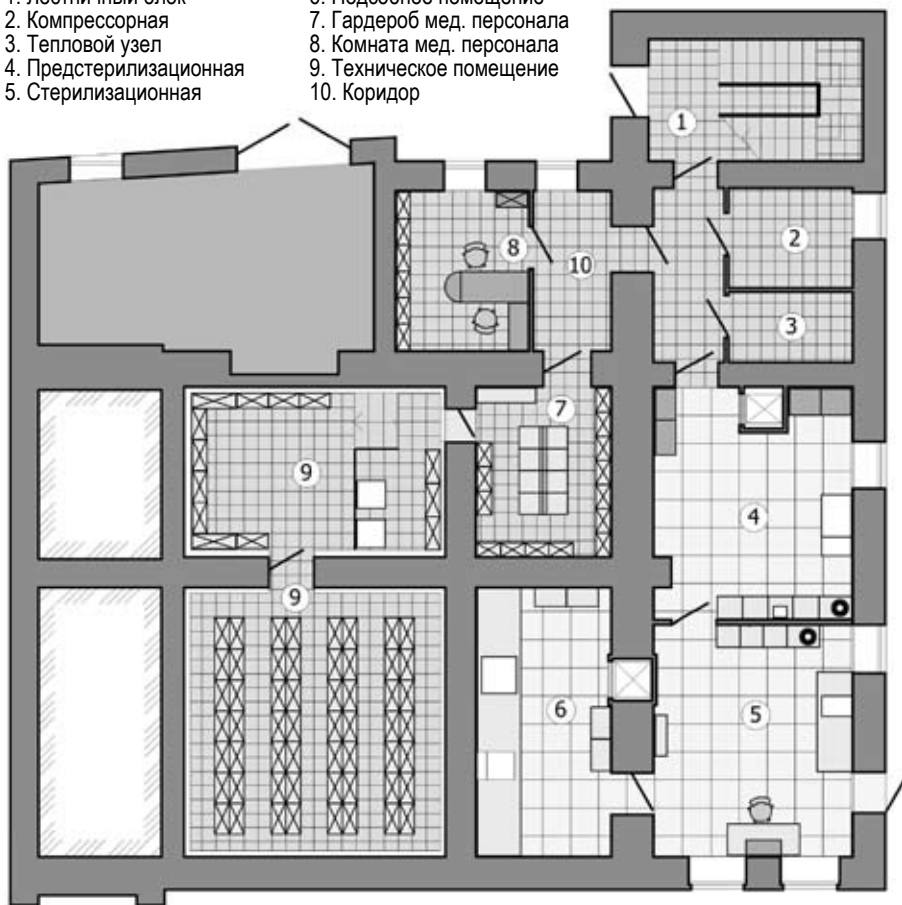


Рис. 4.15. План пародонтологического модуля (цокольный этаж)

что анализ затрат в региональной стоматологии и их соотношение с получаемыми атрибутами здоровья сопряжен с определенными сложностями и допущениями.

О результатах и их измерениях. Вопрос о результатах производства качественных стоматологических услуг на втором уровне достаточно сложен. И хотя обычно считается, что результаты различных медицинских воздействий известны и прогнозируемы, на деле это не совсем так. Часто выбор технологий диагностики и лечения стоматологической патологии в Дальневосточном регионе основывается на традициях, существующей практике, а не на принципах медицины, основанной на доказательствах.

По многим регулярно оказываемым видам стоматологической помощи конкретные технологии лечения либо не протестированы на клиническую действенность и надеж-

Экспликация помещений

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| 1. Вестибюль | 9. Перевязочная | 17. Коридор |
| 2. Регистратура с архивом | 10. Рентген-кабинет | 18. Пультовая рентген-кабинета |
| 3. Коридор | 11. Ст. медсестры, кладовая медикаментов | 19. Охрана |
| 4. Холл | 12. Кабинет главного врача | |
| 5. Ординаторская | 13. Санузел | |
| 6. Приемная | 14. Санузел для посетителей | |
| 7. Стоматологический кабинет на 3 кресла | 15. Санузел персонала | |
| 8. Хирургический кабинет | 16. Лестничный блок | |

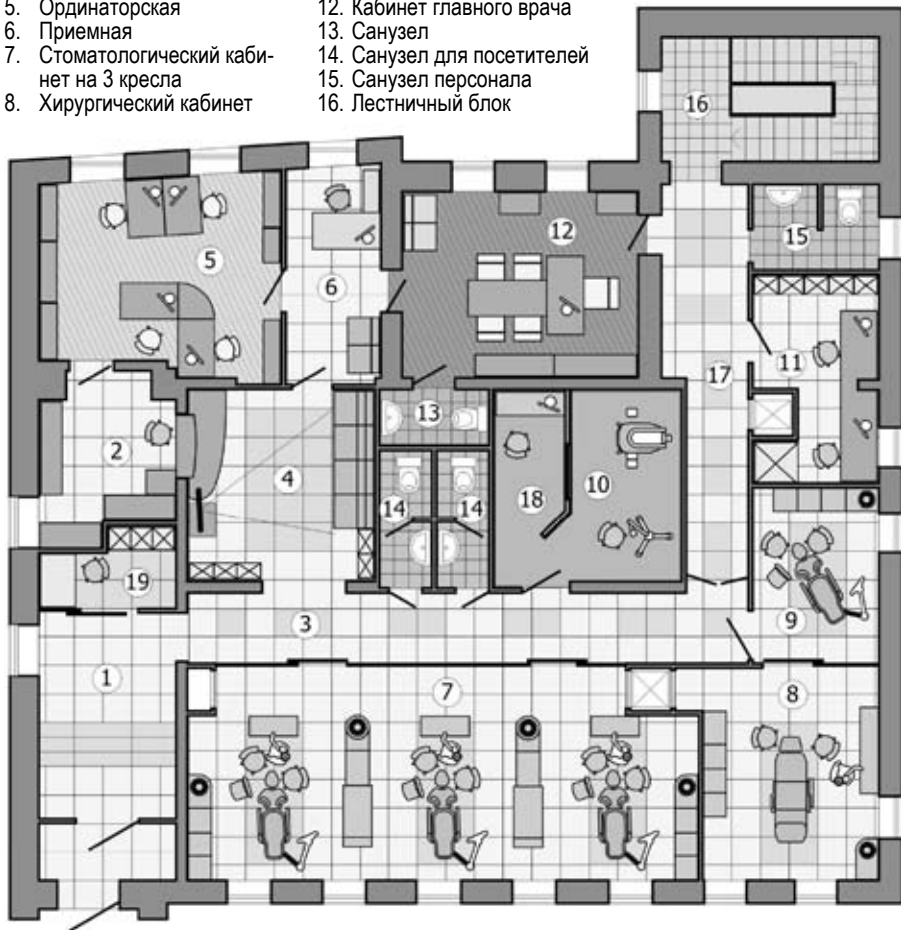


Рис. 4.16. План пародонтологического модуля (первый этаж)

ность в полном объеме, либо протестированы, но информация плохо распространена и принята врачами-стоматологами, которые непосредственно участвуют в лечении пациентов⁶⁶.

⁶⁶ Кулаков А. А. Состояние и перспективы проблемы стандартизации и контроля качества стоматологической помощи. // Доклад на ежегодном научном форуме «Стоматология 2006» Москва. Выставочный комплекс «ЭКСПОЦЕНТР». 04.12.06.

В результате реализуемые технологии разными врачами-стоматологами при одних и тех же заболеваниях зубочелюстной системы для аналогичных групп пациентов, различаются, как с точки зрения процессуального, так и результирующего компонентов. Различия наблюдаются не только по отношению к методам, применение которых лимитируется отсутствием высокотехнологического оборудования или дороговизной, но и к достаточно дешевым и доступным вмешательствам. Это наблюдается практически во всех муниципальных стоматологических поликлиниках субъектов РФ Дальнего Востока России.

Оценка результативности производства специализированных стоматологических услуг – есть получение ответа на вопрос о том, действительно ли предлагаемое вмешательство (технологический стандарт) приносит пациентам больше пользы, чем вреда. Оценка получаемых полезных эффектов разбивается (явно или неявно) на два этапа: выбор одного или нескольких критериев оценки (показателей, по которым будет оцениваться результат) и собственно оценка достижения поставленных целей через эти показатели. Корректный подход к решению обеих задач одинаково важен для оценки результатов деятельности ЛПУ стоматологического профиля.

Результаты стоматологических технологий реализуемых на уровне отдельных муниципалитетов или региона в целом можно разбить на три основные группы.

Первая группа связана с изменениями физического и эмоционального состояния пациента. Эти результаты можно оценить при помощи множества таких разнородных, но измеримых показателей, как уменьшение числа осложнений кариеса, снижение числа эпизодов зубной боли и так далее. Выбор показателей и критериев оценки в каждом случае зависит от целей, которые ставят перед собой конкретные технологии. Так, если технология направлена на профилактику и лечение кариеса, в качестве показателей результата могут быть выбраны уровень КПУ и т. п.

При несложных хирургических вмешательствах на зубочелюстной системе, в зависимости от их цели, можно выбрать в качестве показателей результата число дней нетрудоспособности после операции. Эти показатели легко использовать в экономических оценках при сопоставлении технологий оказания стоматологической помощи, преследующих однотипные цели (анализ затраты-результаты). Надо только помнить, что измеряя и сопоставляя основные результаты лечения, не следует забывать о побочных эффектах – как положительных, так и отрицательных. Когда технология приводит к нескольким результатам, необходимо оценить каждый из них, а затем (при экономическом анализе) – либо выбрать наиболее важный показатель (описав, хотя бы качественно, остальные), либо оценить изменение всех показателей сразу, возможно приписав им некоторые весовые коэффициенты в соответствии с важностью результатов.

Перечисленные выше показатели описывают конечный результат лечения у стоматолога. Однако есть ряд технологий, направленных на достижение промежуточных результатов. В частности, организационные технологии ранней диагностики пародонтита. Результаты этих технологий оказывают лишь опосредованное влияние на конечную цель лечения, поэтому для них удобнее использовать такие показатели, как число верно поставленных диагнозов, процент выявленных на ранней стадии заболеваний и т. п.

Вторая группа результатов реализации технологий направлена на изменение деятельности отдельных стоматологических учреждений и региональной стоматологии в целом. Внедрение в практику одноразовых инструментов, шприцев и другого оборудования не только снижает вероятность заболевания гепатитом или ВИЧ инфекцией, но и су-

щественно облегчает труд персонала стоматологических ЛПУ. Для оценки этих результатов можно использовать такие показатели, как время выполнения процедуры или услуги, число пациентов, которым можно оказать услуги за определенное время и так далее.

Третья группа результатов связана с изменением качества жизни пациентов. Качество жизни может определяться множеством показателей – отсутствием болевого синдрома, возможностью полноценной работы, способностью к самообслуживанию. Проблема оценки качества жизни достаточно сложна, однако разрешима.

Таким образом, планирование моделей конечных результатов внедрения современных технологий в производство стоматологических услуг на втором уровне (специализированная стоматологическая помощь) и анализ их достижения позволит перейти на современные технологии управления производством стоматологических услуг, т. е. на технологии управления по результатам деятельности.

Перспективы управления производством узкоспециализированных стоматологических услуг (третий уровень)

Прежде чем обсуждать непосредственно структуру стоматологической помощи субъекта РФ, необходимо определиться с понятийным аппаратом. Целесообразно начать с термина «система стоматологической помощи населению». Мы понимаем под этим термином систему обеспечения стоматологической помощи населению в виде организации производства стоматологических услуг в ЛПУ государственной, муниципальной и негосударственной формы собственности. На территории региона одновременно могут функционировать несколько систем стоматологической помощи населению. Территориальная (муниципальная) и государственная, руководимые соответствующим органом управления здравоохранения. Ведомственная (государственная) – поликлиники и госпиталя МВД, ВС РФ. Отраслевая (негосударственная) – отделенческие больницы ОАО РЖД, медсанчасти крупных предприятий и др. нефтегазового комплекса, судоходных компаний, авиакомпаний и пр. А так же система частных стоматологических организаций. Все системы стоматологической помощи в рамках единой структуры охраны здоровья населения региона должны находиться в тесном контакте с другими системами, так или иначе связанными с охраной здоровья населения.

Следует отметить, что в каждом субъекте РФ работает лицензирующий орган, который обеспечивает государственную защиту интересов граждан через систему лицензирования ЛПУ независимо от формы собственности. Управляющие функции по различным разделам стоматологии региона, как правило, осуществляет главный нештатный стоматолог регионального органа управления здравоохранением. В то же время в стоматологии, в отличие от других специализированных направлений медицинской помощи населению (фтизиатрии, наркологии, психиатрии, онкологии, кардиологии и др.) нет медицинского учреждения регионального уровня, которое бы оказывало диагностическую, консультативную помощь, занималось бы организационно-методической работой на всей территории края⁶⁷.

⁶⁷ Отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологические кабинеты консультативных поликлиник, входящие в состав областных (краевых) многопрофильных ЛПУ, как правило, не выполняют организационно-методических и др. необходимых для управления функций. (Прим. авторов).

В связи с изменениями, произошедшими в стоматологии региона появилась необходимость координации усилий по стандартизации, тарифной политике, прогнозированию и планированию госзаказа по производству стоматологических услуг и т. п. Управляющие структуры, профессиональные ассоциации, областные (краевые) клинические больницы, где фактически каждое отделение является организационно-методическим центром и соответственно строит свою работу, к сожалению, не справляются с задачами по проведению, как лечебно-диагностической, так и консультативной работы по стоматологии. Что же относительно выявления недостатков организации подготовки кадров ЛПУ стоматологического профиля, лицензирования, сертификации и аккредитации, то эта работа в регионе практически пущена на самотек. По нашему мнению, в условиях Хабаровского края головным учреждением стоматологической службы может стать «Региональный консультативно-диагностический центр стоматологии», как самостоятельный комплекс научных, образовательных, диагностических и лечебных подразделений, разрабатывающий и определяющий стратегию развития стоматологии региона (рис. 4.17).

Безусловно, что основными задачами центра является производство высокотехнологичных видов стоматологических услуг. Будучи региональной базой научных школ и передовых технологий диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний на Дальнем Востоке он станет центром стандартизации и подготовки кадров для стоматологии будущего.

Кроме функций производства стоматологических услуг Региональный консультативно-диагностический центр стоматологии по нашему мнению может взять на себя определенные функции управления.

В основе идеологии управления региональным (краевым) консультативно-диагностическим центром лежит внутрисистемный медицинский аудит и функционально-стоимостный анализ, основанный на постоянном комплексном технико-экономическом анализе производства стоматологических услуг с целью достижения максимальных результатов при минимальных затратах.

В рамках такого центра необходимо организовать пять основных служб:

- *служба организационно-методического обеспечения – для осуществления единых подходов к организационно-методической работе в муниципальных образованиях региона и различных ведомствах;*
- *центр библиотечно-информационного обеспечения (электронная библиотека) – для оперативного и качественного информационного обеспечения стоматологов;*
- *служба информатизации – для разработки идеологии компьютерного обеспечения региональной стоматологии, унифицированного технического и программно-оборудования ЛПУ стоматологического профиля;*
- *служба экономических исследований – для разработки вопросов финансирования стоматологии в новых условиях, управления учреждениями различных форм собственности, совершенствования системы оплаты труда персонала стоматологических ЛПУ, развития системы добровольного медицинского страхования;*
- *учебно-координационный центр (совместно с Дальневосточным государственным медицинским университетом) – для организации обучения различных категорий персонала стоматологических ЛПУ, передачи им знаний и навыков работы в условиях рынка.*

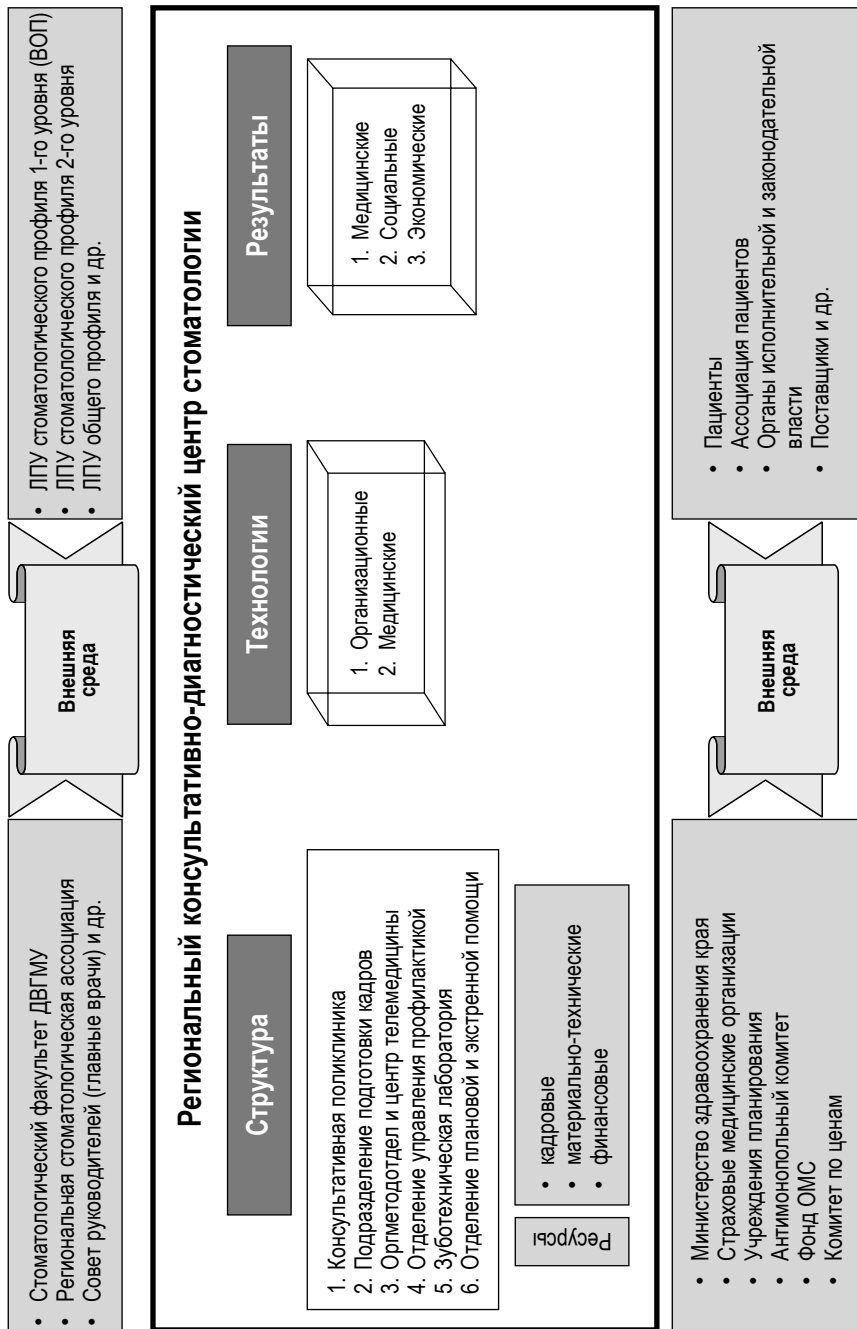


Рис. 4.17. Региональный консультативно-диагностический центр стоматологии

Начавшийся в 90-х годах XX века процесс демонтажа государственно – монополистических структур и административно-командного стиля управления в региональном здравоохранении, не должен означать полной, никем неконтролируемой децентрализации и полного отказа от регулирования рынка стоматологических услуг. В обозримом будущем необходимо создание гибкой системы государственного влияния на два противоречивых начала – план и рынок. В новой (рыночной) модели управления, планирования и финансирования стоматологических учреждений (региональных, муниципальных, негосударственных и частных) нормативы не должны носить директивного характера. Они должны использоваться в качестве научных ориентиров, с помощью которых органы управления составят маркетинговый проект обеспечения населения региона необходимыми видами и объемами стоматологической помощи, которые наиболее целесообразны, социально и экономически оправданы.

Очевидно, что именно рынок с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью работников позволит перейти к системе нормирования и стимулирования труда врачей-стоматологов и другого персонала по таким приоритетным направлениям и критериям, которые обеспечивали бы гарантированный уровень удовлетворенности потребностей населения в качественных и безопасных стоматологических услугах.

А ведь сегодня на устранение брака в стоматологии затрачивается много лишних усилий, удваивается трудоемкость, что в целом ведет к непредсказуемой растерянности среди пациентов и врачей. В производстве стоматологических услуг затраты, обусловленные низким качеством (потери при устранении брака, дублирование работы, ненадежность эксплуатации зубных протезов и т. д.) традиционно составляют 25–40% затрат на их производство. Опыт экспертной работы авторов, которые отважились сделать попытку медико-экономической экспертизы случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в ЛПУ стоматологического профиля в Хабаровском крае, дали еще более высокие оценки затрат на устранение брака.

Чем раньше руководители и собственники муниципальных стоматологических поликлиник и частных ЛПУ, поймут причины низкого качества, тем полнее будут их представления о том, где и почему возникает брак. Конечно, некоторые дефекты обслуживания должны анализироваться врачом-стоматологом и только врачом, но оказывается, что причины большинства недостатков стоматологической помощи нельзя объяснить ссылками на миф «врач – вот причина брака в здравоохранении».

Один из авторов настоящей публикации, который несколько лет назад занимался изучением методов непрерывного улучшения, в этой связи позволяет себе привести здесь разговор со своей сотрудницей. Желая больше узнать о выполнении технологических стандартов в процессе работы, он провел час в процедурном кабинете, наблюдая, как его сотрудница выполняла длинный перечень срочных поручений по обслуживанию пациентов, которые казались бесконечными, и часть из них автору показалась противоречивыми. Но сотрудница играючи справлялась с ними.

«Ваша работа кажется мне невыполнимой», – сказал автор, – «Никто не сможет сделать все правильно. «Я знаю», – ответила сотрудница, – «Я стараюсь изо всех сил, и это настраивает на философский лад». «Но кто придумал так делать?» – спросил озадаченный автор. – «Они не могли придумать ничего получше? Сотрудница растерянно оставилась, а потом робко сказала: «Вы, доктор».

Часто «неправильные» действия происходят не в пределах одной функциональной области, такой, как стоматология, выполнение технологических стандартов, фармакология или управление, а в пограничных областях или при пересечении функциональных областей. У медицинского персонала стоматологической поликлиники просматривается во многом связанная и хорошо скрытая за функциональными подразделениями или отделениями система, позволяющая им обвинять друг друга (врачи обвиняют сестер, сестры обвиняют технический персонал, одно отделение обвиняет другое и т. д.). Выражаясь технически, ЛПУ региональной стоматологии, как всякое старомодное производство, склоняется к режиму наибольшего благоприятствования для выполнения своих функций за счет потребителей. Этот вывод одинаково справедлив как для современного ЛПУ, так и для фабричной поточной линии.

В связи с тем, что стоматологическая служба региона – система открытая, то идеология менеджмента должна исповедовать функцию системного анализа и стратегического планирования всех трех уровней производства стоматологических услуг в регионе и взаимоотношений с внешней средой.

Вполне естественно, что часть функций управления региональной стоматологией будет осуществляться через структурные подразделения регионального центра. В первую очередь через коррекцию неизбежных перекосов перепроизводства или недопроизводства стоматологических услуг в условиях реализации Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению, а так же реализации рыночных механизмов спроса, потребления и конкуренции. Кроме того, неизбежно решение проблем координации и соотношений между стоматологическими модулями первого, второго и третьего уровня, а так же взаимоотношений стоматологических ЛПУ различных форм собственности. На настоящем же этапе развития региональной стоматологии во главу угла станут задачи, связанные со стандартизацией структурных, технологических и результирующих компонентов системы.

Контрольные задания и вопросы

1. Расскажите о роли врача-стоматолога общей практики в современной стоматологии своего региона.
2. Перечислите уровням стоматологической помощи.
3. Рассмотрите принципы зонирования вашего региона. Как плотность населения, экономика и транспортные связи влияют на качество оказания стоматологической помощи?
4. Перечислите принципы организации медицинской помощи.
5. Перечислите принципы построения структурно-организационного стандарта стоматологии первого, второго и третьего уровня.
6. Охарактеризуйте производственные зоны технологического модуля врача-стоматолога общей практики – первый уровень стоматологической помощи населению.
7. Дайте характеристику централизованной и децентрализованной модели стоматологического обслуживания населения.
8. Опишите стоматологический модуль врача-стоматолога общей практики (структура, процесс, результат).
9. Опишите специализированный стоматологический модуль второго уровня.
10. Каковы цели и задачи Регионального лечебно-консультативного центра?

ГЛАВА 5

Стандартизация производства стоматологических услуг

В условиях реформирования здравоохранения России, формирования и интенсивного развития негосударственного сектора, внедрения рыночных механизмов и т. п., органы управления здравоохранением должны иметь возможности проведения постоянной оценки уровня и качества работы ЛПУ. В ходе повседневной работы администрация ЛПУ должна принимать во внимание изменения внешнего окружения системы, изменения правовых и экономических механизмов хозяйствования, что должно побуждать ее вносить в деятельность ЛПУ стоматологического профиля определенные изменения. Для координации изменений и эффективного управления, как органы управления здравоохранением, так и администрации ЛПУ должны иметь достаточный объем стандартизированной информации, и не считать ее сбор и анализ второстепенной проблемой.

Сегодня существует острая необходимость разработки основных направлений стратегии развития информационных систем для ЛПУ, а так же и технических возможностей систематического наблюдения за оказанием стоматологических услуг, которые формируются на основе стандартизации. Разработка стандартов лечения пациентов должна впитать в себя традиционные для отечественной стоматологии подходы к оказанию стоматологических услуг. Следует отметить, что «индивидуальность» такого лечения, его возможные варианты должны быть максимально обеспечены многофакторными стандартными формами, с помощью которых, как при распознавании образов, врач должен выбрать свой «образ» пациента.

Сегодня пока еще нет адекватного соответствия нормативной (стандартизированной) и фактической стоимости оказанных стоматологических услуг, нет адекватного их измерения. А поскольку эти измерения пока субъективны, то создаются условия для возникновения ситуаций вознаграждения стоматологов за некачественные стоматологические услуги или отсутствие мер воздействия на ЛПУ за низкое качество оказываемых медицинских услуг, за исключением системы лицензирования. Наличие сертификата у врача-стоматолога, к сожалению, не гарантирует стандартного (приемлемого) уровня качества стоматологической помощи потребителям. Необходима разработка системы мер воздействия на производителей услуг низкого качества в рамках государственного регулирования рынка.

Стандарт является способом создания мер и условий обеспечения качества стоматологической услуги. Стандарты могут устанавливаться внутри стоматологического учреждения (например, стандарт моделирования и изготовления керамических реставраций⁶⁸, стандарт изготовления металлокерамических конструкций⁶⁹, снижение времени ожидания пациентов на 10%, жалоб пациентов на 3% и т. д.). При этом методе учитываются индивидуальные обстоятельства рассматриваемого ЛПУ, и не может исключаться определенная доля субъективности. Но стандарты могут устанавливаться и извне, на-

⁶⁸ Mormann, W. H., Brandestini, M.: CEREC-System: Computer-Inlays, – Onlays und Schalenverblendungen; ZM, Heft 21,7,7. Jahrg., 1987.

⁶⁹ Kappert H. F. Moderne Metallkeramik-Systeme mit Omega 900; ZM 18/1996.

пример, согласно специальной литературе, оценкам профессиональных общественных организаций стоматологов, задачам отдельных служб стоматологического учреждения и т. п. Эти стандарты имеют преимущество в том, что они уже прошли испытания, но не всегда достаточно приспособлены к индивидуальным условиям. Внешние стандарты часто отсутствуют в практике, но при их наличии должны приниматься во внимание специфические условия стоматологического учреждения или его подразделения.

5.1. История стандартизации в системе оказания медицинской помощи

В российском здравоохранении последних лет по неизвестной причине не существует единства качества и стандарта медицинской (стоматологической) услуги. Однако вся история развития отечества в течение XX века определила другой подход к взаимоотношениям стандартов и качества. Как известно, официальная история стандартизации в СССР началась в 1925 году, когда был создан Комитет стандартизации при Совете Труда и Обороне. Необходимость в государственном органе по стандартизации объяснялось разными причинами: развитием массового производства, необходимостью наведения порядка в конструкторской и технической документации, нуждами экспорта и др. Но одна из причин практически никогда не упоминается, хотя она была одной из важнейших и связана, как это на первый взгляд ни странно, с проблемой образования.

Войны и революции перемешали население России так, что от прежнего уклада, рабочего распорядка и трудовых навыков мало что осталось. С 1914 года – с начала первой мировой войны – и до конца гражданской миллионы людей, живших в России, ушли в небытие или попали в эмиграцию, поменяли место жительства и профессию в поисках лучшей жизни. Стране нужно было выходить из разрухи, строить новую экономику, проводить курс на индустриализацию. Для этого требовались люди, много людей. И они пошли на фабрики и заводы из российской глубинки – неграмотные, неподготовленные, не привыкшие к рабочей дисциплине. Нужно было очень быстро обучить всю эту массу, поставить к станкам, посадить за руль тракторов и автомобилей, научить пользоваться приборами и измерительным инструментом. Одним из средств промышленного всеобуча, передачи опыта, насаждения производственной дисциплины стали стандарты.

Дальновидные руководители промышленности понимали, что только соблюдение установленных норм и правил, которые должны быть поняты, изучены, освоены, даст гарантию выпуска годной продукции. Поэтому так остро стоял вопрос о пропаганде стандартизации, о пробуждении интереса к стандарту, о воспитании уважения к требованиям стандарта.

Для решения этой задачи и был создан журнал «Вестник стандартизации». И хотя в его названии не было слова «качество», проблема качества присутствовала на его страницах постоянно. Неудивительно, что такой подход к стандартизации инициировал разработку проблем, нашедших свое реальное воплощение значительно позже. Речь шла, например, о комплексной и опережающей стандартизации. «... Наши стандарты вынужденно учитывают, прежде всего, наше сегодняшнее устарелое производство, они являются стандартами-минимумами, на которых отнюдь нельзя успокоиться. Наряду с этим мы должны разработать план постепенного повышения качества продукции, его планомерного повышения, и тот минимум, который терпим для устарелого завода,

совершенно недопустим для нового предприятия.... Нам нужен не только стандарт-минимум, но и стандарт-максимум. Он должен служить основой для решения важных вопросов переоборудования старых или оборудования новых предприятий»⁷⁰.

А вот рассуждения о комплексной стандартизации: «Взаимная зависимость одних стандартов от других явилась во многих странах одним из главных затруднений в работе, и практически это затруднение решалось компромиссным путем... Поэтому разработка всякого стандарта неизбежно связана с установлением определенной программы работ по стандартизации, предусматривающей некоторую группу стандартов, взаимно связанных и последовательно разрабатываемых»⁷¹. Время, когда это было написано, связано не только с индустриализацией, но и с духовным подъемом. Основная масса новой технической интеллигенции свято верила в идеалы социализма, стремилась найти наилучшие пути их достижения. Поэтому с неподдельным энтузиазмом вместе с социалистическим соревнованием начинается разворачиваться первая кампания борьбы за качество, оставившая о себе память во множестве публикаций, в том числе в «Вестнике стандартизации».

Буквально с первых шагов провозглашается: «Работа по стандартизации у нас является, прежде всего, стандартизацией качества продукции. В этой работе мы во многих отраслях выступаем пионерами, не имея возможности использовать опыт других стран»⁷².

На страницах журнала в названиях статей все чаще слова «стандарт» и «качество» стоят рядом. Комментируя итоги состоявшейся в Москве первой Всесоюзной конференции по качеству товаров широкого потребления, журнал в редакционной статье говорит о необходимости развернуть среди работников предприятий, выпускающих эту продукцию, массовое движение за качество. Это подтверждается примером из практики социалистического соревнования рабочих бригад на машиностроительных заводах. «Этот великолепный и вдохновляющий образец работы ведущей отрасли надо целиком перенести в обстановку и на предприятия легкой индустрии. Борьба с браком, борьба за качество должна создать «встречный стандарт», как массовое движение рабочих на производстве, чтобы превратить «встречный стандарт» в органическую часть встречного промфинплана».

На предприятиях создаются «ячейки стандартизаторов» – своеобразное общественное движение по типу движения рационализаторов и изобретателей. Если посмотреть на это явление глазами сегодняшнего специалиста по менеджменту качества, нетрудно прийти к выводу, что мы имеем дело с процессом непрерывных улучшений. В научно-технической периодике той поры, в том числе и в «Вестнике», рядом стоят слова «стандартизация» и «рационализация».

В выпускаемом параллельно журнале «Стандарт и качество продукции», рассчитанном на самую широкую аудиторию, регулярно печатались популярные статьи Г.М. Кржижановского, А.В. Луначарского и Н.А. Семашко, велась пропаганда идей стандартизации, агитация за развертывание всенародной борьбы за качество, экономическо-го подхода к стандартизации. К сожалению, дальнейшая судьба союза «стандартов» и

⁷⁰ Дефекты и достижения в работе по стандартизации // Вестник стандартизации. 1928. № 4. С. 5.

⁷¹ Второй год работы по стандартизации // Вестник стандартизации. 1927. № 4. С. 4.

⁷² Матвеева И. Стандарты ради качества // Стандарты и качество. 2001. № 12. С. 42–44.

«качества» не столь благополучна. Происходит разрыв на долгие годы, хотя формально зависимость качества от стандартов закрепляется даже в постановлениях правительства. Первым из них было Постановление Центрального исполнительного комитета и Совета народных комиссаров Союза СССР об уголовной ответственности за выпуск недоброкачественной продукции и за несоблюдение стандартов от 23 ноября 1929 года⁷³. Позже был принят еще ряд аналогичных документов.

Государство мощью своей и авторитетом, с одной стороны, насаждало уважение к стандартам, с другой – рождало страх перед стандартами. У многих возникало желание принизить требования стандартов, чтобы облегчить жизнь производителям товаров и услуг. Это не могло не поколебать сложившуюся систему связей стандартов и качества. О формировании опережающих (перспективных) стандартов вскоре уже не могло быть и речи. Применяемые в последующее время в СССР аналоги стандартов в виде ГОСТов, а позже ГОСТов уже содержали такие требования, которые проще было выполнить в реальных условиях отстающего от мирового уровня производства товаров и услуг.

Все это вполне объяснимо. Свойственный экономике народного хозяйства тех лет экстенсивный путь развития вел к тому, что в оценках работы отраслей первое место занимали количественные показатели (производство чугуна и стали на душу населения, единиц станков, количество ЛПУ, коек в них и т. п.). А какой уровень качества произведенных товаров и услуг, становилось делом второстепенным.

Стандарт в царстве количества волей-неволей становится статичным, чуть ли не тормозом развития... С конца 30-х и до конца 50-х годов из лексикона специалистов по стандартизации исчезает понятие «опережающий стандарт», не говорится и о стандарте, как двигателе прогресса. Все это вернется позже...

А пока, в целях усиления борьбы с выпуском недоброкачественной продукции и нарушением установленных стандартов Центральный исполнительный комитет и Совет народных комиссаров Союза ССР постановляют: «... На основании второй части статьи 3 основных начал уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик предложить Центральным исполнительным комитетам союзных республик предусмотреть в уголовных кодексах»:

1. За массовый или систематический выпуск из промышленных и торговых предприятий недоброкачественных изделий – лишение свободы на срок до 5 лет или принудительные работы на срок до 1 года.
2. За несоблюдение обязательных стандартов – лишение свободы до 2 лет или принудительные работы на срок до 1 года⁷⁴.

В эти годы в практической деятельности учреждений здравоохранения многих стран мира разрабатывались и широко применялись различные системы стандартизации и качества. Причем в основном это касалось экспертных систем (систем проверок), которые внедрялись ранее, внедряются и будут внедряться в великом множестве вариантов анализа КМП. Часть из них, не пройдя проверки временем и практикой, сузила свои мас-

⁷³ Постановление Центрального исполнительного комитета и Совета народных комиссаров Союза ССР об уголовной ответственности за выпуск недоброкачественной продукции и за несоблюдение стандартов г. Москва. 23 ноября 1929 г.

⁷⁴ Собр. Зак. Союза ССР 1927 г., № 12, ст. 122. Председатель Центрального исполнительного комитета Союза ССР Ф. Ходжев. Зам. председателя Совета народных комиссаров Союза ССР В. Шмидт. Секретарь Центрального исполнительного комитета Союза ССР А. Енукидзе.

штабы, другая часть применяется достаточно широко и эффективно. В целом их можно свести к ограниченному количеству подходов:

- анализ отклонения от установленной «нормы»;
- многофакторный анализ деятельности ЛПУ или отдельного врача;
- анализ структуры ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ технологий ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ результатов деятельности ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ стоимости медицинских услуг;
- анализ опроса населения, врачей, медицинского персонала и пр.;
- анализ деятельности ЛПУ на основании скрининговых программ соответствия заданным критериям качества;
- анализ деятельности ЛПУ по программе, составленной из комбинации перечисленных выше методов.

В конечном итоге те или иные подходы к анализу КМП предусматривают наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, т. е. наличие стандартов.

Концепции стандартов или эталонов качества медицинской помощи населению лежат в основе методов анализа КМП. Стандарты могут быть выражены по-разному и иметь достаточное число модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т. д.) системы измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным. Некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи измеряются в номинальной форме, т. е. стандарт выражен в проценте случаев, в которых этот элемент присутствует или отсутствует. Такой стандарт носит название структурного (pattern standard). Этим показателем, например, выражается летальность по стационару.

Некоторые элементы стандартов измеряются при помощи более сложной числовой шкалы, например, длительность лечения. Для таких элементов возможна разработка скалярных стандартов с учетом взвешенной средней, дисперсии вариационного ряда, формирования границ допуска (верхней и нижней) и т. п. Элементы, которые оцениваются по их интенсивности: чем больше/меньше, тем хуже/лучше, например, показатели рождаемости, материнской и перинатальной смертности.

Стандарты (нормативы, правила) могут быть разработаны как для структуры, так и для процесса и результатов деятельности ЛПУ. Нормативы могут отражать физиологические и психологические аспекты деятельности и результатов. Такого рода стандарты могут быть соотнесены с затратами ресурсов при определении эффективности деятельности, что существенным образом повышает значимость контроля качества.

В середине двадцатого века стандартизация из сферы производства стала широко проникать в производство стоматологических услуг. Опыт использования стандартов в промышленности показал, что сколько бы требований и норм ни было включено в стандарт, никогда нельзя быть уверенным в том, что учтены все факторы, определяющие функционирование данного объекта стандартизации в самых разнообразных условиях и в соответствии с индивидуальными нуждами потребителя. Что касается отрасли здравоохранения, то надежность системы стандартов медицинской помощи зависит от стольких составляющих, что только их перечисление займет не один час. Выход из си-

туации заключается во внедрении аппарата статистики с применением методов теории вероятности. С помощью математических методов можно решить некоторые проблемы технологической стандартизации медицинских манипуляций, операций, методов терапевтического воздействия, просчитать вероятность наступления осложнений, создать статистические модели прогноза исхода тех или иных видов стандартизованных медицинских технологий и пр.

С позиций стандартизации, видимо, не следует рассматривать вопросы удовлетворения индивидуальных запросов каждого потребителя медицинских услуг. Регламентация технологий с этих позиций сегодня просто невозможна. Стандарты, которые бы учитывали все индивидуальные запросы, следует отнести к категории «идеальных стандартов».

Среди стран, наиболее активно работающих над созданием стандартов различного типа, следует назвать в первую очередь США, а затем развитые страны Европы. В Азии в вопросах технической стандартизации лидирует Япония. Россия не осталась в стороне от процессов стандартизации медицинской помощи, набирающих темпы за рубежом. Со времени внедрения «нового хозяйственного механизма» в здравоохранении и введения Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» начала разрабатываться система расчетов с медицинскими учреждениями по критериям DRG, которые в России принято называть КСГ (клинико-статистические группы).

В США настолько быстро растет стоимость медицинской помощи, что создание стандартов из прерогативы медицинских работников превратилось в прерогативу экономистов, математиков-системщиков, которые стали изучать здравоохранение как быстро растущего потребителя национального дохода, и с помощью стандартизации пытаются снизить расходы системы здравоохранения. На основе национальных стандартов создается механизм международной стандартизации через Международную организацию стандартов (ИСО), особенно это касается стоматологии (качество технологий, паст, пломбировочных материалов и пр.). Большинство развитых стран принимают международные стандарты за основу, вносят в них необходимые коррективы, зависящие от национальных особенностей.

Как любая система стандартизации, да еще в такой сложной сфере, как здравоохранение, система стандартизации имеет как достоинства, так и недостатки.

К достоинствам следует отнести использование стандартов диагностики и лечения, возмещение расходов в расчете на одного пациента, что в определенной мере стимулирует более экономичное и рациональное использование ресурсов. Оценка деятельности ЛПУ по модели конечных результатов, возможность оценки качества деятельности как отдельного работника, так и коллектива в целом, создание перспективы для оптимизации управления медицинскими и организационными технологиями в стационарах, оперативное выявление отклонений в сроках лечения, эффективности финансовой политики ЛПУ – все это перспективные направления.

К недостаткам системы стандартизации в медицине следует отнести стимулирование в некоторых случаях преждевременной выписки пациентов, отбор на госпитализацию больных с неосложненным течением заболевания в сочетании с отсутствием сопутствующей патологии, госпитализацию пациентов амбулаторного профиля, недостаточный учет зависимости финансовой компенсации от тяжести клинического течения заболевания и возможности появления осложнений.

С 1993 года, а в некоторых территориях России и раньше, при реализации договорных отношений между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями была использована система стандартов, когда врач ЛПУ должен был провести обследование и лечение пациента не ниже указанного в стандарте уровня. Причем ограничиться минимумом следовало только при условии достижения запланированного результата. Внедрению системы оплаты по тарифам с применением стандартов во многих территориях РФ препятствовал низкий уровень реализации информационных технологий в ЛПУ. Это предопределило оплату по так называемым среднепрофильным тарифам, рассчитанным на основе нормативов показателей срока и стоимости лечения по каждой специальности, т. е., по сути дела, по упрощенному варианту стандартов клинко-статистических групп (КСГ). Единственным преимуществом этого упрощенного метода была простота определения тарифов и ведения расчетов за оказанную медицинскую помощь.

С 1993 года большинство ЛПУ территорий ДВФО функционировали в договорных отношениях с филиалами территориальных фондов ОМС, исполняющих роль страховых медицинских организаций или со страховыми медицинскими организациями в рамках разработанной системы стандартизации и тарифной политики. К сожалению, за этот же период времени качество, доступность и эффективность медицинской помощи застрахованным повсеместно ухудшилось.

В значительной степени деятельность большинства ЛПУ территорий ДВФО регламентировалась упрощенным вариантом стандартов КСГ, что сопровождалось повальной госпитализацией пациентов амбулаторного профиля. Проверки, проводимые как органами управления здравоохранения, так и Территориальными фондами ОМС выявлялись от 12 до 32% пациентов, отпущенных из стационаров с пятницы по понедельник, т. е. пациентом, не получающих стационарного лечения 2–3 дня в неделю и являющихся, по сути, пациентами амбулаторного профиля. В то же время мнение медицинских экспертов, базирующееся на многих сотнях проведенных экспертиз страховых случаев, указывает на то, что эта цифра по отдельным стационарам городов Дальнего Востока занижена. Поскольку экономической оценки этому явлению не дается, то администрации поликлиник легко перекладывают на стационары часть своей работы, а администрация стационаров «не замечает» того, что значительная часть коечного фонда функционирует впустую.

Еще одним серьезным недостатком внедрения оплаты по упрощенному варианту КСГ стала необходимость проведения экспертизы обоснованности госпитализации в достаточно широких масштабах, что привело к дополнительным расходам на экспертизу КМП, как органов управления здравоохранения, так и страховых организаций.

Медицинские (стоматологические) услуги – наиболее сложный объект стандартизации. Необходимость стандартизации медицинских услуг была обусловлена потребностью здравоохранения и систем медицинского страхования (Goldman L., 1990; Garrison J., 1996). Субъектом стандартизации медицинских услуг стал в первую очередь сам врач-клиницист. На первом этапе медицинский стандарт определяли как согласованный и утвержденный объем лабораторных и функциональных исследований, необходимый для диагностики заболеваний, объем медикаментозного и оперативного лечения в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки (Воробьев П. А., Аксук З. Н., 1999; Hospital Accreditation Standards, 1997).

Кроме системы КСГ, многие специалисты, работающие по программам обеспечения повышения уровня КМП, отдают предпочтение специальным формам регистрации и оценки (протоколам и алгоритмам) деятельности и методам принятия клинических решений. Алгоритмы отражают логику последовательности процесса принятия решения на основе данных множества диагностических процедур, вероятности проявлений особенностей в течении заболевания и внесения корректив в лечебно-диагностический процесс. Принятие решений таким образом предполагает построения «дерева» целей и «дерева» решений.

Алгоритмы широко применяются в системе подготовки и переподготовки медицинского персонала и врачей. Внедрение системы протоколов (алгоритмов) и формализованных методов в медицинскую практику наталкивается на усиленное противодействие со стороны врачей. Тем не менее, в определенных областях оказания медицинской помощи населению система алгоритмов получила широкое распространение. Это, прежде всего диагностика и терапия неотложных состояний, диабетология, кардиология, гематология и пр. Принципы алгоритмов можно использовать в виде математических уравнений в процессе принятия клинических решений. Степень вероятности с учетом чувствительности диагностических тестов может быть также выражена математическими формулами. Использование этого подхода в принятии решений относительно отдельных категорий пациентов отражено в работах по ретроспективной оценке качества с помощью метода картирования критериев («criteria mapping»).

Алгоритмическая логика, которой следовали врачи при оценке развития болезни, формализована в анализе лечебно-диагностических мероприятий. Одна из положительных сторон использования алгоритмики – возможность проведения индивидуальной оценки клинических данных; эта методика устраняет основные трудности, обусловленные применением критериев оптимальной медицинской помощи (КСГ и пр.). Оценка по алгоритмам целесообразна также в отношении неспецифических симптомов, таких, как боль в груди, боль в пояснице, расстройство стула и пр. Вполне возможно, что дальнейшее накопление опыта подготовки клинических решений повысит достоверность и обоснованность методов оценки технического качества оказания медицинской помощи.

Многолетний опыт работы одного из авторов в качестве консультанта в краевом бюро судебно-медицинской экспертизы, в краевом фонде ОМС и департаменте здравоохранения администрации Хабаровского края позволяет сделать заключение, что вопросы технического качества в деятельности врача не всегда дают исчерпывающую характеристику качеству его работы, поскольку непосредственно связаны с профессиональными навыками. Профессиональная же готовность врача обеспечивать качественную работу определяется более широкими категориями, чем знания и навыки. В этом смысле имеет большое значение деонтологическое содержание его профессиональной деятельности, весь комплекс ответственности и обязанностей врача по отношению к больному. Поэтому анализу данных «нетехнических» аспектов деятельности врача в проблеме оценки и обеспечения КМП отводится особая роль. В некоторых экспертных случаях бывает трудно определить приоритет нарушений, повлиявших на исход заболевания.

В целом деятельность врача наиболее часто оценивается по данным, полученным при анализе медицинской документации, а в некоторых случаях по данным специально

созданных формализованных документов (карт экспертного контроля). Конечно, анализ истории болезни стационарного больного даст больше материалов для экспертного заключения, чем анализ амбулаторной карты, которая имеет, как правило, недостаточно сведений для анализа. Экспертиза качества производимых услуг врачами-стоматологами занятие достаточно сложное. И все-таки экспертная оценка имеет ряд преимуществ перед установочными критериями в смысле определения состояния пациента, учета всех факторов болезни, влияющих на процесс принятия решений и на результаты оказания стоматологической помощи. В конечном счете, экспертные оценки деятельности врача относятся к наиболее простым, доступным и наиболее приемлемым методам выявления недостатков оказания стоматологической помощи населению, хотя и не могут быть использованы для определения точных параметров эффективности, анализа контура «затраты-результаты»⁷⁵.

В России в течение многих лет при анализе качества стоматологической помощи не рассматривался вовсе или рассматривался весьма поверхностно важный компонент уровня качества (а при многих болезнях основной): уход за больными, точнее, выхаживание больного. Если чисто механическим способом отделить «уход» от лечения, то это приведет к обособлению стандартов. Формирование правил или нормативной основы лечения и ухода за больными предполагает выявление и оценку всех особенностей этой работы, причем не с профессиональной позиции, а с позиции пациента и принятых в обществе морально-этических норм. Методологически оценка качества по уходу сводится к определению объемов и структуры работы по уходу за больными, ее результатов, т. е. оценивается качество деятельности, увязанное с затратами ресурсов и результатами или эффектами изменения состояния здоровья. К сожалению, в течение последних десятилетий в России система ухода за больными в силу низкой профессиональной подготовки медицинских сестер, снижения их числа по отношению к числу врачей, привлечение медицинских сестер к уборке помещений и т. п., практически отсутствует. Это оказывает существенное влияние на уровень качества, в первую очередь, в ЛПУ стационарного профиля.

5.2. Общие подходы к стандартизации в здравоохранении

Концепции стандартов или эталонов качества медицинской (стоматологической) помощи населению лежат в основе методов анализа КМП. Стандарты могут быть выражены по-разному, и иметь достаточное число модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т. д.) системы стоматологической помощи измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным. Некоторые элементы процесса оказания стоматологической помощи измеряются в номинальной форме, т. е. стандарт выражен в проценте случаев, в которых этот элемент присутствует или отсутствует. Такой стандарт носит название структурного (pattern standard). Этим показателем, например, выражается процент осложнений в деятельности хирургического кабинета стоматологической поликлиники.

⁷⁵ Дьяченко В. Г. Качество в современной медицине. Хабаровск. 2007. изд. Дальневосточного государственного медицинского университета. С. 206–217.

Некоторые элементы стандартов измеряются при помощи более сложной числовой шкалы, например, длительность лечения. Для таких элементов возможна разработка скалярных стандартов с учетом взвешенной средней, дисперсии вариационного ряда, формирования границ допуска (верхней и нижней) и т. п. Элементы, которые оцениваются по их интенсивности. Например, показатели средней длительности лечения осложненного кариеса или средних сроков исправления прикуса тем или иным методом или при применении того или иного аппаратного лечения.

Стандарты (нормативы, правила) могут быть разработаны как для структуры, так и для процесса и результатов деятельности ЛПУ стоматологического профиля. Нормативы могут отражать физиологические и психологические аспекты деятельности и результатов. Такого рода стандарты могут быть соотнесены с затратами ресурсов при определении эффективности деятельности, что существенным образом повышает значимость контроля качества.

Для эффективного управления качеством стоматологической помощи во всех без исключения стоматологических учреждениях, независимо от их мощности и формы собственности необходима реализация идеологии СКТП – статистического контроля технологических процессов.

На основе национальных стандартов создается механизм международной стандартизации через Международную организацию стандартов (ИСО), особенно это касается стоматологии (качество технологий, паст, пломбировочных материалов и пр.). Большинство развитых стран принимают международные стандарты за основу, вносят в них необходимые коррективы, зависящие от национальных особенностей⁷⁶.

В результате активной деятельности по стандартизации медицинской помощи как у нас в стране, так и за рубежом за последние десятилетия разработаны и внедрены сотни и тысячи различных стандартов. В силу того, что стандартизация в стоматологии важна с точки зрения обеспечения анализа качества медицинской помощи, а число стандартов велико, следует общую характеристику стандартов дать в виде классификатора.

По обязательности выполнения требований различают:

- рекомендательные стандарты (стандарты в виде методических рекомендаций, инструктивных писем и т. п., выполнение которых не требует жесткого следования одной раз и навсегда утвержденной методике, в их исполнении возможны варианты);
- законодательные стандарты (стандарты в виде законов, постановлений, приказов и т. п., обязательность выполнения которых приравнивается к силе закона).

По уровню и общей иерархии системы применения различают:

- локальные (стандарты, применяемые в одном или нескольких ЛПУ, или в пределах управления здравоохранения города, района);
- региональные (стандарты, применение которых ограничено регионом);
- национальные (стандарты, применяемые на уровне государства);
- международные (стандарты, применяемые на международном уровне).

По видам различают следующие стандарты:

- стандарты на ресурсы здравоохранения (стандарты, в которых содержатся требования к основным фондам ЛПУ, кадрам, финансам, к используемым медикаментам,

⁷⁶ Альперин. Л. Одиннадцатая ступень на пути к менеджменту качества XXI века // Стандарты и качество. 2001. № 11. С. 18–19.

оборудованию и пр.). Стандарты на ресурсы здравоохранения разработаны достаточно глубоко и часто имеют силу закона, многие из них имеют национальный и даже международный уровень.

- стандарты организации медицинских служб и учреждений (стандарты, в которых содержатся требования к системам организации эффективного использования ресурсов здравоохранения). Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, систем контроля качества и безопасности медицинской помощи.

Технологические стандарты (стандарты, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи). Могут носить рекомендательный и законодательный характер и использоваться как локальный, территориальный и национальный стандарт.

- *Стандарты программ медицинской помощи (эти стандарты регламентируют проведение комплекса мер, осуществляемых для отдельных групп населения, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии, условиям труда и пр.). Как правило, эти программы являются законодательным стандартом.*
- *Медико-экономические стандарты (эти стандарты сочетают в себе стандарт диагностики и лечения в сочетании со стоимостью медицинских услуг). Они чаще могут носить рекомендательный характер и используются как локальные.*
- *Комплексные стандарты (набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов организационных программ, регламентирующих деятельность определенной медицинской специальности или службы). В качестве примера комплексного стандарта можно рассматривать работу регионального МНТК «Микрохирургия глаза» в г. Хабаровске.*

Наиболее распространенными и востребованными стандартами для оценки медицинской и экономической эффективности сегодня в мире признана система диагностически родственных групп (Diagnosis Related Groups – DRG). Эта система появилась в США, когда возникла проблема оплаты медицинской помощи по программе для пожилых людей (MEDICARE) и программе для малоимущих (MEDICAID). Группа исследователей из Йельского университета под руководством проф. Роберта Фиттера создала систему классификации пациентов по группам, одинаковым по характеру патологического процесса и уровню потребления больничных ресурсов, следовательно, и по стоимости лечения. Им удалось с помощью оригинальной программы группировки данных о госпитализации на ЭВМ (интерактивная система «autogroup») реализовать идею формирования однородности DRG. Если в начале работы реализовывалась идея оценки сроков лечения и определения стандартов в работе организаций профессионального контроля, то в последующем формирование групп производилось по преимущественно медико-демографическим и, в меньшей степени, по клиническим признакам. Основным принцип группировки базировался на том, что сроки лечения рассматривались в качестве зависимой переменной от основного диагноза, наличия/отсутствия сопутствующих заболеваний или осложнений, возраста, пола, проведения хирургических операций.

В настоящее время существует уже десятый пересмотренный вариант системы, который распределяет всех пациентов на 25 основных диагностических категорий и на 487 групп. Система создана на основе анализа нескольких миллионов медицинских документов больных, каждой DRG присвоен весовой коэффициент сложности лечения па-

циентов, что позволяет определить уровень использования ресурсов и стоимость лечения (Cost Weight).

Система DRG широко используется в США, некоторых странах Европы, Азии и Австралии для сравнительного анализа деятельности больниц на региональном, национальном и международном уровнях. В Европе несколько международных организаций (Совет Европы, Организация экономического сотрудничества и развития, Европейское бюро ВОЗ, Европейский союз, Европейский комитет по системам классификации больных и Европейский комитет по стандартизации) стимулируют исследования по внедрению DRG в практическую деятельность больниц. Кроме того, начали работать два международных проекта по изучению внедрения системы DRG в Европе – проекты Case Mix and Severity и Case Mix and Resource Management. Во Франции DRG получили наименование однородных групп пациентов (Groups Homogenes de malades). Французское министерство социального развития утвердило применение собственного классификатора объединенных нозологий для формализации эпикризов и перехода за счет этого к автоматизированной обработке медицинской информации. С помощью сопоставления потоков информации о госпитализации в сгруппированном виде и характеристик использования больничных ресурсов появилась реальная возможность эффективного использования последних. Эта система носит название PMSI (Le projet de medicalisation du systeme d'information).

Похожие проекты внедряются в Швейцарии, ФРГ, Бельгии и других странах. В Японии в основу классификатора положены не нозологические критерии, а лечебно-диагностические процедуры, измеренные в баллах (1 балл по стоимости равен 10 иенам). В Англии подобного рода информационная система разрабатывается в рамках проекта CASPE (Clinical Accountability Science Planning and Evaluation Research) в Лондонском институте гигиены и тропической медицины с целью адаптации американских методик. Результаты подтвердили возможность перехода к использованию DRG в автоматизированной системе контроля качества и эффективности.

Сам принцип построения системы DRG является отражением национальной системы оказания медицинской помощи США, и механический перенос этой системы в другую страну невозможен. Однако основой для разработки национальных версий DRG служит классификация, разработанная и принятая в США в 1982 году. В качестве примера считаем возможными привести систему DRG, изданную в 1988 году, включающую в себя 477 DRG, которые объединяются в 23 основные диагностические категории (ОДК), выделенные по органосистемному и этиопатогенетическому принципам, а также с учетом принадлежности заболевания или состояния к определенной медицинской специальности. Принимая во внимание различную стоимость лечения пациентов хирургического и терапевтического профиля, большинство ОДК разделено на два класса – хирургический и терапевтический, где DRG хирургических больных определяется объемом оперативного вмешательства, DRG терапевтических – по основному диагнозу при поступлении в больницу. При производстве нескольких операций затраты определяются по стоимости наиболее сложной из них, а степень сложности определяется по специально созданному классификатору.

Управление и стандартизация. Трансформация государственной системы управления здравоохранением в России, системы ранее действующих жестких вертикальных отраслевых систем централизованного ресурсного обеспечения (финансового,

лекарственного, материально-технического и др.) поставили ЛПУ стоматологического профиля лицом к лицу с рыночной системой предложения ресурсов. Это автоматически потребовало от ЛПУ стоматологического профиля интенсивного создания собственных систем маркетинга, мониторинга, статистического анализа, прогнозирования, оперативного принятия оптимальных ресурсосберегающих решений и т. п.. Каждый из них на своем уровне должен сегодня выстраивать свою стратегию по нескольким направлениям. В том числе:

- в прогнозировании потребности населения в стоматологической помощи по ее видам, объемам, географического положения и медико-демографической ситуации, структуры населения и т. п.;
- определения своих возможностей в гарантированном удовлетворении имеющимися медицинскими технологиями прогнозируемого спроса на стоматологическую помощь при условии соблюдения прав населения на ее доступность, своевременность и качество;
- в определении своих потребностей в соответствующих ресурсах при обеспечении принятых объемов стоматологической помощи (кадрами, медицинским и вспомогательным оборудованием, лекарственными средствами, материалами и т. п.), с тем чтобы, в свою очередь, оценить соответствие сформированного спроса предложению (возможностям) рынка стоматологических услуг для его удовлетворения;
- в оценке адекватности поступающих финансовых ресурсов для выстраивания своей политики как в привлечении альтернативных источников для выполнения своих программ, так и в ликвидации причин неэффективного их использования.

Все указанные аспекты стратегии несут в себе извлечение и обработку огромного количества соответствующей, заранее стандартизированной, достоверной как внутренней, так и внешней информации. Это также требует расчета и поиска удовлетворения потребностей в информационном обеспечении выбранных стратегий соответствующими кадровыми, программно-техническими и др. ресурсами. Таким образом, неотвратимо возникает спрос каждого субъекта управления стоматологической службы на каждом уровне на эти виды стратегических ресурсов долговременного и многократного использования.

Отсутствие соответствующей подготовки и опыта руководителей стоматологических учреждений в создании и ведении новых технологий управления, порождает множество дополнительных проблем.

При наличии скудных интеллектуальных и финансовых собственных ресурсов ЛПУ стоматологического профиля либо отказываются от реформ, либо прибегают к упрощенным «косметическим» методам решения таких наукоемких и затратных проблем. Иногда они интегрируются в корпорации субъектов (не только здравоохранения) одного уровня по горизонтали на соответствующей правовой основе и при координации соответствующими ассоциациями пользователей для более эффективного использования части своих ресурсов. Отдельные из них вынуждены переносить решение сложных проблем снова «наверх». В последнем случае следует понимать, что необходимым условием здесь становится делегирование управленцам здравоохранения стратегических фундаментальных технологических, технических, методических и правовых разработок в виде отраслевых систем долгосрочного планирования, стандартизации, информатизации и т. п.

Отсутствие выверенной стратегии в любой системе может, с равной вероятностью, переводить ее из одного экономического тупика в другой, поэтому задачи эффективного реформирования системы управления стоматологической помощью региона на сегодняшний день, по нашему мнению, может оказаться неподъемными. Это связано с тем, что сбор и анализ информации для осуществления эффективного управления службой проводится в рамках давно устаревших критериев и «правил» без применения современных средств коммуникаций. Однако, применение компьютерной техники и современных средств связи в современных условиях решают только часть требований к тактической управляющей информации, такие как оперативность и своевременность доставки, доступность, сохранность заранее кем-то сформированных «достоверных и непротиворечивых данных» (Новолодский Н. М., Капитоненко Н. А., Свистунов В. А., 2000).

Следует заметить, что процессы нахождения исходных первичных данных являются ключевыми при создании систем управления, ибо они обеспечивают главные показатели информации – оперативность ее изначального формирования, достаточность, распознаваемость и непротиворечивость. Качество функционирования информационных систем напрямую зависит от стандартизации не только систем измерения и принятия решений, но и самих процессов управляемой системы и их показателей.

Стандартизация, по определению международной организации по стандартизации (ИСО), есть деятельность, заключающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики и др., направленных на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной области.

Совокупность субъектов, представляющих медицинскую помощь населению, система ОМС, а также другие структуры, прямо или косвенно связанные между собой, нуждаются в информации, во многом сходной по содержанию и структуре, но добываемой ими в настоящее время без должной координации. В этой связи вопросы стандартизации выходят по своей значимости на ведущее место в управлении специализированными службами, в том числе и стоматологической помощью населению.

Таким образом, стандартизация необходима:

- для реализации преемственности результатов диагностических и лечебных технологий, выполненных в различных ЛПУ стоматологического профиля;
- для сравнения результатов диагностических и лечебных технологий, выполненных в других аналогичных ЛПУ и в других территориях;
- для адекватности статистики, как инструмента регулирования стандартов по результатам его применения и т. д.

Необходимо точно определить, какие данные нужны и почему необходимо иметь подробные модели объектов, процессов, обеспечения и результатов, нужно знать не только об отклонениях качества результатов от заданных значений, а также указать технологические причины ошибок и дефектов, для внесения необходимых корректив (Стародубов В. И. с соавт., 1998).

Однако, высококачественной информации, например, о результатах экспертизы, и выработки управляющих решений недостаточно для существенного повышения качества и эффективности медицинской помощи. Необходимо обеспечить способность системы стоматологической помощи (ее элементов) к регулированию и управляемости через реформирование (замену) неуправляемых элементов. Например, снижение качества

работы системы прогнозируется в случаях, если субъект или его подразделение некомпетентны или не заинтересованы в достижении высоких результатов. Это имеет место в реальной ситуации, сложившейся в отрасли здравоохранения Дальнего Востока России в последние годы, когда эксперты территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций выполняют ежегодно многие десятки тысяч экспертиз, затрачивая значительные финансовые ресурсы на ее проведение, при этом ни на шаг не продвинулись по пути улучшения качества медицинских услуг застрахованным.

Почему это происходит? Причина «топтанья на месте» с одной стороны заключается в том, что сама по себе экспертная работа до сих пор не стандартизована, не опирается на согласованную систему стандартов качества, особенно в стоматологии, а с другой стороны ЛПУ стоматологического профиля не имеют «материального интереса» в бездефектной работе. Если система экспертной работы территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций сегодня не имеет способности регулироваться или управляться, то ей остается тратить большие усилия на оправдание своей деятельности, что и происходит в реальных условиях.

Разработка и распространение согласованных стандартов должно привести к контролируемости, регулируемости и управляемости качества функционирования системы стоматологической помощи населению. Это создает предпосылки к переносу части финансовых расходов из системы страхования на самих пациентов с целью повышения их «чувствительности» к реальной стоимости своего лечения и повышению мотивации к здоровому образу жизни и профилактике заболеваний зубов.

Существующая в здравоохранении периодическое изменение терминологии и определений стандартизации, изменение или замена классификаций и классификаторов и т. п. создают неопределенность, неразбериху и смешивание понятий. Для эффективного развития системы стандартизации в отрасли здравоохранения региона необходимо, прежде всего, подготовка специалистов-профессионалов на уровне региональных систем здравоохранения, а так же объединение усилий специалистов по стандартизации, вычислительному эксперименту, программированию и т. д. лечебно-профилактических учреждений, системы ОМС и региональных структур Госстандарта России.

Структурные стандарты определяют для каждого конкретного процесса количественные и качественные показатели всех видов обеспечения этого процесса. **Технологические стандарты** определяют строгую последовательность выполнения процессов, включенных в технологию и регламентированных этими стандартами, а также маршруты направления результатов к нужным субъектам-потребителям этих результатов, в нужное место и в нужное время.⁷⁷

Для эффективности функционирования системы управления качеством стоматологической помощи населения региона сегодня требуется выполнение следующих условий:

- наличие терминов и определений, технологических и структурных стандартов для всех уровней взаимодействия ЛПУ стоматологического профиля, так и систем управления,
- наличие процессов измерения показателей результатов деятельности ЛПУ стоматологического профиля со всеми соответствующим видами обеспечения,

⁷⁷ Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А. Медицинское страхование. М.: Наука, 1994

- наличие определенных причинно-следственных связей (корреляции) между степенью отклонения значений показателя результатов от заданных требований и степенью отклонения технологических показателей и показателей видов обеспечения процесса от стандартов,
- наличие процессов воздействий (положительных и отрицательных обратных связей) на результат или источник причин отклонений, которые должны создавать воздействия, прилагаемые в нужном месте управляемого процесса, в необходимом количестве и в нужное время.

На региональном уровне необходима подготовка и принятие законов, в которых следует определить и закрепить обязанность ЛПУ, как производителя стоматологических услуг, составлять требуемые отчеты о результатах лечения и т. п. Эффективность этого трудно переоценить, так как решаются многие вопросы учета, прогнозирования, экспертизы, управления и регулирования, как качества медицинской помощи, так и эффективности деятельности ЛПУ стоматологического профиля и здравоохранения в целом.

Эти потребности во многом возрастают в связи с организацией работ по стандартизации в здравоохранении, определенных совместным Приказом МЗ РФ и Федерального фонда от 19.01.98 г. № 12/2 ОМС «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении», направленного на реализацию Решения Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации и Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования от 03.12.97 г. № 14/43/6–11 «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении».

5.3. Разработка и применение стандартов в отечественной стоматологии

Возрастающее значение медицинских стандартов обусловлено необходимостью обозначения ведущих ориентиров в процессе совершенствования медицинской помощи, самоконтроля в деятельности медицинского работника, обеспечения защиты населения от некачественного медицинского вмешательства, формирования адекватного ресурсного обеспечения⁷⁸.

Определение сущности процесса стандартизации в медицине является одним из важнейших вопросов концепции современной структуры управления здравоохранением. Однако вопрос об объектах стандартизации в стоматологии до сих пор окончательно не решен. «Концепция стандартизации в сфере медицинских услуг населению», предложенная Министерством здравоохранения Российской Федерации, предлагает решение этого вопроса – систему комплексной стандартизации медицинских услуг в Российской Федерации.

Стандарт, согласно Толковому словарю русского языка под редакцией С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой, – «образец, которому должно соответствовать, удовлетворять что-нибудь по своим признакам, свойствам, качествам, а так же документ, содержащий в себе соответствующие сведения». В последние годы в ДВФО чаще всего при обсужде-

⁷⁸ Павлов В. В., Галкин Р. А., Кузнецов С. И. Стандарты в здравоохранении // Проблемы стандартизации. 1999. № 3. С. 57–61.

нии проблемы стандартизации в отрасли здравоохранения рассматриваются технологические стандарты, другие категории стандартов исключаются из обсуждения.

В частности, все реже обсуждаются стандарты основных производственных фондов и ресурсов ЛПУ стоматологического профиля, т. е. СНиПы, ГОСТы и ОСТы, по которым можно определить соответствие зданий медицинских учреждений, а также их частей предъявляемым требованиям. В условиях региона значительная часть медицинских учреждений стоматологического профиля расположена в приспособленных зданиях и не обеспечена достаточным уровнем медицинской техники. Сами лечебно-диагностические приборы и медицинское оборудование проходят сложную систему проверок и согласования до начала серийного производства, что гарантирует их эффективность и безопасность. Контроль со стороны органов метрологии и стандартизации обеспечивает безопасность и эффективность их текущей работы.

Вопрос оснащения того или иного ЛПУ лечебно-диагностической аппаратурой различных классов должен рассматриваться в разделе «Классификация и систематизация компонентов стоматологических услуг, требования для оценки лечебно-диагностического потенциала стоматологических учреждений». На наш взгляд, необходимо ввести класс стандартов оснащенности всех типов стоматологических учреждений, в том числе и частных, в соответствии с классификатором утвержденным соответствующим документом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Что же относительно стандартизации технологического компонента обеспечения качества в стоматологической практике, то здесь, прежде всего, следует уточнить общие положения о технологии производства товаров и услуг.

Понятие «ТЕХНОЛОГИЯ» – трактуется в практике общения людей неоднозначно и имеет различное толкование. В переводе с греческого («технос») технология определяется как искусство, мастерство, умение, плюс логика, иначе совокупность приемов и способов обработки и переработки различных сред. Дисциплина, изучающая эти явления, также получила название «Технология» и представляет собой совокупность приемов получения новых знаний о процессах обработки (переработки) различных сред. Общность подхода к предмету исследования в технологии, предопределило и расширение видов обрабатываемых (перерабатываемых) сред, к которым стали относить не только материальные ресурсы (металл, химические вещества, растительную продукцию, в том числе дерево, пластмассы, стекло, минеральное сырье и т. п.), но и нематериальные ресурсы (информацию, проектные и научные разработки, искусство, законотворчество, управление, финансовые и страховые услуги и т. п.).

Задачей технологии, является выявление физических, химических, механических, коммерческих, социальных, медицинских и прочих закономерностей о природе превращения обрабатываемых сред из одного вида в другой с целью определения и использования в широкой практике наиболее эффективных производственных процессов. Отражение их временных тенденций позволяет осуществлять прогнозирование направлений и темпов развития технологий и производства. Это направление в науке получило название – технодинамика.

Понятие технология обычно рассматривается в связи с конкретной отраслью производства. Различают:

- технологию строительства;
- технологию химическую;

- технологию получения конкретного продукта;
- технологию проектирования и конструирования;
- технологию медицинскую;
- технологию обработки информации;
- технологию банковского и страхового дела;
- технологию продвижения и власти...

В результате осуществления технологического процесса в стоматологии, состоящего из совокупности технологических операций, происходит качественное изменение обрабатываемых сред (зубов, дёсен, слизистой полости рта и т. п.), их формы, строения и потребительских свойств. Примером таких стандартов по нашему мнению могут являться различные «Руководства пользователю»⁷⁹. Исходя из такого представления технологии, каждую из их множества, в том числе и в стоматологии, можно считать производственной, т. к. любая из них предназначена для производства нового качества исходного материала. Но в зависимости от специализации ЛПУ, как организационной формы производственного процесса, складывается определенный приоритет в технологии, (главная – основная, обеспечивающая – вспомогательная), ее развитии и лицензирования.

Технологии непрерывно обновляются по мере развития стоматологической науки и техники. Основные тенденции развития современных производственных технологий в стоматологии составляют три основных направления:

- переход от дискретных (циклических) технологий к непрерывным (поточным) производственным процессам в стоматологии, как наиболее эффективным и экономичным;
- внедрение замкнутых (безотходных) технологических циклов в составе производства стоматологических услуг, как наиболее экологически нейтральных;
- повышение наукоемкости технологий «высоких» и «новейших» технологий в стоматологии, как наиболее приоритетных в бизнесе.

Результатом применения технологий в производственном процессе стоматологических услуг является продукт (работа, услуга), как конечный результат производственной деятельности врача-стоматолога, обусловленный спросом на него.

В зависимости от этого, то есть от возможности использования продукта потребителем, различают три их вида:

- продукт материальный;
- продукт энергетический;
- продукт интеллектуальный.

Эти три вида продукта являются самостоятельными, непересекающимися множествами, которые взаимодействуют между собой по кольцевой схеме в различных соотношениях и комбинациях.

Совершенствование технологий и практики их применения в общественном производстве – неперемное условие научно-технического процесса каждого отдельного предприятия (фирмы) и производительных сил государства⁸⁰.

⁷⁹ Техника цельного литья. Изготовление супраконструкций на имплантатах и приспособках по методу CAE Cekatok./CAE Dental Gmbh-International – Langener Landstrasse 173 27580 Bremerhaven.

⁸⁰ Ильенкова С. Д., Гохберг Л. М., Ягудин С. Ю. и др. Инновационный менеджмент. Учебник/Под ред. С. Д. Ильенковой, – М.: Юнити, 1997.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД – основной научный метод изучения сложных систем, к которым относятся производственные технологии в стоматологии.

Характерными признаками сложных систем являются:

- сложность моделей процессов;
- большая размерность задач управления;
- иерархичность структуры;
- агрегирование частей;
- множественность связей элементов;
- неопределенность состояний;
- чувствительность к помехам (отклонениям).

Сущность системного подхода раскрывается в методике его организации, т. е. выделения объекта системного анализа (структуры, явления, процесса), границы раздела внешней и внутренней среды объекта, целевой функции и структуры объекта, описания и критериев оценки состояния объекта, классификации элементов и способов их агрегирования.

Под системным подходом в анализе производственных технологий в стоматологии, равно как и других объектов, понимают всестороннее, систематизированное, то есть построенное на основе определенного набора правил, изучение сложного объекта в целом, вместе со всей совокупностью его внешних и внутренних связей, проводимое для выяснения возможностей улучшения функционирования объекта.

Основан системный анализ на правилах логики и здравого смысла с привлечением методов количественных оценок связей (явлений), попыток моделирования реакций объекта анализа различными средствами (имитация, математическое описание, статистика, программирование).

Объекты анализа в производственных технологиях в стоматологии имеют различную природу в зависимости от конкретной поставленной задачи и цели анализа. В качестве примеров укажем некоторые из них:

- *процесс реализации продукции стоматологического учреждения;*
- *процесс труда одного человека, группы людей или большого коллектива;*
- *информационный процесс в технической или организационной системе;*
- *процесс производства продукта на уровне кабинета, отделения, ЛПУ, отрасли;*
- *процесс производства стоматологических знаний.*

От правильного понимания и выбора объекта анализа зависят и его результаты, их адекватность процессам развития производственных отношений.

Выполнение системного анализа по экономическим показателям в конкретных организационно-технических условиях развития производственных технологий превращает его в основной инструмент создания и контроля систем управления в стоматологии.

Управление производственными отношениями общества в рыночной экономике можно считать успешным в том случае, если оно обеспечивает конкурентоспособность конкретной производственной системы в целом, в частности в стоматологии, т. е. гармоничное развитие ее управляющей и управляемой частей.

Следует отметить, что практика показывает, что новые идеи не приносят успеха, если имеются упущения в организации производства стоматологических услуг, а исполнительность сотрудников ЛПУ не может заменить наличие таланта и предпринимательской энергии их руководителей.

Все отношения в природе и обществе взаимосвязаны, взаимообусловлены, имеют свои пути и объективные информационно-материальные схемы их разумного преобразования в интересах общества, т. е. то, что мы условились называть технологиями.

Можно сказать, что современное общество погружено в пространство технологий, которые оно осваивает и преумножает. Все множество технологий рассмотреть невозможно. Важно поэтому выработать приемы их оперативного анализа и применения.

Классификация производственных технологий в стоматологии – первая из задач, которая определена наличием их множества. Для этого имеется ряд отличительных признаков, которые используются для этой цели (табл. 5.1). Каждая из технологий развивается не на «голом» месте, а в условиях накопленного предшествующего опыта врачей-стоматологов, который оно аккумулирует в себе различными способами, как жизненно важную для общества информацию.

Таблица 5.1. Классификация производственных технологий в стоматологии

Признак	Виды технологий
1. Уровень сложности	Простые, сложные
2. Область применения	Научные, образовательные, производственные
3. Динамика развития	Прогрессирующие, развивающиеся, устаревшие
4. Потребность в ресурсах	Наукоемкие, капиталоемкие, энергоемкие
5. Уровень описания	Аксиоматические, профессиональные, ноу-хау
6. Качество переработки сред	Низкого, среднего, высокого уровня
7. Назначение	Созидательное, разрушительное, двойного назначения

Этот освоенный опыт трансформируется в определенные формы своего воздействия на производственную деятельность в стоматологии:

- законы организации стоматологической помощи населению;
- стандарты, патенты на производство стоматологических услуг;
- порядок рассмотрения и отбора стандартных технологий;
- порядок внедрения в практику стандартов технологий производства стоматологических услуг.

Любое явление в обществе не может происходить локально, изолировано, в идеальных условиях. Организуя производственный процесс, человек создает условия для необходимых превращений информации и вещества природы из одного вида в другой, нужный человеку. При этом наслаиваются экономические, технические, организационные, экологические, социологические и др. проблемы, сопутствующие в данном процессе применения для нужд общества.

Важнейшие показатели, характеризующие эффективность технологий в стоматологии, различны, но среди них с точки зрения стоматолога-предпринимателя наиболее распространены следующие:

- *удельный расход энергии, пломбирочных материалов, медикаментов и т. п. на единицу произведенной продукции (стоматологическую услугу);*
- *качество и экологическая чистота готовой продукции (работ, услуг);*
- *уровень производительности труда из расчета на реальную загруженность персонала ЛПУ стоматологического профиля;*

- *интенсивность труда медицинского персонала;*
- *затраты на производство стоматологических услуг;*
- *себестоимость продукции (работ, услуг);*

Рассмотрение стандартов технологий на профессиональном уровне связано с освоением специальной теоретической базы, глубина необходимого изучения которой является одним из спорных вопросов подготовки менеджеров в стоматологии. Как правило, она зависит от целей их использования в конкретных случаях:

- на уровне пользователя, т. е. потребителя стандартных технологий;
- на уровне разработчика, т. е. создателя стандартов технологий.

В зависимости от выбора указанных целей осуществляется предметная специализация стоматологического предприятия и обоснование приоритетов в технологиях его основного и вспомогательного производства, в системе управления и восприятия внешней по отношению к предприятию инфраструктуры бизнеса. Функционально все технологии вместе составляют элементы единой производственно-хозяйственной системы стоматологической помощи региона (области, города, района).

Стоматология, как система производственных технологий, включает в себя медицинские, литьевые, штамповочные и др. технологии. Их создание и применение имеет в основе ряд стандартных принципов.

Принцип дифференциации предполагает разделение технологического процесса на отдельные технологические операции, переходы, приемы, движения. Анализ особенностей каждого элемента позволяет выбрать наилучшие условия для его осуществления, обеспечивающие минимизацию суммарных затрат всех видов ресурсов.

Принцип специализации основан на ограничении разнообразия элементов вида технологии. В частности, уровень специализации определяется количеством технологических операций, выполняемых на одном рабочем месте за определенный промежуток времени. Узкая специализация технологии создает предпосылки ее высокой эффективности.

Принцип пропорциональности предполагает относительно равную пропускную способность всех технологических участков производства стоматологических услуг, выполняющих основные, вспомогательные и обслуживающие операции. Нарушение этого принципа приводит к возникновению «узких» мест в технологии, или наоборот к их неполной загрузке и снижению эффективности производственного процесса.

Принцип прямоотчности заключается в обеспечении кратчайшего пути движения пациентов в технологии какого-либо вида. Не должно быть возвратных движений объектов технологий (пациентов) в кабинете, отделении, ЛПУ и системе стоматологической помощи в целом.

Принцип непрерывности предполагает сокращение до возможного минимума перерывов в технологии производства стоматологических услуг, в том числе технологических, связанных с несинхронностью операций или манипуляций или по организационным причинам.

Принцип ритмичности заключается в выпуске равных или равномерно нарастающих объемов технологических операций в единицу времени.

Принцип автоматичности технологических процессов в стоматологии обеспечивает интенсификацию технологии и эффективность производства стоматологических услуг в целом.

Принцип гибкости обеспечивает мобильность стандартных стоматологических технологий при их перенастройке в широком диапазоне.

Принцип информатизации позволяет повысить управление технологическим процессом на основе применения вычислительной техники с развитым программным обеспечением.

Знакомство с зарубежным опытом применения технологических стандартов в лечении стоматологических заболеваний показывает, что их внедрение повлечет за собой необходимость строгого ресурсного обеспечения государственных стоматологических ЛПУ, что будет накладывать определенные правовые обязательства на страховые медицинские организации и администрацию субъектов РФ ДВФО по выполнению своего временного финансового обеспечения этих учреждений.

К сожалению, в настоящее время недостаточно проработан вопрос стандартизации медицинской (стоматологической) информации. В современном виде ведение медицинской документации, как текущей, так и отчетной, вызывает множество нареканий. Плохой почерк медицинских работников стал «притчей во языцех». Одним из путей решения этого вопроса может быть расширенное применение организационной техники, в том числе разработка и использование бланков, не допускающих отклонений от стандарта представления информации на каждом этапе лечебно-диагностического процесса в стоматологии.

Усиление ответственности за сохранение врачебной тайны, к сожалению, не отразилось на форме медицинской документации, за исключением правил оформления листов нетрудоспособности. Повсеместное введение компьютеров требует максимально быстрого внедрения стандартов на использование базовых компьютерных технологий, в противном случае, большое количество сил и средств может быть потрачено на разработку программных продуктов, которые будут ограничены к применению локальными условиями учреждений или малых территорий. В большинстве субъектов РФ ДВФО уже имеются такие факты, когда в ЛПУ стоматологического профиля использовались программные средства, в дальнейшем не стыкующиеся в единое информационное пространство системы здравоохранения региона.

Стандарты программ медицинской помощи в нашей стране имеют форму приказов Министерства здравоохранения и других органов, или методических рекомендаций, разработанных научными и учебными медицинскими институтами. Большая часть таких приказов и рекомендаций не подкреплена гарантированным ресурсным обеспечением.

Медико-экономические стандарты в стоматологии стали предметом большого интереса страховщиков, вынужденных контролировать неумный рост цен на стоматологические услуги. Во многих субъектах РФ ДВФО сложилась ситуация, когда разработанные медико-экономические стандарты включают излишне широкий набор диагностических и лечебных мероприятий. Слепое следование требованиям таких стандартов приводит к многократному увеличению объемов работ по диагностике и лечению. Что же относительно критериев достижения качества, основной характеристики результата лечения в стоматологии, то они, с нашей точки зрения, не конкретны и субъективны.

Мы поддерживаем справедливую критику в адрес медико-экономических стандартов, разрабатываемых в России, где указаны объемы тех или иных лечебно-диагностических процедур, которые необходимо выполнить в процессе обследования и лечения пациентов стоматологического профиля, но экономическая составляющая весьма

далека от реальной жизни. Сегодня все медицинские работники, в том числе и врачи-стоматологи считают, что давно пора уйти от деклараций финансирования МЭСов к конкретным гарантиям стоматологической помощи в рамках медицинских стандартов, обеспеченных достаточным (стандартным) финансированием.

Полагаем, что основная задача проекта федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи населению», который, надеемся, будет принят в ближайшее время – конкретизировать конституционные гарантии граждан на бесплатную медицинскую (стоматологическую) помощь по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания. За основу этого закона взят принцип преемственности сложившейся системы государственных гарантий по видам медицинской помощи. Перечень заболеваний, на которые распространяются государственные гарантии, практически не претерпевает изменений. Гарантируемые объемы медицинской помощи конкретизируются клинико-экономическими стандартами (КЭС) – аналог МЭС. Последние разрабатываются и утверждаются субъектами РФ на основе федеральных клинических протоколов, выполняющих функцию минимальных социальных стандартов. КЭСы состоят из двух частей. Фиксированная часть – обязательный для всех пациентов с определенным заболеванием набор медицинских услуг и лекарственных средств. Объем услуг фиксированной части одинаков для всех пациентов с данным заболеванием. Переменная (вероятностная) часть – набор медицинских услуг, необходимый для части пациентов с данным заболеванием в зависимости от особенностей его течения (например, на 100 пациентов требуется 60 ультразвуковых исследований). Общее правило: гарантируется постоянная часть всем и переменная часть – по медицинским показаниям в зависимости от особенностей течения заболевания. Решение о переменной части принимается лечащим врачом в порядке, определяемом руководителем медицинской организации. Следует отметить, что эта норма закрепляет сложившуюся практику сегодняшнего дня.

В случае медицинских противопоказаний к использованию медицинских услуг и лекарственных средств, предусмотренных КЭСом, гарантируется оказание медицинской помощи, не предусмотренной этим стандартом. Решение в этом случае принимается клинико-экспертной комиссией медицинской организации. Такая структура КЭСа и порядок его применения позволяют обеспечить, с одной стороны, конкретизацию набора и кратности медицинских услуг и лекарственных средств, получаемых пациентами, с другой – сохранить необходимую клиническую свободу врача при принятии решения в условиях многообразия проявлений одного и того же заболевания у различных пациентов.

КЭСы призваны способствовать массовому внедрению в практику наиболее эффективных медицинских технологий, выбранных на основе принципов доказательной медицины, критериев клинической и экономической эффективности. Устанавливая необходимый уровень и средние сроки оказания медицинской помощи, эти стандарты должны стать важным фактором вовлечения врачей в процесс формирования более рациональной структуры оказания медицинской помощи.

Сегодня жалобы по поводу правомерности взимания платы с больного редко решаются в его пользу, поскольку отсутствуют какие-либо основания для определения меры государственных гарантий. КЭСы должны стать таким основанием. У больного (или его представителя), а также должностных лиц и организаций, призванных защищать права

пациента (равно как права медицинских работников), у суда, наконец, появится пусть не совсем совершенный, но все же инструмент оценки степени соблюдения прав граждан на гарантированную медицинскую помощь.

На этой основе можно строить систему защиты прав пациентов – через определенный порядок рассмотрения их жалоб в отношении соответствия объема бесплатной медицинской помощи требованиям стандартов⁸¹.

Как показывает опыт экспертных оценок последних лет, стандартные объемы стоматологических услуг в рамках принятых стандартов не выполняются, что зачастую становится причиной ненадлежащего качества оказанных услуг, и, в соответствии с существующим законодательством, может привести к финансовым санкциям со стороны страховых медицинских организаций.

Как показывает опыт деятельности стоматологических учреждений в новых социально-экономических условиях, слабым звеном в развитии систем медицинского страхования и рынка стоматологической помощи является дефицит профессиональных стандартов, внедрение которых было предусмотрено еще в 1991 г. «Законом о медицинском страховании граждан в РСФСР». А, кроме того, и неясность для широких кругов стоматологов научно обоснованной методологии формирования отраслевых стандартов. При этом в число «основополагающих стандартов» в стоматологии некоторые специалисты⁸² предлагается включить такие, как:

- стандарт «стоматологическое здоровье»;
- стандарты по нозологии заболеваний;
- стандарты на организацию рабочих мест медицинского персонала;
- стандарты по организации медицинских учреждений;
- стандарт «санитарный»;
- стандарты «подготовлен к протезированию»;
- «подготовлен к проведению ортодонтического лечения».

Обоснование указанного выше подхода рассматривается специалистами через следующий логический алгоритм: нет заболевания – нет нуждаемости и потребности в стоматологической помощи – нет потребности в кадрах и создании систем обеспечения – нет потребности в разработке технологий и соответствующей организации рабочих мест – нет потребности в формировании других стандартов⁸³.

Анализ проблем становления и развития стандартизации в отечественной системе здравоохранения, основных причин гражданских исков к ЛПУ стоматологического профиля, определяет необходимость внедрения профессиональных стандартов в стоматологии. Кроме того, данные результатов исследований по обеспечению КМП в стоматологии и литературных источников позволяют сформулировать подходы к формированию технологических стандартов в стоматологии и стандартов организации стоматологической службы. Эти стандарты должны обеспечить:

⁸¹ Слепнев А., Шевский В., Шейман И., Шишкин С. Модернизация системы здравоохранения: поиск решений // Медицинский вестник. 2005. № 6. С. 4–5.

⁸² Цыбин А. К., Запашник П. Е., Леус П. А. Новые показатели качества стоматологической помощи населению // Здравоохранение. 2002. -№ 4.-с. 20–24.

⁸³ Леонтьев В. К., Шестаков В. Т. Концепция формирования профессиональных стандартов // Новое в стоматологии. – Спец. вып. – 1995. -№ 4. – С. 4–10.

- реализацию законодательной основы охраны здоровья граждан РФ и оказания стоматологической помощи;
 - повышение заинтересованности и ответственности физических и юридических лиц, включенных в систему охраны здоровья, оказание стоматологической помощи и финансирование стоматологического раздела в программе государственных гарантий;
 - реальные степени защиты в случаях страхового и профессионального риска с учетом клинического течения стоматологических заболеваний и его осложнений.
- К сожалению, Закон о медицинском страховании пока не предусматривает некоторых следующих параметров стандартизации.
- Защиту профессиональных интересов медицинских работников, обусловливаемых различными степенями профессионального риска, связанного:
 - с *атипичными случаями течения заболевания;*
 - с *неадекватной реакцией организма пациента на используемые медикаменты и расходные материалы;*
 - с *технологиями диагностики и лечения;*
 - с *трудностями в постановке прогнозов течения заболевания и/или его осложнений*⁸⁴.
 - Профессиональную, научно обоснованную правовую базу для проведения аккредитации стоматологических учреждений, где должны быть поставлены профессиональные требования к:
 - *аттестации кадров с учетом выполнения ими видов работ;*
 - *используемым технологиям;*
 - *уровню организации рабочих мест и деятельности стоматологического учреждения, как в целом, так и на основании видов работ и технологий, на выполнение которых учреждение претендует при получении лицензии;*
 - *оказанию профессионального доверия стоматологическому учреждению со стороны стоматологической ассоциации.*
 - Профессиональную основу лицензирования. Реализация систем лицензирования будет в значительной степени более эффективной, если она будет проводиться по следующей схеме:
 - *первый элемент при лицензировании – аттестация (сертификация) кадров по стандартам;*
 - *второй элемент – аккредитация стоматологического учреждения со стороны профессиональной ассоциации и учреждения, занимающегося подготовкой кадров для стоматологии, с учетом требований профессиональных стандартов;*
 - *третий элемент – выдача государственным органом управления лицензии стоматологическому учреждению на право заниматься определенными видами деятельности на территории, подведомственной данному органу.*

⁸⁴ Чаще всего это связано с несвоевременным обращением пациента за помощью и отсутствием медицинской, социальной и экономической ориентации населения на профилактику заболеваний и сохранение личного здоровья (прим. авторов).

- Медико-социальную защиту интересов пациентов при оказании им стоматологической помощи.
 - Возможность определения объема и качества помощи с учетом критериев оценки, их параметров и гарантий качества. Установление определенных степеней гарантий качества помощи на основании научных разработок, оправданных многолетней практикой, а также с учетом технологий диагностики и лечения стоматологических заболеваний.
 - Основу для совершенствования экономического управления, в частности для финансирования и разработки систем и методик ценообразования (расчета себестоимости, формирования цены и тарифов).
 - Защиту профессиональных интересов работников стоматологических учреждений с учетом реальных возможностей стоматологической службы (организации системы управления, экономической базы, качества подготовки кадров, уровня научных и практических знаний, характеристик заболевания и его осложнений).
 - Защиту интересов фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций с учетом адекватности тарифному соглашению обеспечения стоматологическим учреждением (врачом) качества и определенных сроков гарантии качества проведенного лечения застрахованного.
 - Защиту интересов государства, гарантирующего своим гражданам качественную стоматологическую помощь с учетом реального выполнения ответственности самого государства и государственной системы организации стоматологической службы в рамках:
 - *формирования и реализации программ первичной профилактики основных стоматологических заболеваний,*
 - *ресурсного обеспечения, адекватного потребностям службы, ориентированной на конкретные цели и задачи.*
 - Выполнение стоматологическими ассоциациями функций аттестации (сертификации) кадров, аккредитации стоматологических учреждений и сертификации продукции стоматологического назначения.
 - Возможности обоснованного разрешения ситуаций, связанных с конфликтами, включая судебные иски, по поводу оказания стоматологической помощи.
 - Создание правовой основы профилактической направленности формирования потребности населения и государственных органов власти (всех уровней) в охране здоровья и оказании стоматологической помощи.
- Другие элементы методологии формирования профессиональных стандартов в стоматологии могут быть представлены в следующей последовательности:
1. Концепция формирования системы профессиональных стандартов.
 2. Понятийный аппарат системы профессиональных стандартов и обоснование основных положений его разработки.
 3. Применение системного подхода и системного анализа как основных общенаучных методов познания.
 4. Разработка алгоритма развития причинно-следственных связей (включая этиологические) и определение их роли и места в формировании, как всей системы профессиональных стоматологических стандартов, так и отдельно взятого стандарта. Включение данного элемента позволит более адекватно рас-

пределить степень ответственности юридических и физических лиц в системе стоматологической помощи.

5. Оценка количественных и качественных изменений:
 - в развитии заболевания, его осложнений
 - в применяемых технологиях оказания помощи;
 - в развитии побочных явлений;
 - в их влиянии на гарантии качества оказания помощи.
6. Оценка степени профессионального риска медицинского персонала стоматологического учреждения с учетом нозологии заболевания, сроков обращения за помощью, степени реализации прав и ответственности юридических и физических лиц, заинтересованных в системе стоматологической помощи.
7. Использование метода прогнозирования в оценке вероятности развития процессов и в определении параметров оценки в системе профессиональных стандартов и, в первую очередь, гарантий качества оказания помощи.
8. Определение основных принципов формирования системы профессиональных стандартов в стоматологии.

Перечисленные выше элементы в значительной степени помогут более адекватно обосновать главную цель формирования профессиональных стандартов в стоматологии – создание системы требований к оказанию стоматологической помощи по каждому конкретному случаю заболевания и/или по виду работ с учетом социальных, законодательных, правовых, экономических, медицинских, технологических и других факторов (например, уровня развития отечественной стоматологии, экологических оценок), определяющих ответственность каждого физического и юридического лица, включенного в системы: профилактики стоматологических заболеваний, планирования, ресурсного обеспечения систем охраны стоматологического здоровья населения, оказания и получения стоматологической помощи.

Некоторые виды лечения настолько эффективны, что их ценность самоочевидна даже без формальной проверки. У большинства специалистов нет сомнений относительно роли антибиотиков при лечении гнойных хирургических инфекций в стоматологической практике. На этот счет накоплен достаточный клинический опыт, который позволяет формировать стандартные схемы диагностики и лечения этой группы нозологий.

В большинстве же клинических проявлений стоматологических заболеваний, однако, эффекты проводимого лечения не столь очевидны. В этих случаях методы лечения необходимо подвергать формальной проверке, поскольку целый ряд причин – совпадение, неверные сравнения, спонтанные изменения течения заболевания, предвзятое мышление – могут внести неясность в истинные связи между проводимым лечением и исходом заболевания.

Для решения некоторых клинических проблем современные знания о механизме заболевания, основанные на работах с клеточными культурами, подопытными животными и другими лабораторными моделями стали столь экстенсивными, что возникает искушение предсказывать эффекты лечения на человеке без проведения формальных проверок. К сожалению, даже в отношении большинства хорошо изученных заболеваний профессиональные знания еще далеко не полные. Полагаясь только на сегодняшнее понимание механизмов болезни без проведения клинических испытаний, мы можем

получить «неожиданные сюрпризы»⁸⁵. В связи с этим решение методологических проблем формирования профессиональных стандартов в стоматологии должно соответствовать нескольким формальным процедурам, в частности клиническим испытаниям методик диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

Для того, чтобы определить эффект клинического вмешательства, свойственный только ему, лучше всего распределять пациентов путем, так называемых, рандомизированных контролируемых испытаний, т. е. проводить такие клинические испытания, при которых пациенты распределяются по экспериментальным и контрольным группам произвольно, методом случайного подбора. Такое произвольное распределение пациентов более предпочтительно, поскольку позволяет избежать необъективности при распределении пациентов по группам. В среднем, пациенты одной группы могут обладать какой-то определенной характеристикой такой же, как и пациенты другой группы. Это относится ко всем факторам, имеющим отношение к исходу, независимо от того, известны они или нет до начала конкретного исследования.

Однако, произвольный выбор не является гарантией того, что испытываемые группы пациентов будут похожи. Хотя сам процесс произвольного распределения является объективным, результат не обязательно может быть таковым. Различия между группами, хотя и не часто, могут возникнуть по совершенно случайной причине. Этот риск различия между группами может быть особенно велик, если число отобранных произвольно пациентов незначительно. Поэтому формирование стандартных схем обследования и лечения должно строиться на клинических испытаниях достаточного числа наблюдений.

Кроме того, в методологическом плане большое значение должно быть придано положениям и требованиям, устанавливаемым федеральным законом «О стандартизации» от 10 июня 1993 г. № 5154–1 (в ред. федерального закона от 27.12.95 № 211–ФЗ) и ГОСТу Р 1.5–92, а также включению в разработку методологии таких элементов, как согласие заинтересованных сторон, возможность контроля; обобщение результатов научных разработок, фундаментальных и прикладных исследований и практического опыта стоматологической службы.

В качестве примера профессионального стандарта, используемого в отечественной стоматологии можно привести Протокол «Ведение детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».⁸⁶ Он предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации. В этом протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.11.97 № 1387⁸⁷.
- Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» от 26.10.99 № 1194⁸⁸.

⁸⁵ Robert Fletcher, Suzanne Fletcher, Edward Wagner. *Clinical Epidemiology: the Essentials*, Williams and Wilkins, 1982.

⁸⁶ Приказ МЗ РФ от 30.12.2003. № 620. «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

⁸⁷ Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312.

⁸⁸ Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 44, ст. 5322.

5.4. Стандарты клинико-статистических групп в отечественной стоматологической практике

С момента начала всеобщей стандартизации в здравоохранении появились 2 группы стандартов: региональные, несколько позже – отраслевые (Дьяченко В.Г., 1996, Михайлов С.М., 2004). Региональные стандарты получили название клинико-статистические группы (КСГ). Однако, механический перенос опыта использования КСГ из зарубежной практики был невозможен без анализа медико-демографических особенностей, экономической ситуации в здравоохранении, объема гарантированной медицинской помощи и т. п. (Михайлов С.М., 2003; Lemrom N., Adams D., Coffey R., 1996; Standards, 1997).

Основная идея разработки КСГ в стоматологической практике в настоящее время заключается в реализации принципа группировки случаев заболеваний зубочелюстной системы на основе клинической и медико-статистической информации, т. е. информации, характеризующей, как заболевания, так и лечебно-диагностический процесс⁸⁹.

Принцип объединения больных посредством КСГ состоит в том, что группируются не заболевания, а случаи заболеваний на основе клинической и медико-статистической информации, т. е. информации, характеризующей заболевания и лечебно-диагностический процесс. КСГ представлены либо одной формой случая, либо группой случаев заболеваний. При формировании КСГ использовано понятие «законченный случай» заболевания, т. е. его лечение и установление стойкой ремиссии.

Перечень КСГ сформирован на основе Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра (МКБ). Кроме того, В.И. Самодиным и В.Н. Копейкиным были использованы Международная классификация процедур в медицине (МКП), адаптированная к отечественной стоматологии, и Государственный реестр лекарственных средств, разрешенных к применению в медицинской практике и промышленному производству, дополненный материалами и средствами, применяемыми в стоматологии.

КСГ представлены по специально разработанной форме, состоящей из двух разделов – «Диагностика и лечебное обеспечение» и «Фармакотерапия».

Сроки лечения в днях дифференцированы в зависимости от состояния больного и выражены в среднесложившихся показателях при неосложненном и осложненном течении заболевания. Кроме того, указана периодичность наблюдения, выраженная в кратности посещений врача.

В раздел диагностики и лечебного обеспечения вошли консультации специалистов, диагностические процедуры, рентгенорадиологические и другие физические методы диагностики и лечения, оперативные вмешательства, другие методы лечения, профилактические и вспомогательные процедуры.

Схема этого раздела состоит из пяти граф: в первой графе указан шифр процедуры или исследования согласно Международной классификации процедур в медицине, во второй графе – название исследования, далее указаны процент назначения данного исследования и кратность проводимых процедур в зависимости от степени тяжести

⁸⁹ Самодин В. И., Копейкин В. Н. Применение клинико-статистических групп в стоматологии. М.: Международный центр финансово-экономического развития. 1997. – 352 с.

заболевания. В отдельных случаях проведение исследования и вмешательства определяются лечащим врачом по индивидуальным показаниям.

Раздел фармакотерапии состоит из шести граф: первая и вторая графы – шифр и наименование фармакогруппы и лекарственного средства. Далее указана суточная доза лекарства или расход на посещение, процедуру или лечение одного зуба. Четвертая и пятая графы – количество дней лечения и процент частоты назначения данного лекарственного препарата. В шестой графе «примечание» указан способ применения лекарственной терапии: «местное» – на приеме у врача и «общее» – лечение проводимое в домашних условиях. При применении лекарственного препарата для местного лечения в четвертой графе поставлен знак «*», что означает «по показаниям», т. к. количество процедур и подлежащих лечению зубов может быть различным.

В заключение отмечен исход лечения, выраженный среднестатистическим процентом выздоровления или восстановления, а также даны клинические критерии улучшения состояния больного после лечения. Таким образом, КСГ регламентируют процесс оказания стоматологической помощи.

Внедрение стандартов КСГ, по мнению авторов, потребует от исполнителей пересмотра методов работы. При обучении сотрудников учреждения методике применения КСГ необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- *обучение руководителей учреждений на кафедрах институтов повышения квалификации;*
- *проведение краткосрочных семинаров для сотрудников учреждения;*
- *обучение специалистов структурных подразделений учреждения.*

Предлагается примерная тематика по освоению и внедрению КСГ:

- *назначение клинико-статистических групп;*
- *правила формирования и соблюдение КСГ;*
- *организация лечебного процесса;*
- *обеспечение качества стоматологической помощи, критерии качества;*
- *ресурсосбережения в учреждении;*
- *контроль, основные положения его;*
- *должностной регламент.*

Следует подчеркнуть, что особенностью КСГ является невозможность их прочтения и восприятия «с листа» для неподготовленного человека. Это объясняется тем, что все рекомендации основаны на глубоких теоретических и практических разработках и положениях. При изучении КСГ осмысливается их главное действующее начало: регламентация и упорядочение всех сфер профессиональной деятельности, начиная от разработки плановых заданий и заканчивая потреблением услуг. Предусматривается также обеспечение экономической, технической и организационной целенаправленности с обязательным соблюдением морально-этических и нравственных норм.

Пересмотр, реорганизацию и совершенствование лечебного процесса при внедрении КСГ следует начинать с ликвидации неоправданных потерь, а затем совершенствовать лечебный процесс (Гайдаров Г.М., 1996; Вялков А.И. с соавт., 2001). Если только интенсифицировать, то все затраты расходуются лишь на их возмещение. Внедрение стандартов КСГ в стоматологию надо рассматривать не только в качестве экономического взаимодействия ЛПУ, но и как новый инструмент для решения вопроса разработки

критериев качества и эффективности помощи. КСГ определяют оптимальную технологию лечебно-диагностического процесса.

Использование оптимальной технологии требует увеличения ресурсного обеспечения. Такой подход к внедрению КСГ позволит, повысить уровень оказываемой помощи и использовать все лучшее, что было накоплено в ЛПУ по организации, управлению и обеспечению качества лечения, а также учесть и сохранить традиционно сложившиеся между подразделениями связи и сферы ответственности. Иными словами, в ЛПУ должна происходить не ломка сложившейся правильно функционирующей системы, а должна начаться реализация гибкого процесса ее усовершенствования. Естественно, что, как и большинство стандартов, стандарты клинико-статистических групп в стоматологии подлежат периодическому пересмотру с учетом обоснованных замечаний и дополнений.

Внедрение КСГ обеспечивает регламентацию и упорядочение всех сфер профессиональной деятельности стоматолога, начиная от разработки плановых заданий и заканчивая производством стоматологических услуг (Антипенко А.Э., Антипенко Э.С., 1997; Бутова В.Г. с соавт., 1999).

При внедрении КСГ менеджерам ЛПУ стоматологического профиля необходимо провести медицинский аудит своего ЛПУ и пересмотреть систему управления качеством лечебного процесса. Следовательно, в стоматологическом учреждении в настоящее время происходит не ломка сложившейся правильно функционирующей системы, а осуществляется гибкий процесс ее усовершенствования (Данилов Е.О., 2000; Данилов Е.О., Мчедлидзе Т.Ш., Цимбалистов А.В., 2001; Дьяченко В.Г., Галеса С.А., 2004).

Экспертиза законченных случаев являлась основным содержанием модели контроля качества. Приказ МЗ РФ и ФФ ОМС от 24.10.96 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» отмененный на настоящий момент, предусматривал проведение внутриведомственного контроля качества: оценку использования ресурсов ЛПУ, экспертизу качества медицинской помощи отдельному больному по законченному случаю, оценку удовлетворенности пациента, выявление дефектов и врачебных ошибок. Центральным звеном этой модели обеспечения качества медицинской помощи являлись индикаторы качества медицинской помощи, объективно отражающие ее результат и позволяющие контролировать отклонения на основных этапах процесса диагностики и лечения (Михайлов С.М. с соавт., 2002, 2003).

Однако принцип «массового инспекционного контроля», который успешно культивируется в отрасли здравоохранения Дальнего Востока России, предусматривающий выявление и наказание виновных, приводит к развитию антагонистических отношений между управленцами ЛПУ стоматологического профиля и персоналом. По данным специалистов, только от 15 до 18% дефектов КМП связаны с персоналом, остальная же часть обусловлена неправильной организацией управления качеством (Михайлов С.М. с соавт., 2003; Juran J., Gryna F., Bingham R. eds., 1979; Deming W.E., 1986 и др., Bratthall D., Hansel-Peterson G., Sundberg H., 1996). Администрация многих стоматологических ЛПУ же не всегда готова признать свои ошибки в управлении и приложить усилия к совершенствованию лечебно-диагностического процесса.

Каждое из ЛПУ стоматологического профиля на своем уровне должно выстраивать свою стратегию во многих направлениях стандартизации:

- в прогнозировании потребности населения в стоматологической помощи по ее видам, объемам, географического положения и медико-демографической ситуации, структуры населения и т. п.;
- определения своих возможностей в гарантированном удовлетворении имеющимися стандартами медицинских технологий прогнозируемого спроса на стоматологическую помощь при условии соблюдения прав населения на ее доступность, своевременность и качество;
- в определении своих стандартных потребностей в соответствующих ресурсах для обеспечения принятых объемов стоматологической помощи (кадрами, медицинским и вспомогательным оборудованием, лекарственными средствами, материалами и т. п.), с тем чтобы, в свою очередь, оценить соответствие сформированного спроса предложению (возможностям) рынка стоматологических услуг для его удовлетворения;
- в оценке адекватности поступающих финансовых ресурсов для выстраивания своей политики как в привлечении альтернативных источников для выполнения своих программ, так и в ликвидации причин неэффективного их использования.

Все указанные аспекты стратегии несут в себе извлечение и обработку огромного количества соответствующей, заранее стандартизированной, достоверной как внутренней, так и внешней информации. Это также требует расчета и поиска удовлетворения потребностей в информационном обеспечении выбранных стратегий соответствующими кадровыми, программно-техническими и др. ресурсами. Таким образом, при формировании политики по разработке локальных стандартов КСГ неотвратимо возникает потребность формирования для каждого субъекта управления стоматологической службы на эти виды стратегических ресурсов долговременного и многократного использования⁹⁰.

Отсутствие соответствующей подготовки и опыта руководителей стоматологических учреждений в создании стандартов КСГ и введения современных технологий управления, порождают множество дополнительных проблем.

Перенос локальных проблем по реализации идеологии стандартизации для своего ЛПУ на органы управления здравоохранением, которые в значительной мере заинтересованы в формальном формировании системы стандартизации, породят значительное число «бумаг» (приказов, постановлений, решений и т. п.), но заранее будут обречены на неуспех. В последнем случае следует понимать, что попытка делегирование чиновникам обязанностей по созданию отраслевых систем стандартизации, информатизации и т. п. требует от последних определенного уровня знаний и умений, чего современная система формирования управленческого аппарата в отрасли не предполагает.

Стандартизация и статистика

При реформировании отрасли здравоохранения, формирования и интенсивного развития негосударственного сектора ЛПУ, внедрение рыночных механизмов, органы управления здравоохранением должны иметь возможности проведения постоянной

⁹⁰ Малый А. Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии. Дисс... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 272 с.

оценки уровня и качества работы ЛПУ. В ходе повседневной работы администрация ЛПУ стоматологического профиля должна принимать во внимание изменения внешнего окружения системы, изменения правовых и экономических механизмов хозяйствования, что должно побуждать ее вносить в деятельность своего учреждения определенных изменений. Для координации изменений и эффективного управления обе руководящие структуры, как органы здравоохранения, так и администрации ЛПУ должны иметь достаточный уровень статистической информации, и не считать ее второстепенной проблемой.

Сегодня имеется острая необходимость определения основных направлений стратегии развития статистических систем для ЛПУ и технических возможностей систематического наблюдения за оказанием медицинских услуг на основе стандартизации. Разработка стандартных режимов лечения больных должно впитать в себя традиционные для отечественной стоматологии подходы к лечению больного с той позиции, что «индивидуальность» такого лечения, т. е. его возможные варианты должны быть максимально покрыты многофакторными стандартными формами. С помощью этих стандартных форм, как при распознавании образов, врач должен выбрать свой, но в рамках стандартов, «образ» пациента.

Для стандартизации статистических информационных потоков в системе стоматологической помощи населению региона давно назрела необходимость создания в органах управления здравоохранением постоянно действующих групп специалистов, призванных определить, какой информацией следует обмениваться между разными уровнями управленческих структур и по какой технологии должны передаваться и обрабатываться информация на различных уровнях. При этом, следуя основным требованиям статистических форм, необходимо определить, каким образом все участники будут использовать имеющиеся источники информации, чтобы определить порядок действий, который фактически имеет много общего, как для регионального, так и для муниципального уровней управления.

Для реализации системы стандартизации в стоматологии следует предпринять исчерпывающие меры по формированию информационных потоков из негосударственных ЛПУ, поскольку виды и объемы услуг и их качество, сегодня полностью выпали из-под контроля управляющих структур в большинстве территорий ДВФО. Весь государственный контроль качества медицинской помощи негосударственных ЛПУ сосредоточился на формальном механизме выдачи лицензий..., что в реальной ситуации на обеспечение качества услуг не работает. Настало время осознать важность формирования стандартных статистических форм, как источника оценки производителей медицинских услуг, особенно в ЛПУ стоматологического профиля негосударственного сектора.

Интеграция статистических данных призвана помочь при принятии решений о размещении финансовых ресурсов, обеспечивающих программу государственных гарантий в ЛПУ территориального здравоохранения и ЛПУ ведомств, а также при выборе наиболее эффективных решений в области финансирования видов и объемов медицинских услуг, оказываемых в негосударственном секторе здравоохранения. Недостаточно измеряемое, нестандартное, неопределенное поле деятельности ведомственных и частных ЛПУ создает условия для злоупотреблений в формировании тарифов на медицинские (стоматологические) услуги населению в сторону их завышения.

5.5. Международные стандарты ИСО/ТК 106 в области стоматологии

Изменение социально-экономических отношений в российском обществе в течение последних 15 лет порождает предпосылки для формирования новой модели хозяйствования в рыночных условиях. Эти изменения требуют новых подходов, как стороны производителей, так и потребителей стоматологических услуг, в основе которых должны лежать именно профессиональные стандарты, определяющие требования к каждому участнику в системе оказания и получения стоматологической помощи. При этом первостепенное значение должно быть придано новым технологиям, являющимся результатами научно-технического прогресса, причем не только в России, но и за рубежом в экономически развитых странах. Эти стандарты устанавливают новые требования к организации работы ЛПУ стоматологического профиля, к формированию новых отношений в системе распределения труда и т. п.

Изменение структуры хозяйственного механизма управления большинством стоматологических учреждений и служб выдвигает на первый план стандартизации те элементы, которые ранее вообще не рассматривались, в частности элементы менеджмента (управления) качеством услуг, организационное обеспечение стоматологических технологий, управление ресурсами медицинскими, экономическими, кадровыми и формирование блоков (стандартов) оценок.

Стандартизация этих элементов более динамична и поэтому возможности их учета и реализации в условиях рынка являются более адекватными содержанию деятельности врачей-стоматологов, руководителей и ЛПУ в целом в современных условиях. Это формирование организационной структуры ЛПУ и определение условий кооперации и специализации труда, и подготовка, и аттестация кадров. И именно в блоке организационных элементов профессиональные стандарты в стоматологии, составленные на предмет аккредитации ЛПУ, будут определять его организационную структуру, структуру управления и т. п.

В ЛПУ стоматологического профиля РФ все больше используется технологическое оборудование, расходных материалов, медикаментов и т. п., произведенных в экономически развитых странах в рамках реализации международных стандартов. В условиях рынка и в связи с модернизацией технологий производства услуг в стоматологии в значительной мере меняются функции персонала, меняется психология и поведение персонала с ориентацией последних на повышение ответственности за качество помощи конкретному больному конкретным работником. Изменение психологии и поведения ориентирует стоматологов на выполнение действий в рамках международных стандартов, ограничивающих степень профессионального риска при производстве услуг.

Важную роль профессиональные стандарты выполняют в формировании экономического и правового мышления медицинского персонала в условиях рынка. Опираясь системой профессиональных стандартов, организаторы стоматологических служб смогут оказывать стимулирующее действие на руководителей органов государственной власти при формировании ими законодательной основы по организации стоматологической службы, по проведению мероприятий при создании программ первичной профилактики основных стоматологических заболеваний. Четкое установление профессиональных требований к поведению населения, с ориентацией его на

соблюдение правил личной гигиены рта и своевременность обращения к врачу будут способствовать и изменению социально-психологических отношений в системе врач-больной, а также повышению престижа врача и росту уважения к нему со стороны пациентов⁹¹.

В рамках работы СТАР утверждена методология формирования профессиональных стандартов в стоматологии. Естественно, что при организации этой работы анализируются стандарты оказания стоматологической помощи населению экономически развитых стран и международные стандарты. Известно, что по решению Совета Ассоциации созданы 5 групп, включающие специалистов высокой квалификации, которым поручена разработка 80 профессиональных стандартов по основным нозологиям заболеваний, т. е. по 15–17 стандартов на каждый раздел стоматологии.

Естественно, что проблема стандартизации – это не национальная и, тем более не региональная проблема, поскольку в настоящее время формируется международная интеграция по производству товаров и услуг, что требует значительных усилий по стандартизации⁹². Эти проблемы решает ИСО (ISO) – международная организация стандартизации (от греч. isos, равный) – формируя серии международных стандартов качества в различных отраслях деятельности человека. В настоящее время многие современные стандарты ИСО в России переведены в соответствующие ГОСТы и используются достаточно широко в различных областях народного хозяйства, в том числе и в здравоохранении.

Технический комитет ИСО/ТК 106 «Стоматология» был основан в 1962 г. с целью стандартизации терминологии, методов испытаний и технических требований, относящихся к материалам, инструментам, аппаратам и оборудованию, используемым во всех областях зубоврачебного дела. В настоящее время это один из наиболее активно работающих технических комитетов ИСО⁹³.

В разработке стандартов ИСО по стоматологии участвует большинство экономически развитых стран. Сведения об их участии в работе технического комитета приведены в табл. 5.2.

Анализ доступных источников и публикаций по деятельности ИСО/ТК 106 позволяет говорить о том, что сегодня в стоматологии разработано и действует более 102 стандартов, а 8 международных стандартов в стоматологии находится на стадии разработки проекта международного стандарта, а еще 14 – на стадии проекта комитета. Вполне естественно, что в связи с ростом потребности в стандартизации в стоматологии в деятельности ИСО/ТК 106 постоянно формируется множество новых задач для разработки.

ИСО/ТК 106 координирует свою работу с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), с Федерацией европейской стоматологической промышленности (FIDE), с Всемирной стоматологической федерацией (FDI) и рядом других международных организаций.

⁹¹ Шестаков В. Т. Профессиональные стандарты. Информация о VI съезде стоматологов и III съезде Стоматологической ассоциации (Общероссийской). 1997.

⁹² Проект Концепции государственной граммы управления качеством в здравоохранении от 20 марта 2002 года// www.minzdrav.ru

⁹³ Информация, касающаяся последних изменений в работе технических комитетов ИСО (ИСО/ТК). – <http://www.iso.org> (прим. авторов).

Основными направлениями деятельности ИСО/ТК являются следующие:

- терминология;
- стоматологические материалы и реагенты (для пломбирования и восстановления, для зубных протезов, имплантационные материалы, для гигиены рта и т. п.);
- стоматологические устройства, инструменты и оборудование (устройства для гигиены рта, инструменты для пломбирования и протезирования, оборудование для стоматологического кабинета);
- оценка биологической совместимости материалов и оборудования для стоматологии;
- документация в области стоматологии.

Таблица 5.2. Структура ИСО/ТК 106 «Стоматология»*

Номер ПК или РГ	Название подкомитета (ПК) или рабочей группы (РГ)	Страна и организация по стандартизации, отвечающие за данный ПК или РГ
РГ2	Биологическая оценка	DIN (Германия)
ПК 1	Материалы для пломбирования и восстановления	SCC (Канада)
РГ 1	Окись цинка/евгенольные и неевгенольные цементы	SAI (Австралия)
РГ 2	Эндодонтические материалы	BSI (Великобритания)
РГ 5	Материалы для пломбирования каверн и трещин	BSI (Великобритания)
РГ 7	Амальгама/ртуть	BSI (Великобритания)
РГ 9	Материалы для пломбирования на основе смол	BSI (Великобритания)
РГ 10	Зубные цементы для обмазывания, основы и прокладки	BSI (Великобритания)
РГ 11	Методы испытания на адгезию	NSF (Норвегия)
РГ 12	Цементы на основе смол	–
РГ 13	Продукция для ортодонтии	ANS (США)
РГ 14	Эластичные материалы для ортодонтии	SAI (Австралия)
ПК 2	Материалы для зубных протезов	ANSI (США)
РГ 1	Керамика для зубных протезов	ANSI (США)
РГ 2	Основные сплавы для стоматологии	DIN (Германия)
РГ 6	Испытание на цветостойкость	DIN (Германия)
РГ 7	Материалы для слепков	ANSI (США)
РГ 8	Литейные сплавы на основе благородных металлов	DIN (Германия)
РГ 9	Зубы из синтетических смол	BSI (Великобритания)
РГ 10	Упругие материалы для внутренних поверхностей съёмных протезов	BSI (Великобритания)
РГ 11	Полимеры для основы зубных протезов	NSF (Норвегия)
РГ 12	Методы испытаний на коррозию	ANSI (США)
РГ 13	Смеси для литья по моделям	ANSI (США)
РГ 14	Припои для зубопротезирования	DIN (Германия)
РГ 16	Зубные материалы, придающие эстетический вид	DIN (Германия)
РГ 17	Фарфоровые зубы	ANSI (США)
РГ 18	Стоматологические воски и подкладочные воски	ANSI (США)

Номер ПК или РГ	Название подкомитета (ПК) или рабочей группы (РГ)	Страна и организация по стандартизации, отвечающие за данный ПК или РГ
РГ 19	Методы испытаний на износ	NEN (Нидерланды)
РГ 20	Искусственные зубы	-
РГ 21	Металлические материалы	DIN (Германия)
ПК 3	Терминология	AFNOR (Франция)
РГ 1	Гармонизация кодов и сокращений	AFNOR (Франция)
РГ 2	Стоматологический словарь (пересмотр ИСО 1942 и тематическое кодирование терминов этого словаря)	ANSI (США)
РГ 3	Обмен информацией, координация	ANSI (США)
РГ 4	Разработка новой терминологии, относящейся к стоматологическим стандартам	-
ПК 4	Зубоврачебные инструменты	DIN (Германия)
РГ 1	Размеры зубного вращательного инструмента	DIN (Германия)
РГ 5	Система нумерации	DIN (Германия)
РГ 7	Оправки для инструментов	DIN (Германия)
РГ 8	Ручной инструмент	BSI (Великобритания)
РГ 9	Инструменты для корневых каналов	ANSI (США)
РГ 10	Ампульные шприцы	BSI (Великобритания)
ПК 6	Зубоврачебное оборудование	DIN (Германия)
РГ 1	Свет для зубоврачебной хирургии	DIN (Германия)
РГ 2	Зубоврачебное кресло для пациента	DIN (Германия)
РГ 3	Стул для стоматолога	ANSI (США)
РГ 5	Смесители для приготовления амальгам, дозаторы и капсулы	ANSI (США)
РГ 7	Электрические активаторы полимеризации	ANSI (США)
РГ 8	Оборудование для всасывания	UNI (Италия)
ПК 7	Зубные щетки	JISC (Япония)
РГ 1	Ручные зубные щетки	JISC (Япония)
РГ 2	Устройства для гигиены рта, с электропитанием	ANSI (США)
РГ 3	Дополнительные устройства для гигиены рта	DIN (Германия)
РГ 4	Зубные пасты	ANSI (США)
ПК 8	Зубные имплантационные материалы	ANSI (США)
РГ 1	Имплантационные материалы	AFNOR (Франция)
РГ 2	Биологические аспекты	ANSI (США)
РГ 3	Содержание технической документации	DIN (Германия)
РГ 4	Механические испытания	ANSI (США)
РГ 5	Зубные имплантаты – терминология	ANSI (США)

Примечания. ПК – подкомитет, РГ – рабочая группа.

По каждому из этих направлений работает одна или несколько рабочих групп. Деятельность ИСО/ТК 106 направлена на создание такой базы стандартов ИСО, основываясь на которой можно будет организовать весь объем работ стоматологического кабинета в соответствии с самыми жесткими требованиями в области качества.

Программа работ технического комитета ИСО/ТК 106

Терминология. Работа любого технического комитета ИСО начинается с определения терминологии. Терминологические стандарты – это основа взаимопонимания специалистов разных стран, и этой области обычно уделяется повышенное внимание. Терминологические стандарты дополняются по мере появления новых понятий и определений, т. е. фактически работа над терминологическими стандартами идет непрерывно. В рамках ИСО/ТК 106 разработан и постоянно дополняется Стоматологический словарь (ИСО 1942), состоящий из пяти частей: ИСО 1942–1 «Общие и клинические термины»; ИСО 1942–2 «Стоматологические материалы»; ИСО 1942–3 «Стоматологические инструменты»; ИСО 1942–4 «Стоматологическое оборудование»; ИСО 1942–5 «Термины, связанные с испытаниями». Разработка новой терминологии, относящейся к стоматологической отрасли, в ИСО/ТК 106 не прекращается.

Кодирование и обмен информацией. В рамках ИСО/ТК 106 разработаны системы цифрового обозначения вращающегося стоматологического инструмента, кодирования для оценки состояния полости рта, руководство по применению системы клинической кодификации для обозначения стоматологических материалов, а также система цифровой кодификации стоматологических процедур. Разработка стандартов этом направлении позволит облегчить обмен информацией в области стоматологии обеспечить совместимость систем обозначений и сокращений.

Стоматологические материалы и реагенты. В рамках ИСО/ТК 106 разрабатываются новые и регулярно пересматриваются опубликованные стандарты на технические требования и методы испытаний материалов для пломбирования и восстановления (окиси цинка, стоматологических цементов всех видов, амальгам и ртути, материалов для пломбирования на основе смол, материалов для пломбирования каверн и трещин и т. д.).

В отдельные направления выделены требования к эластичным материалам и продукции для ортодонтологии и к реагентам для гигиены полости рта, включая требования и методы испытаний зубных паст.

Материалы для зубных протезов. В этом направлении разрабатываются стандарты на технические требования и методы испытаний:

- керамики для зубных протезов,
- сплавов для стоматологии,
- материалов для слепков,
- литейных сплавов на основе благородных металлов,
- синтетических смол для зубных протезов,
- упругих материалов для внутренних поверхностей съёмных протезов,
- полимеров для основы зубных протезов,
- смесей для литья по моделям и металлических материалов,
- восков и фарфора для стоматологии.

Методы испытаний включают испытания на цветостойкость, коррозионную стойкость и износ.

Зубоврачебные инструменты. Разрабатываются стандарты на технические требования, включая требования к размерам, и методы испытаний ручного инструмента, зубного вращательного инструмента, инструментов для корневых каналов, оправок для инструментов и ампульных шприцов.

Стоматологическое оборудование. Программа работ ИСО/ТК 106 охватывает оборудование современного стоматологического кабинета. Она включает стандарты на кресла для пациента и стул для стоматолога, на систему освещения для зубохирургической хирургии и т. п. Разрабатываются стандарты практически на все применяемое стоматологами оборудование, включая амальгамасмесители, дозаторы и капсулы, электрические активаторы полимеризации и пр.

Устройства для гигиены рта. Разрабатываемые стандарты устанавливают требования и методы испытаний ручных зубных щеток, устройств с электропитанием и другие разнообразные устройства для гигиены рта.

Имплантационные материалы. В этом направлении рассматриваются биологические аспекты совместимости материалов, методики механических испытаний и требования к технической документации на стоматологические имплантаты и многое другое.

Внедрение стандартов ИСО/ТК 106 в России в течение последнего десятилетия идет достаточно эффективно. Стоматология – именно та область, где внедрение стандартов ИСО в качестве государственных наиболее перспективно. К примеру, общее число стандартов ИСО составляет более 14 тыс. Общее число государственных стандартов в соответствии с указателем «Национальные стандарты» составляет 23 839, а число государственных стандартов, являющихся одновременно стандартами ИСО, составляет 1 886. Таким образом, около 14% от общего числа стандартов ИСО нашли применение в отечественной практике, а доля государственных стандартов, гармонизированных со стандартами ИСО, составляет всего около 8% от общего числа государственных стандартов в РФ. В области стоматологии в России все обстоит иначе: из 64 государственных стандартов, относящихся к области стоматологии, 24, т. е. примерно 27%, также являются стандартами ИСО⁹⁴.

Программа работ и структура ИСО/ТК 106 сформированы таким образом, что уже в ближайшем будущем при выборе любого необходимого оборудования для стоматологического кабинета, а также материалов можно будет руководствоваться стандартами ИСО/ТК 106. Поэтому активное внедрение этих стандартов, а также участие в их разработке специалистов из России несомненно необходимо, а затраты на проведение таких работ окупятся достаточно быстро. Следует отметить, что Международная организация по стандартизации – ИСО и работа ее технических комитетов позволяет надеяться на значительные продвижения по вопросам стандартизации в стоматологии⁹⁵.

Радикальный подход к качеству в стоматологии на основании повсеместной стандартизации оставляет место для множества сложных вопросов. Спецификации совершенствования технологических процессов в стоматологии – это то же самое, что стандартизация или нет? Не вступает ли мышление категориями стандартизации процессов производства стоматологических услуг укоренившейся практике оценки работы по конечным результатам? Как изменить организационную структуру ЛПУ стоматологического профиля, чтобы в ней было место для непрерывного повышения качества? Нуж-

⁹⁴ Замятина О.В., Сумарева А.С. Стандарты ИСО в области стоматологии работают в России // Стандарты и качество. 2004. № 4 С. 86–88.

⁹⁵ ISO Catalogue 2003, ISO CS./ISO MEMENTO 2003, ISO CS./ISO Technical Programme 2002, ISO CS, Geneva, World Health Organization.

но ли что-то менять в организациях, которые и так искренне стремятся к повышению качества?

Тут основные трудности лягут на плечи специалистов-стоматологов – но и открывается прекрасный шанс проявить себя. Самой трудной работой будет создать атмосферу взаимопонимания и партнерства между производителями стоматологических услуг, плательщиками и пациентами. Врачи-стоматологи могут привнести в медицину неоценимые знания в области новых методов стандартизации, поскольку они лучше, чем кто бы то ни было, знакомы с организацией труда в стоматологии.

Наглядным примером такого вклада является работы стоматологической общечественности по разработке протоколов ведения больных. Так Протокол ведения больных «Кариес зубов» был создан Московским Государственным медико-стоматологическим университетом (Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Желудева И.В., Смирнова Т.А., Бычкова Н.В., Титкина Н.А.), Стоматологической ассоциацией России (Леонтьев В.К., Боровский Е.В., Вагнер В.Д.), Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова Росздрава (Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Лукьянцева Д.В.), стоматологической поликлиникой № 2 г. Москвы (Чеповская С.Г., Кочеров А.М., Багдасарян М.И., Кочерова М.А.).

Контрольные задания и вопросы

1. Дайте характеристику стандартизации в современной медицине.
2. Укажите основные этапы истории стандартизации в здравоохранении СССР.
3. Приведите классификацию стандартов в медицине.
4. Укажите особенности применения стандартов для управления стоматологическим учреждением.
5. Что такое клинико-статистические группы в стоматологии? Что такое система DRG в США?
6. Международная организация стандартизации (ISO) и ее роль в формировании стандартов для здравоохранения.
7. Что такое медико-экономические стандарты (МЭС)?
8. Что такое клинико-экономические стандарты (КЭС)?
9. Роль системы стандартов КСГ В. И. Самодина и В. Н. Колейкина для отечественной стоматологии?
10. Международные стоматологические стандарты ИСО/ТК 106. Применение в России.

ГЛАВА 6

Перспективы организации производства стоматологических услуг в ЛПУ первичного уровня

Для современной стоматологии Дальнего Востока России характерно организационно-экономическое лидерство в ряду медицинских специальностей, оказывающих все виды помощи – от первичной до высокотехнологической. Анализ традиционных и новых моделей и технологий управления в стоматологии, выявил трудность их целостного восприятия и, главное, применения в реальной практике, в частности в практике семейной стоматологии. В публикациях по данной проблеме, как у нас в стране, так и за рубежом, признается слабая изученность управляемых факторов функциональных сред, а также неадекватность принятых измерителей для суждения о правильности выбранного организационного пути. Практически отсутствуют работы, ориентирующие на опыт лучших практик (*best practice*), а предлагаются усредненные варианты традиционного, скорее не развития, а существования. Вероятно, поэтому сегодня очень мало публикаций, отражающих эффективные управленческие решения, основанные на внедрении организационной технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики.

Мы предполагаем, что реформа стоматологической службы Дальневосточного региона не должна ограничиваться только ресурсным ростом и технологическим совершенствованием, а должна строиться с учетом использования современных организационных технологий, включающих модульное построение стоматологических учреждений, подготовки кадров для работы в них и реализации управленческих концепций в интересах охраны стоматологического здоровья дальневосточников.

Несомненно, что в отличие от многих секторов регионального здравоохранения, в которых организационная структура неадекватна потребностям потребителей, сектор производства стоматологических услуг стремится соответствовать уровню научно-технического прогресса XXI века.

6.1. Лицензирование и аккредитация – критерии формирования. ЛПУ стоматологического профиля

За последние 10 лет реформирование стоматологической службы привело к стремительному развитию отрасли, ее технологическому и техническому перевооружению. Однако, в следствии дистанцирования ЛПУ стоматологического профиля от ЛПУ системы здравоохранения, усиления процессов коммерциализации за счет бурного развития частного сектора и формирования скрытой приватизации муниципальных и государственных стоматологических учреждений, стоматологическая служба перестает существовать, как единая система, постепенно утрачивая «вертикаль управления», что проявляется потерей достоверной информации о стоматологической заболеваемости населения, качестве оказываемых услуг и состоянии структурных элементов отрасли. Подтверждением этому является и неоднократные и почти безуспешные попытки проведения паспортизации стоматологических учреждений региона через систему лицензирования.

Сертификация и лицензирование как одна из форм защиты прав потребителей на мировых рынках существует в виде требований международных стандар-

тов к системам сертификации услуг. Согласно Международному стандарту «Руководство ИСО/МЭК 2» (Статья 13.5) сертификация соответствия – действие третьей стороны, доказывающее, что обеспечивается необходимая уверенность в том, что должным образом идентифицированная услуга соответствует стандарту или другому нормативному документу. Третьей стороной является орган или лицо, признаваемые независимыми от участвующих сторон в рассматриваемом вопросе (Статья 13.2). Участвующие стороны представляют интересы производителя (первая сторона) и потребителя (вторая сторона) услуги. Сертификацию соответствия проводит орган по сертификации (Статья 14.3). Система, располагающая собственными правилами процедуры и управления для проведения сертификации соответствия, называется системой сертификации (Статья 14.1).

Кроме того, существует понятие системы сертификации однородной продукции (процессов, услуг). Эта система относится к определенным услугам, для которых применяются одни и те же конкретные стандарты и правила и та же самая процедура (Статья 14.2). Сертификат соответствия – документ, изданный в соответствии с правилами системы сертификации, указывающий, что обеспечивается необходимая уверенность в том, что должным образом идентифицированная услуга соответствует конкретному стандарту или другому нормативному документу (Статья 14.8).

Лицензирование – это свидетельство в области сертификации, документ, изданный в соответствии с правилами системы сертификации, посредством которого орган по сертификации наделяет лицо или орган правом использовать сертификаты соответствия для своих услуг согласно правилам соответствующей системы сертификации (Статья 14.7).

Аккредитация органов по сертификации – официальное признание компетентности и объективности (Статья 16.1). Аккредитация обычно является положительным результатом аттестации с последующим надзором (Статья 16.1.). Аккредитации подлежат органы по сертификации, испытательные лаборатории и центры, устанавливающие степень соответствия продукции или услуги конкретным стандартам. Система, располагающая собственными правилами процедуры и управления для осуществления аккредитации, называется системой аккредитации (Статья 16.2). Орган, который управляет системой аккредитации, проводит аккредитацию и предоставляет право на ее проведение, называется органом по аккредитации.

В системе сертификации услуг осуществляются следующие виды деятельности: сертификация услуг, сертификация систем качества, аттестация исполнителей услуг, аттестация процессов предоставления услуг, аккредитация испытательных лабораторий и социологических центров, проверка (оценка) качества услуги, оформление, выдача и регистрация сертификатов соответствия, подготовка и аттестация экспертов-аудиторов, признание сертификатов, выдаваемых в иных системах сертификации, инспекционный контроль. Для проведения сертификации рекомендовано всего семь различных схем, выбор которых в каждом конкретном случае должен быть обоснован.

Орган, претендующий на аккредитацию и функционирование в качестве органа по сертификации услуг, должен удовлетворять требованиям независимости, иметь организационную структуру, удовлетворяющую Международному стандарту «Руководство ИСО/МЭК 40» (раздел 7), иметь необходимый фонд нормативных документов для сертификации конкретных видов услуг, располагать документированной системой качества. Орган по сертификации услуг должен быть административно, экономически и юри-

дически независимым от производителей (исполнителей) и потребителей (заказчиков) сертифицируемых услуг.

Документированная система качества должна удовлетворять требованиям Международного стандарта ИСО 9004, часть 2 «Управление качеством и элементы системы качества. Рекомендации для сферы обслуживания». Этот стандарт распространяется и на здравоохранение (стоматологию). Орган по сертификации систем качества обслуживания может организационно входить в состав органа по сертификации услуг или быть самостоятельным.

В Российской Федерации лицензирование и аккредитация деятельности в здравоохранении началась в 1992 г. и получила свое развитие с принятием в 1993 г. закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»⁹⁶. Процесс по внедрению международного подхода к сертификации и аккредитации услуг находится лишь на начальном этапе. Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ «О техническом регулировании» стал основой для создания такой системы. Закон установил, основные принципы технического регулирования (статья 3):

- применения единых правил установления требований к продукции, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнению работ или оказанию услуг;
- соответствия технического регулирования уровню развития национальной экономики, развития материально-технической базы, а также уровню научно-технического развития;
- независимости органов по аккредитации, органов по сертификации от изготовителей, продавцов, исполнителей и приобретателей;
- единой системы и правил аккредитации;
- единства правил и методов исследований (испытаний) и измерений при проведении процедур обязательной оценки соответствия;
- единства применения требований технических регламентов независимо от видов или особенностей сделок;
- недопустимости ограничения конкуренции при осуществлении аккредитации и сертификации;
- недопустимости совмещения полномочий органа государственного контроля (надзора) и органа по сертификации;
- недопустимости совмещения одним органом полномочий на аккредитацию и сертификацию;
- недопустимости внебюджетного финансирования государственного контроля (надзора) за соблюдением требований технических регламентов.

Появление с начала 90-х годов лечебных учреждений различной формы собственности, разделение государственных и муниципальных ЛПУ, привело к в процессам создания единой контрольно-разрешительной государственной системы, которая должна обеспечить качество и безопасность оказываемых медицинских услуг. Создание такой системы не завершено, так как попытки передачи функции лицензирования от местных органов власти к федеральным органам власти, и обратно, продолжаются.

⁹⁶ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 года N 5487-1// Российская газета N 158, 18.08.93

Сложившаяся в СССР система лицензирования и аккредитации имела четкую структуру и мотивацию. Лицензирование давало право на ведение деятельности, аккредитация определяла уровень финансирования конкретного лечебного учреждения в зависимости от полученной категории. Прямое перенесения такой ситуации в рыночные отношения не имело эффекта. Если частные клиники финансируются самостоятельно, зачем нужна аккредитация? На настоящий момент законодательство не предусматривает обязательной аккредитации лечебного учреждения., предусмотрен лишь добровольный порядок. При этом аккредитацию могут проводить как общественные организации, так и органы местного самоуправления. Тем не менее, аккредитация является важным механизмом определения уровня качества оказания медицинской помощи населению. Ведь лицензирование определяет соответствие лишь минимальным требованиям безопасности. Аккредитация дает более развернутое представление о характере и уровне оказываемых услуг. С этой точки зрения важен опыт работы Кемеровской области, где аккредитацию стоматологических клиник проводит стоматологическая ассоциация области, а при финансировании местные органы власти учитывают показатели аккредитации, как при бюджетном финансировании, так и при выделении средств по объемам ОМС.

Предусмотренные в законе от 08.08.2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» процедуры приостановления действия лицензии, ее аннулирования и другие меры административного воздействия позволяют лицензионным органам добиваться безусловного выполнения требований, предъявляемых к соискателю лицензии или лицензиату, вне зависимости от их форм собственности и ведомственной принадлежности⁹⁷.

Сегодня лицензирование и аккредитация являются важнейшим механизмом государственного регулирования деятельности в области здравоохранения. Процедура лицензирования медицинской (в т. ч. стоматологической) деятельности в РФ достаточно подробно прописана в соответствующем Постановлении Правительства РФ⁹⁸.

Практически во всех субъектах РФ созданы органы по осуществлению лицензирования медицинской деятельности.

Как уже упоминалось, формальная составляющая процедуры лицензирования не выявляет уровень качества оказываемой медицинской помощи. Во многих регионах используют процедуру предлицензионной экспертизы. Целью предлицензионной экспертизы является проверка соответствия условий деятельности соискателей лицензии установленным государственным и отраслевым нормам, правилам, требованиям, стандартам (материально-техническая база, охрана труда, техника безопасности, кадровый потенциал, результативность работы и др.). По окончании экспертизы соискателю лицензии выдается экспертное заключение, о наличии условий для оказания конкретных видов медицинской помощи, соответствующих установленным требованиям качества и безопасности услуг для пациентов и персонала.

В настоящее время проведение данной экспертизы технически затруднено в связи с отсутствием единых стандартов, утвержденных на уровне МЗиСР РФ. Группой специ-

⁹⁷ Котенко С. В., Вагнер В. Д., Ивасенко П. И., Семенюк В. М., Недосеко В. Б. Организация центров экспертизы в области здравоохранения и административных комиссий в целях обеспечения качества стоматологической помощи населению // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2001. № 3 (5). С. 26–32.

⁹⁸ Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. N 30 «Положение о лицензировании медицинской деятельности» (прим. авторов).

алистов Омской медицинской академии, ведущих стоматологов региона разработаны стандарты для оценки стоматологической помощи для осуществления процедуры аккредитации⁹⁹. Данные стандарты в течение нескольких лет успешно используются при предлицензионной экспертизе стоматологической помощи на территории Омской области. При проведении данной экспертизы по мнению разработчиков необходимо оценивать следующее: материально-техническую базу, оснащенность стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов, кадровый потенциал, результативность работы, полноту врачебной, диагностической, консультативной и специализированной помощи, обеспеченность вспомогательными методами лечения и организацию работы.

Лицензирование медицинской (стоматологической) деятельности¹⁰⁰, как система специальных требований и условий осуществления производства тех или иных товаров и услуг в здравоохранении заключается в выполнении определенных требований и процедур.

Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

- наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;
- наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, – соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- наличие у индивидуального предпринимателя – соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);
- повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет;
- соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

⁹⁹ В. Д. Вагнер, П. Г. Ивасенко, В. М. Семенюк, В. Б. Недосеко. Экспертная оценка стоматологических учреждений при их лицензировании и аккредитации// Стоматология. – № 1. – 2000 г. – С. 65–67.

¹⁰⁰ Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. N 30 (прим. авторов). «Положение о лицензировании медицинской деятельности» от 22 января 2007 г. N 30 (прим. авторов).

- соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;
- обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);
- соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке; наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.

Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии, в котором указывает виды работ (услуг) по специальному перечню и документы (копии документов), указанные в пункте 1 статьи 9 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также:

- копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;
- копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;
- копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);
- копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);
- копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;
- копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности¹⁰¹.

¹⁰¹ Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала. Лицензирующий орган не вправе требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных указанным Законом РФ (прим. авторов).

При лицензировании проходит проверка специфических требований и условий, к которым относятся следующие:

- выполнение требований законодательства Российской Федерации;
- наличие помещения, соответствующего экологическим, санитарно-эпидемиологическим, гигиеническим, противопожарным нормам и правилам;
- наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженеров, техников и др.), имеющих профессиональное образование, подтверждаемое представлением соответствующих документов на право занятия профессиональной деятельностью по специальности, и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемой работы, – для юридического лица;
- высшее или среднее медицинское образование и специальная подготовка, соответствующие требованиям и характеру выполняемой работы, – для индивидуального предпринимателя;
- наличие организационно-технических возможностей и материально-технического оснащения (включая оборудование и инструменты) для осуществления медицинской деятельности.

Лицензирующий орган принимает решение о выдаче или об отказе в выдаче лицензии в срок, не превышающий 30 дней с даты приема заявления со всеми необходимыми документами, и уведомляет соискателя лицензии о принятом решении в течение 3 дней с даты его принятия. Уведомление о выдаче лицензии направляется (вручается) соискателю лицензии с указанием реквизитов банковского счета для уплаты лицензионного сбора и срока его уплаты. Выдача лицензии производится в течение 3 дней с даты представления соискателем лицензии документа, подтверждающего уплату лицензионного сбора.

При осуществлении медицинской деятельности на нескольких территориально обособленных объектах одновременно с лицензией выдаются ее заверенные копии с указанием места нахождения каждого объекта. Плата за выдачу копий не взимается.

Уведомление об отказе в выдаче лицензии направляется (вручается) соискателю лицензии с указанием причины отказа. Основанием для отказа в выдаче лицензии является следующее:

- наличие в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной или искаженной информации;
- несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям.

В случае отказа в выдаче лицензии плата за рассмотрение лицензирующим органом заявления о выдаче лицензии возврату не подлежит. Соискатель лицензии имеет право обжаловать в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, отказ лицензирующего органа в выдаче лицензии или его бездействие. При обжаловании в административном порядке отказа лицензирующего органа в выдаче лицензии соискатель лицензии имеет право требовать проведения независимой экспертизы, для проведения которой лицензирующий орган привлекает по согласованию с соискателем лицензии независимых экспертов и экспертные организации. Независимая экспертиза проводится по письменному требованию соискателя лицензии. Расходы, связанные с проведением независимой экспертизы, оплачиваются соискателем лицензии на основании договора. Лицензирующий орган в течение 3 дней рассматривает материалы независимой экспертизы и принимает решение о выда-

че или об отказе в выдаче лицензии и информирует соискателя лицензии о принятом решении.

В лицензии указываются:

- наименование лицензирующего органа;
- для юридического лица – наименование и место нахождения (с указанием места нахождения его территориально обособленных подразделений), идентификационный номер налогоплательщика;
- для индивидуального предпринимателя – фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика;
- лицензируемая деятельность (с перечислением работ и услуг, осуществляемых лицензиатом);
- лицензионные требования и условия;
- срок действия лицензии;
- дата принятия решения о выдаче лицензии;
- номер и дата выдачи лицензии.

Лицензия подписывается руководителем лицензирующего органа (в случае его отсутствия – заместителем руководителя), заверяется печатью и выдается на срок, указанный соискателем лицензии в заявлении, но не более чем на 5 лет. Срок действия лицензии может быть продлен по заявлению лицензиата. Продление срока действия лицензии осуществляется в порядке, установленном для ее получения. В случае если за время действия лицензии не зафиксированы нарушения лицензионных требований и условий, продление срока действия лицензии осуществляется в порядке, установленном для ее переоформления.

В продлении срока действия лицензии может быть отказано, если за время действия лицензии зафиксированы нарушения лицензионных требований и условий. Отказ лицензирующего органа в продлении срока действия лицензии может быть обжалован в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Лицензирующие органы в пределах своей компетенции имеют право:

- проводить проверки соответствия деятельности лицензиата лицензионным требованиям и условиям;
- запрашивать у лицензиата необходимые объяснения и документы по вопросам, возникающим при проведении проверок;
- составлять на основании результатов проверок акты с указанием конкретных нарушений;
- выносить решения, обязывающие лицензиата устранить выявленные нарушения, и устанавливать срок их устранения;
- выносить предупреждения лицензиату.

Государственные контрольные и надзорные органы при выявлении нарушений лицензионных требований и условий обязаны сообщать в лицензирующий орган, выдавший лицензию, о выявленных нарушениях и принятых мерах. Лицензиат обязан обеспечивать условия для проведения лицензирующим органом проверок, в том числе предоставлять необходимую информацию и документы.

Лицензирующий орган может приостановить действие лицензии в случае:

- выявления лицензирующим органом, государственными контрольными и надзорными органами нарушений лицензиатом лицензионных требований и условий, кото-

рые могут повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интересам и здоровью граждан;

- невыполнения лицензиатом решений лицензирующего органа, обязывающих лицензиата устранить выявленные нарушения;
- действие лицензии считается приостановленным с даты принятия лицензирующим органом соответствующего решения;
- решение о приостановлении действия лицензии подписывается руководителем лицензирующего органа (в случае его отсутствия – заместителем руководителя) и должно содержать обоснование его принятия.

Лицензирующий орган обязан в течение 3 дней с даты принятия решения проинформировать в письменной форме лицензиата, налоговые органы, государственные надзорные и контрольные органы о приостановлении действия лицензии (с указанием его причин). Решение о приостановлении действия лицензии может быть обжаловано лицензиатом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Срок устранения лицензиатом обстоятельств, повлекших за собой приостановление действия лицензии, устанавливается лицензирующим органом и не может превышать 6 месяцев. В случае если в установленный срок лицензиат не устранил указанные обстоятельства, лицензирующий орган обязан обратиться в суд с заявлением об аннулировании лицензии.

При устранении лицензиатом обстоятельств, повлекших за собой приостановление действия лицензии, лицензирующий орган в течение 15 дней со дня устранения лицензиатом указанных обстоятельств обязан принять решение о возобновлении действия лицензии. Лицензирующий орган в течение 3 дней с даты принятия решения о возобновлении действия лицензии уведомляет лицензиата, налоговые органы, государственные надзорные и контрольные органы о возобновлении действия лицензии.

Лицензия утрачивает юридическую силу и считается аннулированной:

- в случае неуплаты лицензиатом лицензионного сбора в течение 3 месяцев со дня получения уведомления о выдаче лицензии;
- в случае ликвидации юридического лица или прекращения его деятельности в результате реорганизации, за исключением преобразования, либо прекращения действия свидетельства о государственной регистрации гражданина в качестве индивидуального предпринимателя;
- решение об аннулировании лицензии в 3-дневный срок со дня его принятия доводится лицензирующим органом до лицензиата в письменной форме.

Лицензия может быть аннулирована решением суда на основании заявления лицензирующего органа или органа государственной власти в соответствии с его компетенцией. Одновременно с подачей заявления в суд лицензирующий орган вправе приостановить действие указанной лицензии до вступления в силу решения суда. Основанием для подачи в суд заявления об аннулировании лицензии является:

- обнаружение недостоверных или искаженных данных в документах, представленных для получения лицензии;
- неоднократное или грубое нарушение лицензиатом лицензионных требований и условий;
- незаконность решения о выдаче лицензии.

Лицензирующие органы ведут реестры лицензий, в них указываются:

- сведения о лицензиатах: наименование, место нахождения (в том числе территориально обособленных подразделений) – для юридического лица; фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, – для индивидуального предпринимателя;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- сведения о лицензирующем органе, выдавшем лицензию;
- лицензируемая деятельность (с перечислением работ и услуг, осуществляемых лицензиатом);
- срок действия лицензии;
- номер лицензии и дата ее выдачи;
- сведения о регистрации лицензии в реестре;
- основания и даты приостановления и возобновления действия лицензии;
- основание и дата аннулирования лицензии;
- сведения о выдаче копий лицензии.

Информация, содержащаяся в реестрах лицензий, является открытой и предоставляется на платной основе юридическим и физическим лицам в виде выписок о конкретных лицензиатах. Выписка выдается в течение 3 дней со дня подачи соответствующего заявления с приложением документа, подтверждающего оплату ее получения. Органам государственной власти и органам местного самоуправления информация из реестра лицензий предоставляется бесплатно. Руководители и должностные лица лицензирующего органа несут за нарушение ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Из информации, представленной о лицензировании стоматологических учреждений становится ясно, что лицензирование – это действенный механизм обеспечения качества производства стоматологических услуг и защиты прав потребителей (пациентов) со стороны государства. Однако практика применения лицензирования в региональной стоматологии говорит о том, что этот действенный механизм не следует отдавать на откуп чиновникам здравоохранения. Степень развития врачебного самоуправления в региональной стоматологии позволяет, чтобы вопросами контроля за соблюдением профессиональных стандартов – аккредитацией занимались профессиональные ассоциации стоматологов. Однако с точки зрения законодательства РФ здесь существует система парадоксов.

Так парадоксом нынешнего времени явилось то, что вступившие в силу в недавнем времени федеральные законы «О лицензировании отдельных видов деятельности» (2001 г.) и «О техническом регулировании» (2002 г.) вошли в противоречие с одним из базовых положений начального варианта (ст. 15) «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан Российской Федерации» (1993 г.). Согласно этой своеобразной конституции отрасли лицензия медицинским учреждениям выдавалась на основе сертификата соответствия условий оказания медицинской помощи неким стандартам. А в большинстве территорий страны процедура решения вопроса о выдаче сертификата соответствия условий понимается как аккредитация.

Более краткое определение аккредитации медицинских учреждений приведено в ст. 21 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991 г.),

где она рассматривается как «определение соответствия деятельности медицинских учреждений профессиональным стандартам».

В новых, «революционных» федеральных законах аккредитация исключена из процесса лицензирования, хотя необходимость ее никто не отрицает. Кроме этого, по закону «О техническом регулировании» утрачивают прежнюю юридическую силу практически все отраслевые стандарты.

Как известно, в современном здравоохранении существует два основных рычага управления: организационно-распределительный, предполагающий воздействие на медицинские учреждения путем регулирования бюджетно-страховым финансированием и контрольно-разрешительный, использующий возможности лицензирования и аккредитации.

Применительно к стоматологии региона органы управления здравоохранением и фонды обязательного медицинского страхования в территориях ДВФО ограничены в возможностях влиять на качество стоматологической помощи с помощью финансовых механизмов, так как программа госгарантий в стоматологии явно недофинансируется. Процедура лицензирования в настоящее время упрощена и становится достаточно формальной, так как направлена на оценку только ресурсов (кадры, оснащение) и не позволяет оценить эффективность медицинской деятельности стоматологической организации. Поэтому забвение аккредитации означает потерю важного механизма управления стоматологической службой на региональном уровне.

Аккредитация – как механизм обеспечения качества стоматологической помощи

Несмотря на то, что эта задача перестала существовать, накопленный опыт по ее решению позволяет получить ценную информацию для руководителя стоматологической службы. Например, в Свердловской области были разработаны стандарты аккредитации 5 уровней от I доврачебного уровня (зубной техник) до V уровня, к которому относятся стоматологические поликлиники с комплексной высокоспециализированной помощью¹⁰². А так же созданы стандарты в стоматологии для терапии, хирургии и ортопедии.

Объектами стандартизации, в данном случае являлись организационные, лечебно-профилактические и информационные технологии, а также ресурсы стоматологического учреждения помощи, позволяющие определить обеспеченность заявляемых видов деятельности (набор функциональных площадей, техническое оснащение и квалификация кадров). К каждому виду ресурсов на разных уровнях аккредитации предъявлялись соответствующие нормативные требования.

Опережающая аккредитация при подготовке лицензирования позволила:

- укрепить вертикаль управления службой через использование унифицированных требований для стоматологических организаций всех видов собственности;
- оперативно внедрять новые технологии путем повышения требований стандартов;
- сформировать правовую базу для контроля за соблюдением лицензионных условий.

¹⁰²Харитонов М. П. Аккредитация как механизм управления качеством стоматологической помощи и организации стоматологической службы (по материалам Свердловской области). Доклад на Всероссийской конференции по лицензированию и аккредитации в стоматологии, Санкт-Петербург, ноябрь 2003.

6.2. Новые тенденции в региональной стоматологии

Новые тенденции в стоматологии требуют от специалистов переосмысления процедур оказания стоматологической помощи. В успешной практике стоматолога сегодня соединяются основные технические приемы прошлых лет, проверенные временем новейшие технологии, а так же технологии будущего. Мировой опыт эффективного производства стоматологических услуг с высокой степенью достоверности указывает на то, что при осуществлении стоматологической помощи имеет место, как оказание ее врачами-универсалами, так и врачами узкого профиля.

В отечественной стоматологии, шире в десятки раз, чем в любой другой медицинской специальности, развивается альтернативный государственному рынок стоматологических услуг в самых различных формах. Сегодня этот рынок начинает приобретать цивилизованные формы. Создано значительное количество стоматологических клиник типа «Элит», «Комфорт», которые полностью удовлетворяют самые взыскательные вкусы потребителей.

В то же время в России сформировался дефицит квалифицированных специалистов, которые в определенный период времени перешли работать в коммерческий сектор. Бывший президент СтаР, акад. РАМН В. К. Леонтьев еще в 2004 году в своем докладе отмечал такие частные клиники как «Омдент» (Омск), «Мегастом», «Профессорская», «Клуб-32» (Москва), «Биодент» (Екатеринбург), Стоматологический холдинг «Эра» (Воронеж), «Меди» (Санкт-Петербург), «Дента» (Новосибирск), «Улыбка» (Кемерово) и др. В них сформировался костяк современных менеджеров – Рогатнев В.П., Пырков С.Т., Новиков В.С., Соболев С.М., Захаров А.В., Мчедлидзе Т.Ш. и др.

Были проведены несколько съездов частных стоматологов России. На них была сделана серьезная попытка преодоления определенного недоверия между стоматологами работающими в негосударственном секторе и стоматологами, которые остались в государственных и муниципальных ЛПУ. Сегодня объем негосударственного сектора в Российской стоматологии имеет тенденцию к росту. Так в Москве в 2008 году зарегистрировано более 1400 частных стоматологических клиник и кабинетов, сотни их имеются в большинстве регионов РФ. Они производят стоматологические услуги уже миллионам пациентов, снимая тем самым нагрузку с бюджетов всех уровней и дают возможность улучшить условия производства стоматологических услуг в ЛПУ государственного сектора.

Положительную роль играет атмосфера конкуренции, создаваемая ими, что в значительной мере способствует улучшению качества производства стоматологических услуг. Тем не менее, как и во всяких глобальных процессах в этой среде имеются отрицательные явления в виде появления «подпольных» дельцов от стоматологии, не лицензирующих свою деятельность, занимающихся обманом пациентов, что дискредитирует корпорацию стоматологов. Нередки еще стоматологи, которые открывают частные кабинеты, но не способны производить качественные услуги из-за недостатка опыта, знаний и дефектов подготовки. Цель профессиональной корпорации вмешаться в такие процессы через систему лицензирования и аккредитации основываясь на букве закона для сохранения, поддержания и развитие имиджа отечественной стоматологии.

В течение последнего десятилетия в России сформировался устойчивый, надежный и удобный порядок обеспечения стоматологических ЛПУ материалами, лекарствами, инструментами и оборудованием. Создана стабильно функционирующая рыночная система обеспечения отрасли необходимыми для производства качественных стоматологических услуг изделиями. На этом рынке надежно функционирует ряд высокопрофессиональных фирм и компаний. Вновь созданы и успешно работают ряд заводов, выпускающих стоматологические изделия – «Радуга России», «Аверон», «ВладМиВа», «Микрон», «Бионт» и др. Бурное развитие стоматологической промышленности – создано более 120 новых предприятий, позволило им объединиться в Ассоциацию «Стоматологическая индустрия» со своими корпоративными интересами, что вполне естественно в условиях рынка.

В силу того, что сегодня в отечественной стоматологии продолжается период составления и утверждения стандартов (протоколов) производства стоматологических услуг, вполне естественно, что в них будут даны рекомендации по оборудованию и материалам, которые целесообразно использовать в стоматологической практике. Следовательно, для пользы дела корпоративные интересы в этой ситуации не должны влиять на объективность мнения о качестве оборудования и расходных материалов для включения в стандарты Минздрава РФ и СтАР.

На фоне продолжающегося кризиса в социальной сфере и здравоохранении ДВФО положение стоматологической службы является отражением этого кризиса. В основе дальнейшего развития региональной стоматологии по нашему мнению в ближайшее десятилетие будут доминировать процессы акционирования и приватизации муниципальных стоматологических ЛПУ. Скорее всего, процесс вероятного акционирования стоматологического сектора здравоохранения может стать вынужденной мерой государственной или региональной власти из-за дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению.

Однако при высокой степени износа основных производственных фондов ЛПУ, технологического оборудования, недостаточного уровня профессиональной подготовки кадров этот процесс затянется на многие годы. С низкой степенью вероятности стоматологам следует рассчитывать на получение помощи из бюджета на переоснащение стоматологических поликлиник, их развития, обучение кадров. Более реальный вариант развития государственных стоматологических поликлиник заключается в работе этих учреждений в условиях дефицита бюджета и страхового обеспечения, бурном развитии теневого сектора, усилении системы поборов, постепенном обветшании оборудования, здания и печальном финале таких учреждений.

Такой путь развития более всего вероятен для стоматологических поликлиник в экономически депрессивных регионах, т. е. для всех субъектов РФ ДВФО. Здесь практически не уделяется внимания организации стоматологической помощи населению, особенно в отдаленных северных и сельских муниципальных образованиях. Большинство ЛПУ стоматологического профиля региона руководят главные врачи предпенсионного и пенсионного возраста, не адаптированные к рыночным отношениям, развитие этих учреждений пущено на самотек и надежда на их адаптацию к рынку отсутствует. К сожалению, таких стоматологических учреждений немало и большинство из них не имеет перспектив. Выходом для них из кризисного состояния является не только смена руководства, но и поиск инвесторов, полное изменение политики учреждения.

В системе региональной стоматологии накопились остреешие структурные диспропорции. Одна из них – абсолютно неприемлемое соотношение между первичной медико-санитарной и специализированной помощью. Уровень развития первичной медико-санитарной помощи крайне низок и имеет тенденцию к ухудшению. В мировой практике утвердилось понимание закономерности: чем выше доля врачей первичного звена в общей численности врачей (ниже доля узких специалистов), тем меньше средств необходимо для достижения конечных результатов функционирования системы стоматологической помощи населению. В региональной стоматологии доля врачей-стоматологов общей практики или стоматологов, осуществляющих смешанный прием не превышает 5–8%, против 45–55% в экономически развитых странах.

В 90-х годах стоматологов пытались убедить в том, что спасителем отечественного здравоохранения станет система обязательного медицинского страхования, но в «дизайне» новой системы финансирования отечественного здравоохранения оказалось много изъянов. Не были отработаны механизмы формирования средств на страхование неработающих. Отсутствовали единые подходы к использованию экономических методов управления. Контроль качества и защита прав пациентов не были обеспечены. Выбор страховщика до настоящего времени осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (страховые медицинские организации) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколь-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Сложившаяся к 2008 году систему ОМС можно сравнить с кораблем, который потерпел крушение, а спасатели на скорую руку залатав дыры в его бортах предложили пассажирам самостоятельно продолжать плавание по бурному океану. Пассажиры (пациенты) наблюдают некое движение, машина корабля гудит, из трубы идет дым, но корабль почти не движется, и пассажирам непонятны цели эволюций. У них появляется большое искушение сойти с корабля на любую твердую землю и продолжать движение вперед, хотя бы и пешком.

Связав реформу здравоохранения преимущественно с переходом на ОМС, идеологи реформ *упустили ее главное направление – реструктуризацию системы оказания медицинской (стоматологической) помощи*. Правда, слов на эту тему было сказано великое множество, но реальных шагов в этом направлении практически сделано не было. Объемы профилактики стоматологических заболеваний резко снизились, объемы специализированной стоматологической помощи не уменьшаются, а растут, ну а первичное звено – остается в загоне. Огромный и нарастающий прием на стоматологические факультеты медицинских вузов региона все более ориентирован на подготовку узких специалистов-стоматологов (терапевтов, хирургов, ортопедов и др.).

Значительное ускорение развитию региональной стоматологии придало интенсивное развитие негосударственных ЛПУ стоматологического профиля, где, как раз, и началась реализация технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики. Сравнительный анализ развития государственной и негосударственной стоматологии в регионе позволил нам выделить преимущества и недостатки существующей системы стоматологической помощи населению территорий ДВФО (табл. 6.1).

Таблица 6.1. Основные изменения в стоматологии Дальнего Востока России в связи с переходом к рынку

Негосударственная стоматология	Государственная стоматология
1. Развитие многоукладных форм стоматологии, совершенствование основных производственных фондов ЛПУ	Разрушение материальной базы, повышение уровня износа основных производственных фондов ЛПУ
2. Внедрение новых технологий, улучшение качества услуг	Ухудшение помощи детям, разрушение службы детской стоматологии
3. Повышение правового уровня потребителя (пациента) услуг	Снижение уровня социальной защиты потребителя (пациента) получающего стоматологические услуги в рамках программы госгарантий
4. Расширение поля источников финансирования производства стоматологических услуг	Дефицит финансирования программы государственных гарантий на фоне роста источников финансирования ЛПУ стоматологического профиля
5. Удовлетворение потребности пациентов в услугах высокого уровня качества и безопасности	Снижение качества, доступности и безопасности стоматологических услуг пациентам в зависимости от места проживания и уровня доходов
6. Улучшение материального уровня персонала стоматологических ЛПУ	Снижение имиджа врача-стоматолога и другого персонала ЛПУ стоматологического профиля в обществе
7. Улучшение уровня индивидуальной профилактики у потребителей	Разрушение массовых видов первичной профилактики кариеса у детей и широких слоев населения
8. Повышение уровня профессиональной ответственности врача-стоматолога	Снижение уровня профессиональной ответственности персонала
9. Повышение эффективности использования основных производственных фондов ЛПУ, стремление к обновлению оборудования	Безответственность владельца за состояние своей собственности, использование устаревшего и изношенного оборудования
10. Рост и развитие информатизации производственных процессов в стоматологии, формирование локальных сетей, эффективный менеджмент	Неэффективное использование ПЭВМ, отсутствие локальных сетей, низкий уровень менеджмента, высокий уровень «неформальных» платежей за произведенные услуги

Вместе с ростом числа ЛПУ стоматологического профиля в основном в коммерческом секторе сформировалась проблема, которая существовала и раньше, но в реальной ситуации она стала доминировать в отношениях между производителями и потребителями стоматологических услуг. Это проблема доступности, качества и безопасности производства стоматологических услуг. Результаты исследований последних лет показали, что основными стимулами, побуждающими потребителей пользоваться услугами стоматологических учреждений, являются качественные характеристики услуг, соотношение качество/стоимость, время ожидания приема, режим работы поликлиники и т. п. Реальная конкуренция между производителями стоматологических услуг оказалась выгодной многим потребителям. Потребители (пациенты) имеют возможность оплачивать услуги за счет собственных ресурсов без посредников или используя в качестве посредников страховые компании, оплачивая страховку дополнительного (добровольного) медицинского страхования осуществляя выбор производителей на основании рыночных критериев – цены, качества и безопасности.

Проблемы оказания стоматологических услуг ненадлежащего качества

Опыт разбирательств конфликтных ситуаций между пациентами и врачами-стоматологами показывает, что одного лишь добросовестного выполнения профессиональных процедур последними зачастую недостаточно для решения комплексной задачи оказания качественной медицинской помощи. Поэтому наряду с правильным выбором метода лечения, надлежащим выполнением всех необходимых профессиональных процедур следует включать в алгоритм обязательных врачебных действий организационные элементы, обеспечивающие решение основной задачи – оказание надлежащей качественной помощи пациенту с адекватным результатом. Такими элементами являются правила информирования пациента и ведения врачебной документации. Как показал анализ, именно их отсутствие тягостит процесс обязательного взаимодействия и взаимопонимания между врачом и пациентом, нередко становится самостоятельным источником конфликтов.

«Основы законодательства об охране здоровья граждан» предусматривают право пациента на получение информации о предстоящем лечении, а федеральный закон «О защите прав потребителей» требует обязательного доведения до граждан специальных правил, обеспечивающих безопасное оказание услуг (работ), возможность правильного выбора. Названные положения непосредственно касаются оказания медицинской помощи поскольку Гражданский кодекс РФ признает эту помощь возмездной медицинской услугой.

По материалам реальных судебных исков к стоматологам нам сложно сделать полноценный анализ существующих в практике врачей-стоматологов правовых ошибок и их причин. Однако даже небольшая статистика, приводимая в табл. 6.2, позволяет заметить важные особенности. Оценивая гражданские иски к стоматологам, следует отметить, что количество судебных исков к стоматологическим ЛПУ государственной и муниципальной собственности больше, чем к частным структурам.

Таблица 6.2. Гражданские иски к ЛПУ стоматологического профиля к врачам – стоматологам Хабаровского края

Годы	К стоматологическим учреждениям разных видов собственности		К специалистам стоматологического профиля			Всего
	государственная	частная	терапевты	ортопеды	хирурги	
2002	3	1	1	3	–	4
2003	7	4	2	8	1	11
2004	8	4	3	7	2	12
Итого	18	9	6	18	3	27

Несмотря на то, что в ДВФО количество частных стоматологических структур превышает количество государственных и муниципальных стоматологических учреждений в несколько раз, последние, как правило, крупнее и обслуживают значительно большее количество пациентов, как следствие – риск возникновения конфликтных ситуаций у них существенно выше. Следует отметить и то, что в частные фирмы обращаются искусственные потребители, которые чаще чем другие сталкиваются с договорными

отношениями и имеют опыт общения с недобросовестными поставщиками, в том числе и в судах.

Кроме того, в муниципальных стоматологических поликлиниках работает достаточно разные категории сотрудников, отличающихся по возрасту, профессиональной и психологической подготовке, по отношению к своей специальности как к продаваемой услуге и т. д. Достичь снижения правовых ошибок в такой ситуации можно только при постоянной работе персонала ЛПУ с юристами и психологами, повышая значимость проблемы взаимоотношений между производителем и потребителем стоматологических услуг. Особенно важна такая работа с «возрастными» врачами-стоматологами муниципальных ЛПУ, которые нередко испытывают синдром «профессиональной усталости». Следует отметить, что претензии чаще всего возникают к стоматологам в возрасте старше 40 лет.

Немаловажной причиной относительно небольшого количества судебных исков к частным стоматологическим клиникам является стремление последних решить проблемы на досудебном этапе (до 2/3 всех потенциальных судебных исков). В то время как муниципальные учреждения зачастую продолжают находиться в состоянии «социалистических иллюзий» – когда доминировала идеология «патернализма». Всё что делал врач государственной системы здравоохранения, с трудом подвергалось критике, экспертным оценкам и т. п. Пациент в такой системе должен был слепо выполнять указания врача. Естественно, что о возмещении материального, а тем более морального ущерба в то время вопрос, как правило, и не ставился. Следует отметить, что в настоящее время сумма возмещения морального вреда для пациента, как правило, является более значимой и принципиальной.

Особенностью существующих судебных исков к врачам-стоматологам является преобладание претензий к ортопедам по сравнению с другими стоматологическими специальностями и это не случайно. Ортопедическая помощь обычно является конечным звеном в комплексной технологии стоматологической помощи, и врачи-ортопеды невольно становятся ответственными не только за свои огрехи, но и за ошибки своих коллег – стоматологов гигиенических, терапевтов и хирургов. Возможна такая тенденция вызвана та же объемностью и значительностью ортопедических работ, как в стоимостном отношении, так и в отношении клинических изменений в процессе лечения. В случае неудовлетворенности качеством лечения пациент не хочет «терять» значительные суммы и обращается в суд.

Избежать подобной ситуации можно при выполнении обязательного требования – наличия комплексного плана лечения и комплексного подхода к стоматологическим заболеваниям конкретного пациента в соответствие с утвержденными в законодательном порядке протоколами (стандартами).

Проведенный нами анализ актов комиссионных экспертиз позволил выявить основные недостатки и ошибки в работе врачей-стоматологов, обуславливающие развитие осложнений и как их следствие конфликтных ситуаций. К ним можно отнести:

- отсутствие полноценного обследования зубочелюстной системы.
- необоснованное расширение показаний к изготовлению несъемных конструкций.
- изготовление встречных несъемных мостовидных протезов (одновременное протезирование зубов-антагонистов).
- изготовление консольных мостовидных протезов при отсутствии показаний.
- отказ от использования временных кап и временных пластиночных протезов и др.

В более чем 40% гражданских судебных исков выявлено отсутствие правильного и полноценного обследования пациентов до начала лечения. Отмечено нами, например, отсутствие панорамных рентгенограмм и прицельных снимков опорных зубов, диагностических моделей, томографии ВНЧС даже при симптоматических жалобах пациентов. Наиболее типичным является отсутствие рентгенологического исследования опорных зубов и тканей пародонта перед началом и в процессе лечения (более 80% случаев ненадлежащего оказания стоматологических услуг). Отсутствие рентгенологического исследования до начала лечения повышает степень риска развития осложнений за счет использования в качестве опорных недолеченных или неправильно леченных зубов. При комиссионной экспертизе такие осложнения были обнаружены более чем в 25% случаев.

Как правило, на этапах лечения отсутствуют контрольные исследования, которые крайне желательны для обеспечения качества лечения и снижения риска возможных осложнений.

Расширение показаний к применению несъемных конструкций и несоблюдение противопоказаний к их использованию приводят к риску развития патологических процессов в пародонте опорных зубов вследствие их перегрузки и как следствие риску утраты зубов.

Профилактика правовых ошибок требует анализа не только количественной, но и содержательной стороны судебных исков. По нашим данным, более половины их связаны с объективными сложностями лечения. Здесь, помимо высокопрофессиональных знаний и умений, в профилактике правовых ошибок, большое значение имеет комплект медицинской документации и соблюдение правил его оформления.

Анализ случаев ненадлежащего оказания стоматологической помощи в регионе позволяет нам сделать заключение о том, что основными причинами развития конфликтных ситуаций на почве неудовлетворенности пациентов являются:

- ненадлежащее качество оказанных стоматологических услуг в результате несоблюдения принципов обследования и диагностики зубочелюстной системы до начала лечения и недостаточность контрольных мероприятий на его этапах, несоблюдения известных правил проведения врачебных манипуляций;
- несоблюдение деонтологических принципов, отсутствие налаженных взаимоотношений с пациентом, направленных на достижение положительных результатов, несоблюдение принципа информирования пациента.
- недостатки в ведении врачебной документации, не позволяющей судить о полноте и структуре проведенных диагностических, лечебных, контрольных и реабилитационных мероприятий. В частности, судебно-медицинской экспертизе не удалось документально подтвердить возможную правильность действий врачей почти в ¼ случаев.

Однако далеко не всегда жалобы и претензии пациентов в различные инстанции и даже в судебные органы имеют под собой реальное основание, тем более связаны с ошибками врачей-стоматологов. Так, среди исков, разбиравшихся в судах региона, около трети составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, чаще всего страдающих эмоциональными расстройствами. Такие дела очень трудно разрешимы, могут порой рассматриваться годами.

В то же время врачами-стоматологами не учитываются и не используются факторы, способные защитить их как в случаях обоснованных, так и необоснованных претензий.

Врачи-стоматологи пока еще мало знакомы с правовыми основами оказания медицинской помощи, в частности нормами информирования пациентов и ведения врачебной документации и т. п.

6.3. Современные задачи реализации технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики

Нереализованной до настоящего времени задачей, которая сдерживает развитие общей врачебной практики в региональной стоматологии, является нормативно-правовая неразбериха регламента специальности и отсутствие отработанных технологических моделей ее организации. Несмотря на множество рекомендаций зарубежных специалистов, очевидна бесперспективность их использования на Дальнем Востоке России в связи с особенностями социально-экономических условий региона и инертность управляющих структур отрасли.

Задача первая – подготовка стоматологов. Сегодня отечественная стоматология стоит на пороге создания нового государственного образовательного стандарта по специальности 040400 – Стоматология, главной задачей которого на современном этапе является подготовка конкурентоспособного высококвалифицированного специалиста широкого профиля для работы в ЛПУ первичного уровня. Его подготовка должна учитывать распространенность и течение болезней полости рта и зубов, региональные потребности и состояние системы стоматологической помощи населению. Причем выпускник должен владеть новейшими технологиями в сфере диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

Совсем недавно МЗ РФ совместно со СтАР разработали Концепцию совершенствования стоматологического образования в России, сутью которой является создание единой интегративной структуры подготовки специалистов службы. В результате предлагаемой реформы должна быть упорядочена номенклатура стоматологических специальностей в соответствии с уровнями образовательного процесса. Введение должности врача стоматолога общей практики после окончания интернатуры – один из шагов по реализации концепции. Сложившаяся практика выпуска вузами специалистов с узкой специализацией (терапевт, ортопед, хирург и пр.) сегодня не отвечает требованиям регионального здравоохранения с позиции этапности оказания стоматологической помощи и качества, оказываемых молодыми специалистами услуг. Кроме этого, руководители отрасли справедливо считают, что с развитием рыночных отношений и расширением негосударственного сектора в стоматологии будут больше востребованы стоматологиче-ские универсалы.

Пересмотр учебных программ в соответствии с новой образовательной доктриной на стоматологическом факультете ГОУ ВПО Дальневосточный государственный университет уже начат. По оценкам главных специалистов территорий ДВФО для удовлетворения потребности в кадрах врачей стоматологов общей практики с учетом возможностей существующих клинических учебных баз необходим ежегодный выпуск до 120–140 врачей-интернов.

Вместе с тем подготовка врача-стоматолога общей практики проводится в условиях жесткого лимита времени. Большая распространенность заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и челюстно-лицевой области требует

усиления терапевтической стоматологической подготовки врачей общего стоматологического приема, особенно в сельской местности, где наиболее выражена нехватка узких специалистов-стоматологов и значительно снижен объем стоматологической помощи населению.

Большой стаж практической работы врача на сегодняшний день не всегда является залогом успешного завершения процесса лечения той или иной патологии. Развитие и совершенствование технологических процессов в материаловедении, развитие нанотехнологии, появление новейших методик и материалов в лечении широкого спектра стоматологических заболеваний не всегда позволяет практическим врачам следить за новинками, регулярно появляющимися на рынке стоматологических материалов. Основной объем новой подробной информации врачи получают на кафедрах стоматологии факультета последипломного образования.

Последипломное образование играет огромную роль для повышения врачебной квалификации путем прохождения предаттестационных циклов и циклов тематического усовершенствования по различным узким разделам специальности. На таких курсах врачам практического здравоохранения должна быть предоставлена возможность ознакомления с новейшими достижениями в материаловедении, современными методиками и технологиями применения тех или иных материалов и препаратов. Все это требует перестройки содержательной базы образовательного процесса при сохранении традиционных, классических, методов подготовки врачей-курсантов.

Эффективное решение этой задачи в значительной мере определяется степенью индивидуализации педагогического воздействия. В свою очередь индивидуальное воздействие педагога осуществимо лишь при условии активной ответной реакции врача – курсанта. Только обоюдное участие в процессе педагога и обучающегося, когда возникает замкнутый контур обмена информацией, позволяет добиться эффективности педагогических процессов. Учебная деятельность, как и любая другая, является целенаправленной. Она тем продуктивнее и эффективнее, чем активнее обучающейся. Активность курсантов значительно повышается, если они совершенствуются в использовании полученных знаний для решения тех или иных практических задач. Следовательно, задача обучения врача общей стоматологической практики на кафедрах факультета последипломного образования состоит в том, чтобы подготовить его к решению конкретных задач, возникающих в повседневной практической деятельности. Для этого используются различные способы подачи информации: лекции, практические занятия, самостоятельная работа в библиотечной сети и с использованием современных коммуникационных систем. Самостоятельная работа курсантов в современных условиях обучения предполагает широкое и всестороннее использование компьютерных технологий. Такие технологии дают возможность радикальным образом изменить и активизировать методы ведения учебного процесса. При этом базу технологии активного обучения определяют комплексы дидактического, программного и технологического обеспечения¹⁰³.

Задача вторая – подготовка кадров для обеспечения работы врача-стоматолога. Анализ ситуации в ЛПУ региона, где реализуется технология врача-стоматолога.

¹⁰³ Азаров А. В., Трофимец Е. К., Агафонова Г. Ю. Особенности последипломного образования врача-стоматолога общей практики в условиях реформирования высшего медицинского образования и переходе к европейским стандартам здравоохранения.

га общей практики показывает, что существуют проблемы далеко за пределами высшей стоматологической школы – это подготовка младшего и среднего персонала для работы в стоматологическом модуле первого уровня. Не претендуя на исчерпывающие ответы, позволим себе сформулировать некоторые принципы, на которых вероятно должна базироваться система их подготовки.

Прежде всего, это единая, ступенчатая структура подготовки младшего, среднего медицинского и врачебного персонала. Недостаточное внимание подготовке медицинских сестер осуществляющих работу с врачом по технологии в 4 руки, недооценка значимости уровня подготовки медицинских регистраторов могут стать тем организационным пробелом, который не позволит выполнить качественно ни один стандарт лечения.

Внедрение в обучение врачей практических компонентов на самых ранних этапах, сочетание знания и мануальных навыков, умения. Изложение базовых предметов в четкой координации как друг с другом, так и с клиническими предметами, отказ от излишней академичности обучения перенося значительную часть подготовки специалистов на площадку университетской стоматологической клиники.

В основу предлагаемой системы могла бы быть положена система образования всех специалистов, работающих в первичной стоматологии, в одном учебном заведении – стоматологическом институте в рамках Государственного медицинского университета с последовательным получением квалификации: ассистента стоматолога (медсестры), гигиениста стоматологического (зубного врача), стоматолога общего профиля и стоматолога-специалиста. Обучение на всех этапах должно представлять собой теснейший сплав теории и практики. При этом в ходе практики, являющейся полноценной оплачиваемой работой, студент последовательно осваивает медицинские специальности, начиная от санитара и далее до врача включительно (на высших ступенях обучения). Получаемая зарплата дополняет стипендию. На любой стадии студент вправе завершить (или прервать) обучение и начать работать сообразно приобретенной квалификации. При желании он может продолжить образование, поступив на следующий курс (при перерыве в обучении до 3 лет) либо на повторный курс (при перерыве более 3 лет).

Рассматриваемая схема подготовки специалистов стоматологического профиля предполагает обучение врача-стоматолога общей практики в течение шести лет, гигиениста стоматологического – четырех, ассистентов стоматолога – трех. Перевод на каждую следующую ступень производится на конкурсной основе с учетом балльно-рейтинговой системы за предыдущие годы обучения.

Зубные техники в рамках данной системы первые два года учатся на общих основаниях, а затем переводятся на специализированное отделение, на котором следующие два года осваивают «тонкости» избранной ими специальности. Врачи со своей стороны более углубленно, чем это принято в настоящее время, изучают лабораторные этапы протезирования, что в дальнейшем позволит им избежать многих ошибок при планировании ортопедического лечения и поможет легче находить общий язык с зубными техниками.

Врач, получивший квалификацию стоматолога общей практики, обязан отработать в этом качестве не менее 3 лет, после чего может пройти специализацию, сопровождающуюся написанием дипломной работы и завершающуюся присвоением ему степени бакалавра медицины. В отношении людей, решивших посвятить себя углубленному изу-

чению специальности, такая постановка вопроса соответствует потребностям системы здравоохранения Дальневосточного региона.

Задача третья – разработка методологических подходов к развитию института врача-стоматолога общей (семейной) практики¹⁰⁴ на основании анализа причин и факторов затяжного характера внедрения в систему оказания стоматологической помощи в дальневосточном регионе. Проведенный анализ показал, что одной из важнейших причин является экономическая ситуация в регионе. Однако недостаточное финансирование здравоохранения как отрасли в целом сыграло свою отрицательную роль, но, тем не менее, имело и положительное значение, поскольку явилось стимулом для поиска новых форм оказания стоматологической помощи, в частности, развития ресурсосберегающих технологий, к числу которых относится система общей врачебной (семейной) практики.

В последнее время стал ощущаться недостаточный уровень обеспеченности стоматологической помощью как отрасли в плане законодательных и правовых актов, таких как, введение в номенклатуру специальности «врач-стоматолог общей практики», что явилось серьезным тормозом в проведении реформирования отрасли. Вышедшие в 2007 и 2008 году два приказа МЗ РФ о внесении изменений в номенклатуру врачебных должностей, к сожалению, не «расставили все точки над И...»

Нами были проработаны медико-организационные модели общей врачебной практики, которые формировались с учетом необходимости выполнения ряда организационных мероприятий. Для решения поставленной задачи с учетом реальной готовности учреждений и врачей-стоматологов к работе в новых экономических условиях исходили из необходимости системного подхода к решению проблемы, который предполагал, что объемом разработки должна быть система стоматологической помощи¹⁰⁵.

В связи с этим в процессе исследования была проведена разработка нескольких медико-организационных моделей оказания стоматологической помощи в условиях поэтапного перехода к общей врачебной (семейной) практике в стоматологии. Это позволило установить объем и характер деятельности врачей-стоматологов общей (семейной) практики, определить новую роль таких врачей, предложить нормативы врачебных кадров в условиях различных форм финансирования стоматологической помощи.

Многолетняя ориентация стоматологической помощи на узкую специализацию привела к созданию достаточно сложной системы амбулаторно-поликлинического обслуживания населения. Она складывалась из стоматологического обслуживания по 5 стоматологическим специальностям: терапевт, хирург, ортопед, ортодонт, детский стоматолог. В результате врач-стоматолог превратился в узкого специалиста, а у населения не стало врача, который отвечал бы за его стоматологическое здоровье.

Реформирование здравоохранения предполагает внедрение института врача-стоматолога общей (семейной) практики, который должен быть ориентирован на одновременное оказание помощи при наиболее распространенных стоматологических заболеваниях (включая педиатрию) и хирургического плана.

¹⁰⁴ Нимаев Б.Ц. Медико-организационные модели перехода к общей врачебной (семейной) практике в стоматологии // Проблемы управления здравоохранением, 2007.-N 2.-С.48–51.

¹⁰⁵ Гуров А.Н., Нимаев Б.Ц. Решение стоматологических проблем в системе общей врачебной практики за рубежом // Российский стоматологический журнал, 2006.-N 4.-С.39–40.

Для этого необходимо усовершенствовать систему базовой и особенно последипломной (профессиональной) подготовки кадров для общей врачебной (семейной) практики, что требует проведения широких теоретических и научных исследований по разработке новых организационных моделей деятельности стоматологической службы на принципах общей врачебной (семейной) практики, а также разработки принципов взаимодействия ее с другими службами.

Общественное мнение о необходимости реформы стоматологической службы в здравоохранении в виде общей врачебной (семейной) практики в основном сформировалось. Однако встала проблема определения этапов и моделей перехода к такой практике и, что очень важно, кадрового обеспечения. Данная проблема чрезвычайно сложна и многоаспектна, поскольку касается нормативной базы медицинской помощи.

С учетом важности преодоления тенденции к экстенсивному росту врачебных кадров, занятых на амбулаторно-поликлиническом приеме, уже при формировании базовой программы обязательного медицинского страхования граждан России была предусмотрена необходимость интенсификации ресурсного обеспечения. В условиях перехода к общей врачебной практике на основе структурной и медико-организационной перестройки системы стоматологической помощи возможно уменьшение числа посещений к врачам за счет сокращения дублирования в работе врачей-стоматологов общей практики и врачей-специалистов.

При формировании концептуальных моделей ресурсного обеспечения стоматологической помощи учитывались результаты исследований последних лет по обоснованию путей и организационных форм перехода к общей врачебной (семейной) практике в стоматологии, проведенных в ряде регионов страны.

Требования системного подхода к реформированию службы предусматривают охват всех специальностей врачей-стоматологов, ведущих прием населения. Это обусловлено тем, что формирование приема общей (семейной) врачебной практики сопровождается сокращением посещаемости к врачам-стоматологам узких специальностей. Одновременно это влечет за собой изменение нагрузки врачей всех этих групп специальностей.

Фактически у врача-стоматолога общей (семейной) практики формируется «смешанный прием» пациентов, что влияет на его удельные трудозатраты. При этом следует учесть, что происходит сокращение объемов помощи у других врачей-стоматологов в бюджетном учреждении в связи с частичным устранением дублирования в работе врачей общей практики и врачей с узкой специализацией. Нами была проведена также проработка модели врача-стоматолога общей практики, предусматривающей передачу среднему медицинскому персоналу определенных объемов деятельности врача. При разработке ресурсных моделей основным использованным нами методом, помимо традиционных (статистического, нормативного), явилось моделирование на основе метода компонентов.

Методической основой разработки ресурсных (кадровых) моделей перехода к общей врачебной практике явилось проведение структурного анализа посещаемости населением врачей-стоматологов узких специальностей¹⁰⁶. При этом использовали как

¹⁰⁶ Вагнер В.Д., Нимаев Б.Ц. Концептуальные основы дальнейшего развития общей (семейной) практики в стоматологии // Институт стоматологии, 2005.-N 4.-С.20–21.

собственные разработки в обследованных регионах, так и результаты выполненных в последнее время научных исследований по обоснованию организационных основ перехода стоматологической помощи к общей врачебной практике. На основе метода структурного анализа различных организационных форм были выделены отдельные компоненты лечебной, диспансерной и профилактической деятельности врачей-стоматологов, что позволило смоделировать различные варианты перераспределения объемов врачебной деятельности между различными категориями медицинских работников (врач, медсестра, гигиенист)¹⁰⁷. Это легло в основу обоснования объемных показателей деятельности врачей разных специальностей и определения потребности во врачах-стоматологах общей практики для обеспечения ею в условиях оптимальной функции врача-стоматолога общей практики и врачей узких специальностей в муниципальной стоматологической поликлинике и формирования различных моделей перехода к системе общей врачебной практики.

Задача четвертая – разработка нескольких вариантов перехода не технологию врача-стоматолога общей практики. Проведенный статистический и сравнительный анализ существующей системы стоматологической помощи позволил сделать вывод о недостаточной эффективности деятельности этой службы в регионе. Поэтому при разработке моделей кадрового обеспечения технологии врача-стоматолога общей (семейной) практики была предусмотрена необходимость выхода стоматологической службы на интенсивные схемы ее развития.

Модели кадрового обеспечения общей врачебной практики в стоматологии предлагаются с учетом необходимости реализации следующих организационных решений:

- Передача врачу-стоматологу общей практики от врачей – узких специалистов (в основном стоматологов-терапевтов) определенных видов медицинской помощи – диспансерной и профилактической, которые могут быть им выполнены на основе результатов научных исследований по изучению работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях. За высококвалифицированными специалистами в центрах, институтах, на кафедрах остаются лишь консультативные функции и ведение ограниченного круга пациентов, требующих специальных методов диагностики и лечения (со сложной соматической патологией и перманентным течением заболеваний, например, слизистой оболочки полости рта).

С этой целью следует провести моделирование объемов передаваемых видов помощи с учетом закладываемых в модель концепций и реализуемых с учетом компонентов деятельности врачей разных специальностей.

- Перевод платных услуг на разные виды деятельности врача-стоматолога общей практики, а также предоставление услуг «сервисного характера» – обслуживание на дому без соответствующих показаний, выполнение дополнительных консультаций у других специалистов, вызванных необходимостью по состоянию здоровья пациентов.

Понимая невозможность одномоментного перехода на систему врача-стоматолога общей (семейной) практики, было рассмотрено несколько типовых моделей общей врачебной практики, которые могут быть реализованы поэтапно, по мере создания на

¹⁰⁷ Сагина О.В. О состоянии и перспективах семейной стоматологии в России // Медицинская помощь, 2006.- N 2.-С.7–9.

Дальнем Востоке в ЛПУ стоматологического профиля соответствующих условий. При разработке моделей общей врачебной стоматологической практики учитывались разные составляющие такого перехода, в том числе экономические.

6.4. Экономические аспекты становления и развития института врача-стоматолога общей (семейной) практики

Современная система здравоохранения большинства стран мира основывается на двух концепциях¹⁰⁸.

Первая концепция – это концепция факторов риска, которая основана на том, что здоровье зависит не только от развития здравоохранения, но и от образа жизни, экологии и наследственности. Стратегическим направлением данной концепции является укрепление здоровья и профилактика болезней.

Вторая концепция связана с повышением эффективности управления системой здравоохранения и определяется экономической эффективностью, медицинской и социальной результативностью. Одним из основных факторов повышения структурной эффективности системы здравоохранения в нашей стране является реализация концепции оказания медицинской помощи в первичном звене при ведущей роли в ее развитии службы врача общей практики, для чего разрабатываются клиничко-экономические модели управления.

Первичная медико-санитарная помощь является средством сбалансирования двух целей системы здравоохранения, а именно: оптимизация здоровья и установление равенства в распределении ресурсов. Она является основной помощью, одинаково предоставляемой каждому. Она решает наиболее общие проблемы людей, обеспечивая профилактику, лечение и реабилитацию для максимального улучшения здоровья и повышения благополучия. Она объединяет различные формы помощи при наличии нескольких проблем, связанных с состоянием здоровья, имеет дело с заболеванием в целом, а также влияет на отношение людей к состоянию своего здоровья. ПМСП является тем уровнем оказания помощи, на котором организуются и рационально используются все ресурсы, как базовые, так и специализированные, направленные на пропаганду, поддержание и улучшение здоровья населения¹⁰⁹.

По мере накопления знаний врачи стали на путь еще большей специализации из-за невозможности знать всё о всех типах заболеваний. Поэтому, мы наблюдаем такую тенденцию во многих странах, когда медицинские профессии становятся все более фрагментированы, характеризуются сужением интересов и снижением компетенции при лечении конкретных типов болезней. В некоторых странах наблюдается больше врачей-специалистов, чем участковых врачей или врачей общей (семейной) практики. ВОЗ признала, что такое положение часто ведёт к нежелательным последствиям:

- Одно из них связано с тем фактом, что специализированная стоматологическая помощь требует больше ресурсов, чем первичная стоматологическая помощь, в связи с тем, что для сохранения жизни и здоровья серьезно больных людей используется

¹⁰⁸ Нимаев Б. Ц. Методико-логанизационные модели перехода к общей врачебной (семейной) практике в стоматологии/ПРОлемы управления здравоохранением, 2007.-N 1.-С.48–58.

¹⁰⁹ Сагина О. В. Профилактика – важное направление в работе семейного врача-стоматолога // Здравоохранение, 2007.-N 1.-С.49–50.

больше дорогостоящих технических средств, чем для реализации и финансирования программ, предотвращающих болезни.

- Более того, требуемые ресурсы для высокотехничной специализированной стоматологической помощи конкурируют с ресурсами, необходимыми для обеспечения базовых услуг, особенно для огромного числа людей, неспособных платить за них.
- Система стоматологической помощи, ориентированная на врачей-специалистов, сталкивается еще с одной проблемой: специализация угрожает целям равенства. Ни одно общество не обладает неограниченными ресурсами для обеспечения равнодоступности стоматологических услуг. Специализированная помощь стоит дороже, чем первичная стоматологическая помощь, и по этой причине ее может не оказаться, когда она необходима, кроме того, она может быть менее доступна для отдельных лиц, не имеющих возможности оплатить ее.
- Хотя тенденция к специализации, основанная на новейших знаниях, может обеспечить высокоэффективное лечение отдельных стоматологических заболеваний, вряд ли она обеспечит высокоэффективную помощь обычным пациентам. Причина заключается в том, что специализация, ориентированная на лечение болезни, не может сама по себе максимизировать выгоды в области стоматологии и оказать положительный эффект на состояние стоматологического здоровья населения.
- Кроме того, для пациента очень важно чтобы в системе имелся врач, который был бы ответственен за стоматологическое здоровье всей семьи в целом и за здоровье ее отдельных членов не зависимо от возраста и пола. А так же, при необходимости обращения за узкоспециализированной помощью, у пациента имелся бы в лице врача-стоматолога общей практики консультант и советник по выбору клиники, специалиста, технологии, а так же ценовым и качественным характеристикам услуг, которые пациент собирается приобрести.

Характерными признаками общей (семейной) медицины являются¹¹⁰:

- всеобщность (помощь оказывается каждому человеку независимо от возраста, пола, социальной принадлежности, расы и религии и при этом ни одна жалоба пациента не может быть оставлена без внимания);
- доступность (минимальный срок ожидания приема);
- интегрированность (сочетание профилактической, лечебной и реабилитационной помощи);
- постоянная основа (медицинская помощь оказывается в течение жизни каждого члена семьи);
- бригадный подход (семейный врач должен консультироваться по другим медицинским проблемам пациента с высококвалифицированными специалистами);
- целостность подхода (медицинские проблемы членов семьи должны рассматриваться в плане физического здоровья, психологических и социальных перспектив);
- персональный подход (ориентация прежде всего на личность пациента, затем – на его заболевание, что обеспечивает успешность социального контакта врача с пациентом);

¹¹⁰ Старфилд Б. Концепции первичной помощи. Оценка и политика/Изд. Оксфордской университетской прессы., – 2002. Оксфорд.

- ориентированность на семью в целом (ее медицинские проблемы и социальные контакты);
- ориентированность на обслуживаемый контингент населения данного региона (рассмотрение состояния здоровья членов семьи в контексте местных условий жизни с учетом медико-санитарных проблем);
- скоординированность (связь с другими медицинскими службами для направления члена семьи на лабораторное обследование, для информирования о имеющихся службах, координации назначений других медицинских специалистов);
- доверительность (соблюдение полной конфиденциальности сведений о состоянии здоровья каждого члена семьи и семьи в целом);
- адвокатская функция (семейный врач выступает в роли своеобразного адвоката по всем вопросам здоровья членов семьи при взаимодействии с другими медицинскими специалистами).

Критерии, используемые для оценки результативности первичной медико-санитарной помощи

- Зависит ли степень удовлетворения пациентов, а также лучшее решение проблемы от удовлетворительного уровня оказываемой помощи во время первого посещения врача?
- Связана ли полнота охвата с различными схемами пользования услугами, со снижением новых обострений болезни или более быстрым разрешением проблем?
- Связана ли координация с уменьшением общего уровня пользования услугами, с лучшим пониманием и более активным участием пациента в оказываемой ему помощи и более быстрым разрешением проблемы с уменьшением количества новых проблем?
- Помогает ли первичная помощь пациентам быстрее вернуться к оптимальным уровням своей деятельности, комфорту и удовлетворению своим здоровьем, и способствует ли она людям в восстановлении своего полного потенциала и достижения максимальной стойкости при угрозах их здоровью?
- Обеспечивает ли первичная помощь лучшее состояние здоровья, которое можно оценить с помощью заданных результативных показателей?
- Получают ли пациенты лучшее обслуживание через систему здравоохранения, официально организованной в виде системы первичной помощи, вторичной помощи и третичной помощи, чем через систему, позволяющую пациентам выбирать «узкого специалиста», каждый раз когда у них возникает потребность в медицинской помощи?

В стоматологии, как ни в каком другом разделе медицины, в XX веке произошла сверхспециализация врачей-стоматологов по видам стоматологической помощи населению, что привело к отчуждению врача от пациента, который ждет от него понимания, сочувствия и моральной поддержки. В полной мере это может быть реализовано только через институт семейного врача-стоматолога.

Более того, с врачом-стоматологом общей (семейной) практики связана возможность минимизировать расходы на каждого конкретного пациента, так как семейный врач-стоматолог, зная проблемы здоровья в семье, связанные с факторами риска развития стоматологических заболеваний, проводит целенаправленную и контролируруемую

профилактическую работу в конкретной семье. На сегодня установлено, что большинство пациентов, находящихся под систематическим наблюдением семейного врача-стоматолога, отмечают сокращение финансовых расходов на лечение. В связи с этим модель развития стоматологической помощи на принципах семейной медицины может рассматриваться как наиболее экономически выгодная форма лечения и профилактики стоматологических заболеваний, и может сегодня использоваться не только государственными медицинскими учреждениями, но и частными структурами.

Становление и развитие института врача-стоматолога общей (семейной) практики в России базируется на основном нормативном документе, обозначившем инновационную технологию в отечественном здравоохранении, – приказе МЗ РФ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» № 237 от 28.08.1992. Это означает, что семья становится основным объектом медицинской помощи. Для подготовки врачей общей (семейной) практики во многих медицинских учебных учреждениях были организованы соответствующие кафедры.

Сектор стоматологической помощи населению является наиболее массовым сектором системы здравоохранения. Однако на сегодня отсутствуют экономические модели управления и развития этого сектора при становлении института врача-стоматолога общей (семейной) практики. Очевидно, что в переходный период развития общей врачебной практики в стоматологическом секторе необходимы государственная и правовая поддержка, новые принципы финансирования и повышение ответственности населения за свое здоровье.

После выхода постановления Правительства РФ № 550 от 21.07.2001 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» можно считать, что развитие института врача-стоматолога общей (семейной) практики получило государственную поддержку. Это открывает возможности для изменения финансовых потоков для ускоренного становления и развития института врача-стоматолога общей практики.

Вопросы финансирования являются одними из главных при становлении любого института. В настоящее время расширение прав и возможностей руководителей медицинских учреждений позволяет им опираться на современные рыночные механизмы управления. Поэтому доходы врачей-стоматологов, работающих по семейному принципу, в условиях обязательного медицинского страхования должны быть дифференцированными, а именно формироваться, как по подушному принципу, так и по результатам объема производства стоматологических услуг с учетом их сложности и качества. Последнее может зависеть от наличия замечаний экспертных служб страховых компаний к качеству стоматологических услуг. Это повышает материальную заинтересованность врача.

При дальнейшем развитии института врача-стоматолога общей (семейной) практики страховые компании могут обеспечивать своей финансовой поддержкой процесс перехода стоматологических учреждений в учреждения, работающие по семейному принципу. Из всего этого следует, что экономические регуляторы являются определяющими в становлении и развитии института врача-стоматолога общей (семейной) практики.

На фоне опережающего развития промышленного и экономического потенциала Дальнего Востока России в XX веке, наблюдался дисбаланс в виде отставания объек-

тов социальной сферы, особенно отрасли здравоохранения. При планировании инфраструктуры здравоохранения региона сохранялся единый подход для всего государства в целом, что ставило отдаленные от центра субъекты федерации в весьма невыгодное положение (Акиншин Н.Н., Алимов Ю.П., 1984).

С одной стороны в отдаленных, северных и приравненных к ним районах этих территорий плотность населения была значительно меньше одного человека на квадратный километр, что требовало создания особой структуры и организации медицинской (стоматологической) помощи, не предусмотренной отраслевыми нормативами и стандартами. С другой стороны суровые климатические условия, слабая транспортная инфраструктура, нерешенные экологические проблемы, неравномерность расселения в сочетании с низкой плотностью, неадекватные условия труда и быта формировали более высокий уровень заболеваемости, инвалидизации, смертности пришлого населения (Diatchenko V.G. et al., 1992).

Эти особенности региона требовали особых подходов к планированию системы стоматологической помощи, разработки и реализации иных, чем в России в целом, типов организационных технологий различным категориям населения. В конечном итоге формировались дополнительные затраты, не предусмотренные существовавшими нормативами финансирования отрасли (Кравченко Н.А., 1996, Щепин О.П., Таранов А.М., 2000).

Развитие отрасли здравоохранения ДВФО и сферы производства стоматологических услуг в XXI веке должно основываться на тщательно выверенных прогнозах, как экономического и социального развития региона, на прогнозировании уровней заболеваемости, инвалидности и смертности, что предопределяет уровни потребления медицинской (стоматологической) помощи различных групп населения.

Разработка прогнозов (сценариев) развития региональной стоматологии

Разработка прогнозов развития региональной системы стоматологической помощи населению состоит из трех этапов.

Первый этап. Разработка региональных сценариев развития стоматологии соответствующих территорий на основе анализа социально-экономической ситуации в регионе за предыдущий период и данных среднесрочного прогноза.

Второй этап. Разработка предварительного варианта основных показателей прогнозов стоматологии субъекта РФ. При этом осуществляется анализ тенденций развития, оценка степени их обоснованности и достоверности.

Третий этап. Разработка уточненных показателей прогноза развития стоматологии субъекта РФ (с учетом оценки социально-экономической ситуации региона в текущем году, вариантов стабилизации развития отрасли здравоохранения и региональной стоматологии, а так же с учетом уточненных сценарных условий функционирования региональной экономики и индексов-дефляторов цен, определенный Минэкономики РФ).

Объемные показатели региональной стоматологии составляют услуги ЛПУ стоматологического профиля. Учитываются показатели ЛПУ, оказывающих рыночные (хозрасчетные) услуги, определяется размер выручки от реализации этих услуг.

Прогнозный выпуск рыночных услуг (в постоянных ценах) может определяться:

- дефлятированием прогнозного выпуска (в текущих ценах) прогнозными индексами потребительских цен на соответствующие виды услуг;

- экстраполяцией выпуска (в текущих ценах) базисного года по соответствующим прогнозным индексам физического объема: численности обслуженных больных, произведенным стоматологическим услугам, числу УЕТ и т. п.

Выпуск нерыночных услуг стоматологии определяется в размере текущих затрат (по элементам) ЛПУ, предоставляющих эти услуги, включая потребление основного капитала. Основными элементами промежуточного потребления (текущих затрат) в ЛПУ стоматологического профиля являются расходы на медикаменты и средства медицинского назначения, белье и спецодежду, а так же хозяйственные расходы. Для оценки текущих затрат в постоянных ценах могут использоваться прогнозные индексы розничных цен на медикаменты, хозяйственные расходы и пр.¹¹¹

В условиях все большего влияния экономических механизмов на управление стоматологией сегодня с высокой долей определенности необходимо ответить на два ключевых вопроса: насколько востребован стоматолог широкого профиля в отрасли здравоохранения Дальнего Востока России и готов ли сегодня образовательный сектор отрасли удовлетворить существующую потребность?

Стратегия определения приоритетов финансирования охраны здоровья населения складывается из достижения прогнозируемых атрибутов здоровья и экономических эффектов, т. е. формирование принципов достижения максимальных результатов при минимизации затрат. В качестве примера можно привести результаты инвестирования профилактики вакциноуправляемых инфекций у здоровых детей. При финансировании программ профилактики краснухи, на один вложенный доллар получается семь долларов экономии, связанной со снижением числа детей с врожденными пороками сердца, глаз и ушей и соответственно затрат на их лечение и содержание служб долговременного ухода¹¹².

По мере формирования последующих стадий заболевания уровень экономических эффектов на единицу вложенных финансовых ресурсов снижается. В частности, если не финансируются и не реализуются программы раннего выявления зубочелюстной патологии, а строятся высокотехнологичные челюстно-лицевые стационары, то на единицу вложенных финансовых ресурсов положительных экономических эффектов не наблюдается. То есть затраты высокие, а результаты минимальные за счет утяжеления стадий заболевания, что требует расширения объема оперативных вмешательств, повышения сложности и длительности терапии. В столице ДВФО, где имеется стоматологический факультет, ранее разрабатывались программы профилактики. Однако все действия свелись к формированию относительно замкнутой системы в Южном округе г. Хабаровска, которая более 15 лет назад была спроектирована деканом этого факультета доц. В. А. Вайлертом совместно с Католической службой милосердия (США).

Сегодня об этой программе остались лишь воспоминания. Пациенты представлять не имеют о профилактике кариеса зубов и болезней тканей пародонта, в частности, о гигиене рта, как основном профилактическом и лечебном действии. Высокая распро-

¹¹¹ Методические рекомендации к разработке показателей прогнозов социально-экономического развития субъектов Российской Федерации/Минэкономики РФ – Москва. – 2000.

¹¹² Приведены расчеты специалистов фирмы «Пастер Мерье Коннот» США, по программам профилактики внутриутробной краснухи (прим. авторов).

страненность и увеличивающаяся интенсивность стоматологических заболеваний указывают на актуальность проблемы массовой профилактики кариеса зубов и болезней тканей пародонта.

Социальное прогнозирование. Главным вопросом для успешного социального прогнозирования является знание конкретной потребности населения и необходимых для ее обеспечения ресурсов с учетом региональных особенностей (развития экономики и социальной сферы, плотности расселения, транспортных связей, наличной сети стоматологических ЛПУ и т. п.). Использование методологии социального прогнозирования в стоматологии, позволит с достаточной долей достоверности сформировать комплексные (материальные, кадровые, финансовые) нормативные критерии стоматологии исходя из конкретных социально-экономических условий территории.

Очевидно, что именно рынок с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью работников позволит перейти к системе нормирования и стимулирования труда по таким приоритетным направлениям и критериям, которые обеспечивали бы гарантированный уровень удовлетворенности потребностей населения в различных видах и объемах стоматологической помощи.

Контрольные задания и вопросы

1. Как лицензирование стоматологических ЛПУ первичного уровня содействует защите прав потребителей на получение качественных и безопасных услуг?
2. Укажите какое место может занимать аккредитация в системе контрольно-разрешительных мер.
3. Как соотносятся государственные и негосударственные ЛПУ в производстве стоматологических услуг?
4. Назовите основные проблемы производства стоматологических услуг ненадлежащего качества.
5. Назовите основные задачи по реализации перехода к производству стоматологических услуг в рамках технологии врача-стоматолога общей практики.
6. Перечислите возможные этапы развития технологии врача-стоматолога общей практики.

ГЛАВА 7

Организация стоматологического учреждения первичного уровня

Основное, что должно быть заложено в идеологию работы врача-стоматолога общей практики – это работа на конечный результат – то есть здоровье пациента. Но основополагающими принципами достижения такого результата должны стать прагматизм и эффективность. Если мы ждем от врача повышения качества и эффективности первичной лечебно-профилактической стоматологической помощи (наряду с профилактическими программами), то и оплата его труда, и престиж в обществе должны быть соответствующими. Врач-стоматолог, работающий по семейному принципу, должен также уметь координировать работу служб, способствующих сохранению, укреплению здоровья человека и проведению более эффективного лечебного процесса. Семейная стоматологическая практика представляет собой форму оказания первичной стоматологической помощи, при которой практикующий врач-стоматолог должен нести постоянную ответственность за обеспечение данной помощью своих больных. При этом данную помощь необходимо ориентировать на пациента в целом, на его проблемы, а не просто на лечение конкретных стоматологических заболеваний. Принцип деятельности такого врача – перенос акцента с лечебной работы на профилактическую, из стоматологического кабинета – в семьях своих пациентов.

Анализ содержания работы врачей-стоматологов общей практики в ЛПУ различных форм собственности в дальневосточном регионе показывает, что наибольшую долю в общем объеме трудозатрат занимает производство терапевтических видов услуг – 73,28%. Следующее место с большим отрывом занимают трудозатраты по производству ортопедических услуг – 15,12%. На третье место выходят трудозатраты по производству услуг хирургического плана – 5,35%, а следующие места в объеме трудозатрат в пределах около 1% занимает производство пародонтологических, ортодонтических и других услуг.

Важным параметром, характеризующим организацию работы врача-стоматолога, является соотношение первичных и повторных посещений пациентов. По нашим данным около 23,7% приходилось на первичные посещения врача-стоматолога общей практики, при этом непосредственно на производство услуг (лечебную работу) врач тратил более 75,85% своего рабочего времени в муниципальных ЛПУ и 86,73% в ЛПУ коммерческого сектора, а остальное время – на отдых, беседы с коллегами, прием пищи, курение и т. п.

Структурные изменения в службе стоматологической помощи населению региона ставят новые задачи перед специалистами управления, в частности, задачу по формированию подходов к стандартизации ЛПУ стоматологического профиля. По данным анализа, проведенного нами в 2000–2007 гг. стоматологическая помощь населению региона представляется в виде трехуровневой стандартизованной модели, где I уровень представлен стоматологическим учреждением в рамках структурно-организационного стандарта стоматологического модуля врача-стоматолога общей практики. Он является максимально приближенным к населению, приемлемым и доступным для всех. В учреждениях этого уровня производятся услуги, зависящие от качества исполнителей,

объема их знаний и умений, а так же от степени готовности структурного компоненты производства стоматологических услуг, т. е. от качества основных производственных фондов, оснащения технологическим оборудованием и ресурсного обеспечения.

7.1. Формированию конкурентной модели производства стоматологических услуг

По мнению академика РАМН В. К. Леонтьева, в настоящее время в России насчитывается более 10,4 тыс. муниципальных и государственных стоматологических учреждений, в динамике их число неуклонно снижается. Одновременно произошел рост частных и негосударственных стоматологических организаций, в ряде случаев значительный. Негосударственный сектор представляет более чем 7 тыс. стоматологических организаций различных форм собственности:

- *частные стоматологические поликлиники и кабинеты (подавляющее большинство),*
- *приватизированные стоматологические организации (ряд стоматологических поликлиник в различных регионах страны),*
- *акционированные, но не приватизированные стоматологические учреждения различных ведомств.*

Число негосударственных стоматологических учреждений в России быстро приближается к числу государственных, хотя по числу работающих в негосударственном секторе их в 3–4 раза меньше, чем в государственном из-за их маломощности. Следует отметить, что большинство вновь организуемых учреждений коммерческого сектора на Дальнем Востоке России представлены малыми предприятиями с числом персонала от 5 до 25 человек. Однако именно эти стоматологические предприятия и формируют конкурентную среду производства стоматологических услуг в условиях рынка.

Стоматологический рынок – это форма взаимоотношений, связи между отдельными, самостоятельно принимающими решения хозяйствующими субъектами. С развитием элементов рыночных отношений в здравоохранении появилось понятие производитель стоматологических услуг и их потребитель (пациент).

Механизм функционирования рынка обеспечивается благодаря взаимодействию трех основных параметров: спросу, предложению и цене. Оптимальное взаимодействие этих трех параметров может обеспечить экономически бесперебойную работу учреждения, но при одном условии: необходим тщательный анализ спроса, так как именно спрос определит, как правильно построить деятельность, как определить оптимальное количество услуг.

На рынке медицинских услуг в результате взаимодействия спроса и предложения формируется рыночная цена. Она не может опуститься ниже цены предложения, иначе деятельность стоматологического учреждения окажется неэффективной (убыточной). Разрабатывая и реализуя программу маркетинга нужно учитывать влияние контролируемых и неконтролируемых факторов. Контролируемыми факторами управляет учреждение.

Руководитель принимает решение по следующим вопросам и контролирует их:

- *общие цели – это определение объема оказываемых стоматологических услуг, выбор целевого рынка. Одна из важнейших целей, влияющая на успех – признание пациента;*

- контроль за деятельностью учреждения включает контроль за системой продвижения стоматологических услуг, ценами и прибылью;
- корпоративная культура – это единая система ценностей, норм и правил деятельности, которой должны придерживаться сотрудники ЛПУ. Сюда входят требования к их поведению, внешнему виду, вежливость в отношении подчиненных и пациентов.

Любой план маркетинга может потерпеть неудачу из-за воздействия неконтролируемых факторов. К ним относятся:

- пациенты (возраст, пол, уровень доходов пациентов);
- конкуренция между медицинскими учреждениями (конкурентная структура, маркетинговая стратегия конкурентов, каналы продвижения медицинских услуг конкурентов);
- средства массовой информации (печать, телевидение, радио, информационные агентства);
- технологии (уникальное медицинское оборудование, патенты, ограничения по материальным и финансовым ресурсам);
- экономика (рост-спад экономики, уровень инфляции, уровень безработицы);
- законодательные акты и нормативные документы.

На маркетинговую стратегию и успех выхода на целевой рынок влияют конкурирующие стоматологические учреждения, для этого необходимо проанализировать конкурентную структуру рынка. Выделяют несколько типов основных рыночных структур:

1. Монополия. Одно лечебное учреждение предлагает данный вид услуг (например, отделение сложного зубного протезирования областной стоматологической поликлиники).
2. Олигополия. На небольшое число стоматологических учреждений приходится большая часть услуг. В данной ситуации конкуренты пытаются выделиться оказываемыми ими услугами: более высокий уровень обслуживания, приветливый персонал, четкая организация работы учреждения и т. д. (например, поликлиника оказывает стоматологические услуги аналогичные другим учреждениям, пытается выделиться на рынке стоматологических услуг вышеописанными качествами).
3. Монополистическая конкуренция. В этой структуре существует несколько учреждений, каждое из которых предлагает различные типы маркетинга.

Определив рыночную структуру, в условиях которой работает учреждение необходимо оценить маркетинговую стратегию конкурентов. В частности, нужно установить: какие сегменты рынка насыщены, а какие нет, каковы отличительные преимущества конкурентов, а также степень удовлетворенности пациентов уровнем и качеством обслуживания, предоставляемого конкурентами. Большое значение имеет экономическое положение в регионе, если есть надежда на его рост, то будут увеличиваться расходы на высококвалифицированную стоматологическую помощь и наоборот.

Конкуренция производителей стоматологических услуг. Выражение «конкуренция» в понимании экономистов (если не оговорено иное, например, «неценовая конкуренция») означает в первую очередь конкуренцию цен. В условиях ценовой конкуренции поставщики борются за потребителей, расплачивающихся собственными деньгами либо по каким-то другим причинам заинтересованных в том, чтобы получить за свои де-

ныги как можно большую отдачу. «Ценовая конкуренция» не означает, что цены являются единственным фактором, определяющим потребительский выбор. Не меньшую роль играет и качество предлагаемой продукции; сказываются и другие факторы. Поэтому правильной было бы говорить о «конкуренции по ценам и качеству». Удивительно, но факт: в российском здравоохранении до настоящего времени конкуренция по ценам и качеству стоматологических услуг практически отсутствует, поскольку потребители услуг имеют минимальную или искаженную информацию о ценообразовании и качестве.

Сегодня отечественные стоматологи, работая в системе прямых платных услуг, а так же по программам ОМС и ДМС, через страховые компании в этом смысле напоминают систему взаимоотношений производителей и потребителей медицинских услуг в США. Чарльз Уэллер описывая традиционную гонорарную систему оплаты медицинских услуг в США, при которой независимый (или работающий в составе небольшой групповой практики) врач, при полной свободе потребительского выбора, получает деньги за свои услуги от третьей стороны, как «цеховую свободу выбора»¹¹³. Такая система характеризуется следующими принципами и вытекающими из них экономическими последствиями:

- *пациент свободен в выборе врача, а значит, страховщик не может торговаться с врачом;*
- *врач свободен в выборе методов лечения, а значит, страховщик лишен возможности осуществлять контроль качества и обоснованности лечения;*
- *формируется прямая договоренность между врачом и пациентом о размере оплаты, что исключает третью сторону – плательщика из торга и способствует взвинчиванию расходов на производство услуг;*
- *доминирует гонорарная система оплаты, что позволяет врачам произвольно наращивать свои доходы за счет повышения объемов оказываемых услуг;*
- *преобладает индивидуальная практика, поскольку многопрофильные групповые практики (поликлиники) угрожают круговой поруке, ставя под контроль процесс направления к специалистам, и подрывают основы функционирования врачебного цеха*¹¹⁴.

Эти принципы доминировали в здравоохранении США до середины 90-х годов, а результаты их сказываются и сегодня. Подкреплялись они и законодательно в виде цеховых принципов работы врачей и посредством бойкотов, и путем предания негодных врачей профессиональному ostrакизму со стороны местных медицинских кругов, и через лишение привилегий, полагающихся медицинским работникам, и, в конце концов, посредством элементарного шантажа¹¹⁵.

От конкуренции по ценам и качеству к управляемой конкуренции. Управляемая конкуренция (Managed competition) или альтернативное понятие «регулируемая

¹¹³ Weller C.D. , «Free Choice, as a Restraint of Trade in American Health Care Delivery and Insurance,» Iowa Law Review (July 1984): 1351–1392.

¹¹⁴ Enthoven A.C. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance (1987) Professor Dr. F. de Vries Lectures, North-Holland/American Elsevier, 1988).

¹¹⁵ Goldberg L.G. and Greenberg W. «The Emergence of Physician-Sponsored Health Insurance: A Historical Perspective,» in Competition in Health Care Sector: Past, Present, and Future, ed. W. Greenberg (Germantown, Md.: Aspen, 1978); and J. G. Smillie, Can Physicians Manage Quality and Costs of Healthcare? The Story of the Permanent Medical Group (New York: McGraw Hill, 1991).

конкуренция» (regulated competition) – концепция возникшая в результате двух десятилетий исследований и разработок. Определяется она как закупочная стратегия, позволяющая потребителям и работодателям получить максимальную отдачу от вложенных средств за счет использования правил конкуренции, следующих из микроэкономических принципов. Работодатель или коллективный покупатель (в российской модели фонд ОМС), действуя от лица широкого круга потребителей, структурирует и видоизменяет рынок таким образом, чтобы воспрепятствовать попыткам его монополизации страховыми медицинскими компаниями и создает условия ценовой конкуренции между ними¹¹⁶. Коллективный покупатель устанавливает справедливые рыночные правила, при которых все медицинские программы имеют равные условия, отбирает программы участницы, управляет процессом записи в программы, создает гибкий ценовой спрос, организует учет факторов риска.

Управляемая конкуренция в США опирается на крупные медицинские организации, сочетающие функции финансирования и оказания медицинских услуг. Уверенность в успешной работе предлагаемой модели основывается на опыте ряда хорошо зарекомендовавших себя и обладающих большим потенциалом уже существующих крупных организованных систем здравоохранения, оказывающих высококачественные и экономически эффективно медицинские услуги населению, – таких как крупные групповые практики, работающие в счет предоплаты. Управляемая конкуренция, является хорошим средством реформирования системы здравоохранения США и прекрасно сочетается с общей ориентацией американцев на плюрализм, свободу выбора, личную ответственность и обеспечение всеобщего права на медицинское обслуживание.

Идея управляемой конкуренции привлекла всеобщее внимание и поддержку в 1992 году, когда Америка ощутила насущную потребность предпринять что-то серьезное для обуздания лавинообразно растущих медицинских расходов, не прибегая при этом к федеральному ценовому контролю. Разработку своих предложений администрация президента Буша также начала с модели управляемой конкуренции¹¹⁷. К сожалению, по политическим причинам им пришлось отказаться от ряда ключевых положений концепции, без которых невозможно её эффективное использование, – особенно это касается ограничения суммы выводимых из-под налогообложения взносов работодателей на оплату медицинского обслуживания работников и необходимости создания мощной материальной заинтересованности в участии у мелких работодателей. В апреле 1992 года шестьдесят членов фракции консервативных демократов (ФКД) в Палате представителей объявили о своей поддержке инициативы Джексон-Хола. В сентябре 1992 года ФКД вынесла на рассмотрение нижней палаты законопроект «Акта об управляемой конкуренции»¹¹⁸. Аналогичный проект был представлен в Сенат, где получил поддержку обеих ведущих партий. В октябре 1992 года кандидат в президенты Билл Клинтон заявил: «Только управляемая конкуренция, а не контроль цен, будет способствовать исполнению бюджета и сохранению качества»¹¹⁹.

¹¹⁶ Enthoven A. The History and the Principles of Managed Competition Health Affairs. Project HOPE. 1991. V. 12 (Supplement). P. 24–48. 7500 Old Georgetown Road, Suite 600, Bethesda, MD 20814

¹¹⁷ The President's Comprehensive Health Reform Program (The White House, 6 February 1992).

¹¹⁸ The Managed Competition Act of 1992, H. R. 5936, 102d Cong., 2d sess., 15 September 1992.

¹¹⁹ Press release, Clinton/Gore '92 Committee (Little Rock, Arkansas, 8 October 1992).

Управляемая конкуренция совместима с целым рядом моделей, определяющих источник финансирования всеобщего медицинского страхования – от финансирования за счет налогов, согласно предложению председателя комиссии по страхованию штата Калифорния Джона Гараменди, до обязательного для работодателей и работников страхования по месту работы плюс обязательное индивидуальное медицинское страхование и субсидии безработным, как предложено в инициативе Джексон-Хола, вплоть до обязательного индивидуального медицинского страхования¹²⁰. Таким образом, модель управляемой конкуренции вполне устраивает как либералов, более всего озабоченных всеобщей доступностью медицинской помощи, так и консерваторов, более всего ратующих за децентрализованный частный рынок и против всякого централизованного вмешательства со стороны правительства¹²¹.

Как и всякое серьезное предложение реформ, попытки ввести управляемую конкуренцию в качестве общенациональной модели встречает сильное противодействие. Некоторые влиятельные лидеры Конгресса не доверяют рыночным механизмам и предпочитают прямой контроль над ценами со стороны правительства. Многие конкретные элементы управляемой конкуренции вызывают сопротивление со стороны представителей частного сектора, в чьих интересах сохранить выгодное для них несовершенство рыночной структуры. Однако, в последние годы частный сектор производителей медицинских услуг в США, в том числе и стоматологии, все более склоняется к поддержке управляемой конкуренции, поскольку становится все более очевидным, что правительство в ближайшее время так или иначе вынуждено будет принять самые решительные меры по наведению порядка в здравоохранении и снижению медицинских расходов¹²².

В дебатах, проводимых в рамках последних предвыборных президентских компаний управляемая конкуренция получает сильное преимущество, поскольку она находит отклик в американских культурных традициях, которые еще в 1948 году Алексис де Токвил сформулировал как ограниченное управление, добровольные действия, децентрализованное принятие решений, индивидуальный выбор, наличие конкурирующих подходов, плюрализм и личная ответственность¹²³. Здравоохранение России только в течение последнего десятилетия ощутило на себе влияние рыночных механизмов при производстве медицинских услуг, однако отрасль в целом пока сохраняет монополистические традиции. И только отечественная стоматология сделала несколько опережающих шагов в сторону «дикой» конкуренции в первую очередь по ценам на услуги, расходные материалы, медикаменты, инструментарий, технологическое и техническое оборудование. В сложившейся ситуации пока проигрывает потребитель стоматологических услуг.

В настоящее время в России сложилась следующая ситуация: многих пациентов уже давно не устраивает уровень обслуживания в государственных и муниципальных

¹²⁰ Garamendi J. «California Health Care in the 21st Century: A Vision for Reform», (Sacramento: California Department of Insurance, February 1992); and Enthoven, «Consumer Choice Health Plan: A National Health Insurance Proposal.»

¹²¹ Garamendi J. «California Health Care in the 21st Century: A Vision for Reform», (Sacramento: California Department of Insurance, February 1992); and Enthoven, «Consumer Choice Health Plan: A National Health Insurance Proposal.»

¹²² Дискуссии по данному вопросу ведутся в течение двух последних десятилетий, то затухая, то возобновляясь с прежней силой, однако пока «победу» одерживают производители, а совокупные расходы на здравоохранение в США за этот период времени выросли с 14% до 16% от ВВП (прим. авторов).

¹²³ A. de Tocqueville, *Democracy in America* (New York: Alfred A. Knopf, 1948).

ЛПУ, где они встречаются с равнодушными лицами медицинского персонала и врачей, совершенно не заинтересованных в конечном результате производимых ими медицинских услуг. Они (пациенты) никак не могут понять, почему они, покупая на свои личные средства, налоговые отчисления по ЕСН или оплату полиса ДМС медицинские услуги у производителей (ЛПУ), должны стоять в многочасовых очередях, испытывать неуважение, а зачастую откровенную грубость со стороны производителей. А самое главное, оплаченные пациентами услуги не гарантируют того, что их качество будет соответствовать принятому в РФ стандарту. Мы уже не говорим о ненавязчивом сервисе многих государственных и муниципальных стоматологических поликлиник, уровне используемых технологий и многих других вещах, которые сопровождают производство услуг в стоматологии. В последние годы на фоне определенного уровня стагнации в отечественной стоматологии появились ростки позитивных перемен.

С одной стороны в отечественной стоматологии, хотя и формируется конкурентная среда по цене и не всегда по качеству, потребителям (пациентам) все чаще и чаще приходится иметь дело со сговором производителей по ценам или откровенному диктату ценовой политики со стороны монополистов – производителей стоматологических услуг. Государственные структуры в виде различных антимонопольных комитетов и комитетов по ценам пока в родном отечестве носят чаще всего «декоративную функцию» по отношению к производителям в отрасли здравоохранения. Особенно остро стоят эти вопросы в малонаселенных территориях Сибири и Дальнего Востока России. Вопросы качества в условиях монополии уходят на второй план. К сожалению, о вопросах управляемой конкуренции в условиях «дикого рынка» в региональной стоматологии нам приходится пока только рассуждать.

С другой стороны, в течение последнего десятилетия появляется все больше потребителей (пациентов), предпочитающих «честную игру» – получение определенных гарантий доступности и качества по возмездному договору оказания стоматологических услуг у производителей негосударственного сектора. В этой ситуации они (потребители) предпочитают получение стоматологических услуг по оговоренной цене и гарантированному качеству в частном стоматологическом учреждении стоянию в очередях и получению услуг «второго сорта» в муниципальной стоматологической поликлинике.

7.2. Несколько первых шагов по организации эффективного производства стоматологических услуг

Развитие отечественной стоматологии в последние 15–20 лет пошло по пути технической революции, на смену бормашинам, рутинным пломбирочным материалам, штампованным коронкам и паянным протезам пришли современные научно-обоснованные методы диагностики и лечения, реализована технологии «стоматология без боли», а врач-стоматолог вместо длительной работы в статически неудобном положении – согнувшись у кресла пациента по мере внедрения многофункциональных стоматологических установок приобрел удобное положение сидя в относительно эргономичном положении. Вполне естественно, что наиболее подвижными в смысле внедрения передовых технологий оказались ЛПУ негосударственного сектора. Они весьма динамично откликнулись на потребности значительной части потребителей в оказании высококачественных услуг. Таким образом, стоматологический рынок явился тем пусковым механизмом

за которым уже сегодня просматривается диверсификация стоматологических услуг в России.

В начале пути. Если отечественные производители стоматологических услуг уловили рыночные тенденции, которые формируются, несмотря на отчаянное сопротивление монополистов – государственных и муниципальных ЛПУ стоматологического профиля, то перед ними, так или иначе, встает проблема создания собственного медицинского предприятия или учреждения. Следует предупредить этих производителей, что в начале своего сложного и тернистого пути к свободе производства стоматологических услуг в рыночных условиях, их ожидает проектирование клиник – это неизбежный этап на этом пути. Проектирование клиник включает в себя не только составление архитектурного чертежа и планирование устанавливаемого оборудования, но также и подготовку необходимой документации, её составление и согласование с государственными органами.

В среде предпринимателей сегодня достаточно устойчиво утвердилось мнение о том, что выгодно и перспективно вкладывать деньги в создание организаций стоматологического профиля. Но существует ряд вопросов, на которые необходимо найти исчерпывающие ответы.

- *Как правильно подступиться к проблеме?*
- *С чего начать?*
- *Как спроектировать клинику?*
- *Как проложить коммуникации?*
- *Какое и как смонтировать оборудование?*
- *Как организовать рентгенодиагностику?*
- *Какое выбрать освещение и вентиляцию?*
- *Какую выбрать систему стерилизации? и т. п.*

Негосударственные клиники довольно часто из-за быстрого преодоления административных препятствий, отсутствия многоступенчатых согласований перед принятием каждого серьезного решения, – выигрывают первый этап организации стоматологической клиники. У государственных и муниципальных ЛПУ стоматологического профиля, перед принятием важного решения формируется череда согласований с чиновниками, которые, как правило, ничего не смыслят ни в проектировании, ни в строительстве, ни в самой стоматологии. В связи с этим внедрение инноваций в государственной стоматологии затягиваются на годы или даже десятилетия. В это время пока еще не занятые сектора рынка занимают более подвижные, инициативные и «ничего не боящиеся частники». На стороне частнопрактикующего стоматолога огромное желание обладать более совершенным оборудованием, индивидуальное отношение к пациенту, четкость в работе, отсутствие очередей и др. Поэтому, если сегодня говорить о конкуренции в региональной стоматологии, то наиболее остро она ощущается между частными стоматологическими кабинетами, клиниками и государственными профильными ЛПУ.

Конечно, негосударственные ЛПУ стоматологического профиля имеют и определенные недостатки, в частности многие из них не обладают свойством, которое сейчас стыдливо называют в родном отечестве «административный ресурс». Это когда «частник» должен идти за разрешительными документами по административной лестнице, «упирающейся в небеса», и чем выше он поднимается по этой лестнице, тем становится беднее.

Для того чтобы выдерживать конкуренцию, даже небольшое негосударственное стоматологическое учреждение должно предоставлять максимальный набор стоматологических услуг. Каждый вид стоматологической услуги подтверждается лицензией, которая выдается на 5 лет. Определенное значение имеет и место расположения частной стоматологической организации. Кроме того, немаловажен и такой фактор, как наличие квалифицированного персонала и качественного оборудования.

Так, при стартовом капитале в 800–900 тысяч рублей, этого может быть достаточно для открытия небольшого стоматологического кабинета с недорогим оборудованием и минимальным набором услуг не самом богатом в России дальневосточном регионе. Желание принести пользу пациентам в сочетании с достойным обслуживанием, приемлемой арендной платой за помещение, расположением кабинета на пересечении транспортных магистралей, рядом с жилым микрорайоном и др. – все это через год-два интенсивной работы вполне реально позволит Вам рассчитывать на получение небольшой, но стабильной прибыли. Её может быть вполне достаточно для того, чтобы начать строить планы на будущее.

На наш взгляд, потенциальные пациенты выскажут больше доверия такому учреждению, где предоставляются основной набор, пользующихся спросом стоматологических услуг, имеется, как минимум три кресла, на которых работают несколько специалистов в одну смену – стоматолог общей семейной практики на двух креслах с двумя ассистентами и гигиенист стоматологический с медицинской сестрой на третьем кресле. Уровень сегодняшних технологий требует, чтобы в учреждении, кроме стандартного оборудования, были приборы для контроля и диагностики – цифровой или аналоговый способ диагностики (визиограф и/или стоматологический рентген аппарат). Без их применения достижение высокого уровня результатов лечения может быть затруднено.

Многие выпускники стоматологических факультетов мечтают о собственной практике. Однако именно это самое большинство, как раз и не имеет представления о том с чего начинать, как зарегистрировать юридическое лицо, как сформировать стартовый капитал, каким образом оформить кредит в банке, подыскать помещение под стоматологический кабинет, оформить аренду, взять в лизинг оборудование, получить лицензию и многое другое. Параллельно придется решать много других вопросов, но без решения вопросов проектирования, строительства и оснащения кабинета не обойтись.

В экономически развитых странах, таких, например, как США, сегодня имеется сходная ситуация. С самого начала начинающий врач-стоматолог должен решить, где он или она собирается жить и работать. Если врач планирует найти себе место для практики, его взгляд, как правило, обращается к тем населенным пунктам, в которых имеется высокая потребность в стоматологах. Там, где имеется дефицит в производителях стоматологических услуг, нет проблем с формированием непрерывного потока пациентов. С экономической точки зрения такие места облегчают задачу молодого врача-стоматолога.

Следовательно, выявление выгодного месторасположения новой стоматологической клиники (кабинета) имеет первостепенное значение. Муниципальные образования с небольшим количеством населения привлекательны в этом смысле при условии, что там пока еще никто не работает. Как правило, в небольших муниципальных образованиях затраты на организацию частной практики, аренду помещений и т. .,

значительно ниже, чем в больших городах. Проектирование, строительные материалы и само строительство возможно осуществить с меньшими затратами, чем в больших городах.

Даже путь до работы в мало населенных микрорайонах или небольших населенных пунктах не требует нервного напряжения – никаких проблем с пробками, нет нужды искать хоть какое-нибудь местечко для парковки и гораздо меньше светофоров, на красный свет которых приходится останавливаться. Избегать причин, приводящих к стрессу чрезвычайно важно для профессии стоматолога. Ведь сама по себе профессия в рамках реализации технологий производства стоматологических услуг с помощью значительного перечня оборудования и расходных материалов, в жизненно важных зонах организма пациента с помощью вращающегося инструмента, формирует условия для хронического стресса у персонала.

И все-таки, после того как географическое месторасположение кабинета выбрано, следует решить, хотите ли вы арендовать или приобрести существующее здание. А может быть вы хотите построить новое здание, где разместите все по своему вкусу? В США минимальное пространство, которое понадобится для практики одного врача-стоматолога, составляет от 75 кв. м. до 120 кв. м. Помещения квадратной формы предпочтительнее, чем длинные и узкие площади, которые не позволяют провести хорошую разводку технологических потоков для эффективного производства стоматологических услуг.

Желательно, чтобы в здании, где планируется организация стоматологического кабинета, имелся подвал. Размещение в подвале коммуникаций стоматологических установок, компрессора, стоматологической вакуумной установки поможет сэкономить «светлые» помещения. В помещениях с цементными полами придется выдалбливать канавки и желоба для того, чтобы удовлетворить специфические требования по разводке трубопроводов оборудования. Это увеличивает первичные затраты на организацию кабинета.

Постарайтесь, чтобы выбранное помещение рядом имело автостоянку или свободное место для обеспечения легкой парковки автомобилей пациентов и персонала, кроме того, было бы весьма удобно, чтобы Ваш кабинет был расположен рядом с транспортными развязками (станция метро или остановка наземного общественного транспорта).

Технологическое оборудование. Разумным решением будет обращение за профессиональным советом к специалистам по вопросам обеспечения стоматологическим оборудованием и перспективами сервисного обслуживания. Организация, которая профессионально занимается производством и обеспечением стоматологических учреждений оборудованием, имеющая хорошую репутацию, опытный и компетентный персонал поможет в выборе наилучшего для вашей клиники оптимального набора технологического оборудования. Последнее должно удовлетворять особые требования обеспечения технологических стандартов, которые будут использоваться при производстве стоматологических услуг. Эти специалисты, как правило, достаточно хорошо представляют, как работает стоматологический кабинет, как он проектируется и что нужно сделать для того, чтобы рентгеновская установка могла бы быть доступной для каждого стоматологического кресла. Такие организации имеют возможность, как поставлять технологическое оборудование, так и монтировать, осуществлять послепродажное обслуживание, а в некоторых случаях и поставить необходимые расходные материалы. Безусловно, что

чем выше уровень деловой репутации компании, которая представляет широко известного производителя стоматологического оборудования на рынке, а технический персонал ее сертифицирован, тем меньше вероятность формирования ошибок при выборе технологического оборудования.

Решение задачи выбора стоматологического оборудования требует затрат времени, скрупулезного изучения рынка, поставщиков и многого другого. Следует собрать сведения о производителе из самых разных источников. Кроме того, не следует пренебрегать сбором дополнительной информации о том, в какой стране мира оно выпускается, на каких предприятиях, где и как оно используется. Если оборудование применяется в университетских клиниках, у производителя можно попросить список стоматологических вузов с контактными данными конкретных пользователей, их номерами телефонов. Это позволит собрать дополнительное мнение самих докторов. Можете быть уверены в том, что если оборудование устанавливается в учебных заведениях и апробировано студентами, то его надежность достаточно высока.

Выбирая оборудование для своей клиники, отбирайте устройства, которые просты в эксплуатации, неприхотливы к «капризам» электросетей, качеству воды, перепадам температуры и выпускаются достаточно давно. Помните, что «продвинутое» стоматологическое оборудование с применением суперсовременных технологий, микроэлектроники будет и более дорогим и сложным в обслуживании. Применение «высоких технологий» обычно означает более высокую стоимость конструирования, изготовления и обслуживания и в конечном итоге повышает себестоимость производимых услуг, что так или иначе повлияет на уровень прибыльности. При первых шагах создания клиники этого лучше избегать. Выбирайте оборудование, которое не потребует значительных затрат при монтаже, обслуживании и использовании в работе.

Бормашина – широкое распространение на рынке получили бормашины работающие от воздуха-пневмосистемы. Бормашины с электронными выключателями – хороши, но капризны в работе и дороги в обслуживании. Один из вопросов с которым сталкивается стоматолог – выбор типа подачи наконечников – «сверху» или «снизу». Справедливости ради, надо отметить, что технологического обоснования преимущества одного ли другого вида бормашин нет. Все зависит от привычки врача, позы в которой он работает (сидя, стоя), а так же от качества самой бормашины. Особо отметим, что в выборе бормашины нет проблем для левши – многие производители делают универсальную комплектацию, которая легко монтируется для левши. Выбор инструментов необходимо делать с прогнозом на будущее, так как не все бормашины позволяют до оснащать их скейлерами или оптикой в последствии (необходимо закладывать технические параметры изначально).

Стоматологическое кресло пациента должно помогать важно и для самого врача. Комфортное положение пациента позволяет ему расслаблять плечевой пояс – тем самым обеспечивая возможность более длительной работы врача-стоматолога. Толщина спинки и дизайн кресла могут как облегчать доступ стоматолога к полости рта, так и делать его весьма неудобным.

Стоматологический светильник – или лампа бестеневая должна перемещаться как минимум в двух плоскостях для удобства ее позиционирования. Светильник должен давать нейтральный свет с эффектом отсутствия тени, и надлежащей частотой. Для определения эффективности лампы можно посчитать сегменты рефлектора – в случае,

если их менее 12 – эффект отсутствия тени не достигается. Лампа может монтироваться на рейке, на потолке и м/м на стене. Чаще используется комплектация стоматологической установки универсальной – когда на кресле монтируются бормашина, плевательница и лампа.

Компрессоры и вакуумные системы – это важные элементы оснащения о которых стоматологи не задумываются, так как не обладают техническими знаниями о них, да и просто потому, что это оборудование обычно находится вне пределов стоматологического кабинета. Компрессор приводит в движение кресло и наконечники, а вакуумная система (помпа) – слюноотсос и пылесос. Необходимо правильно рассчитать мощность этого оборудования, потому что даже дорогая и надежная стоматологическая установка будет работать плохо, если компрессор плохой. Вынесение этого оборудования в отдельное помещение обусловлен тем, что оно производит значительный шум, вибрацию и нагревается, что мешает комфортной работе стоматолога и влияет на атмосферу в кабинете.

Перечень оборудования далеко не ограничивается лишь стоматологической установкой – оборудование для стерилизации, рентгенодиагностики, врачебные приборы – апеклокатор, определитель жизнеспособности пульпы и многие другие. Технологическое оснащение определяется:

- видами стоматологических услуг оказываемых клиникой;
- медицинскими технологиями, применяемыми в клинике;
- финансовыми возможностями.

Есть оборудование, мощность которого необходимо рассчитать с перспективными планами, так как его замена в последующем окажется дорогостоящим, Часть оборудования можно приобретать по мере развития оборотов клиники.

Оснащение государственных стоматологических клиник производится на основании табеля оснащения, утвержденного приказом МЗ. Частные клиники могут пользоваться Табелями оснащения разработанными СтАР для различного вида стоматологической помощи.

Единый табель оснащения для соответствия лицензионным требованиям на настоящий момент отсутствует.

7.3. Создание стоматологической клиники врача-стоматолога общей практики

Частных стоматологических кабинетов и клиник в городах и районах территорий Дальнего Востока появилось немало, их число перевалило за две сотни и это еще далеко не предел. Большая часть из них расположена в крупных и мелких городах, а иногда и в сельских поселениях. Рынок не терпит пустоты. Там где есть спрос, он заполняется. А так как государство не только не способно оперативно реагировать на потребности рынка, но с трудом закрывает «дыры» в обеспечении медицинской помощью населения, то частные стоматологические клиники становятся тем объективным механизмом, который заполняет пустоты. При повсеместном введении организационной технологии семейного врача, в том числе и в стоматологии, государство может оптимизировать свои же затраты на здравоохранение. Рассмотрим некоторые организационные моменты работы клиники, где осуществляется стоматологическая помощь врачом-стоматологом общей практики.

Обращаясь к опыту работы американских частных стоматологических клиник, можно отметить, что при различном формате их работы – от одного–двух кресел, до огромных комплексов, соблюдается определенное «зонирование» расположения помещений. «Public» – «общественная зона» состоит входной группы, регистратуры, зоны ожидания, комнаты переговоров с пациентами, кабинетов консультантов по оплате, отдыха пациентов. «Лечебная зона» включает в себя кабинеты стоматолога, операционные, участок стерилизации, рентген-кабинет, и зуботехническую лабораторию. «Private» – дословно – частная зона, но здесь скорее правильным будет применение – закрытая зона, то есть зона куда пациенты не имеют доступа – это комната отдыха персонала, раздевалки, технические помещения, комната хранения стоматологического материала, компрессорная. В российской действительности во вновь создаваемых стоматологических кабинетах не всегда осуществляется деление на такие зоны. Сказывается нехватка финансов и практика адаптации имеющихся площадей под стоматологические клиники. Тем не менее, отмечается тенденция, что в процессе работы частных клиник все более вводится такое «зонирование». Ожидания пациентов в частных стоматологических клиниках значительно выше, чем при посещении государственных. Они ожидают не только качественного лечения, но и определенной сервисной составляющей – комфорта, повышенного внимания со стороны персонала. Учет такие параметров при создании клиники позволит сделать успешной работу врача-стоматолога.

Применяя такой подход необходимо уточнить, что ключевым для высокой производительности и снижения нагрузок как на врача, так и на пациента является поддержание этих зон в значительной степени разделения. Оптимальная величина внутреннего пространства клиники, которая позволила бы включить в себя все необходимые зоны составляет 48–50 кв. метров общей площади из расчета наличия одного стоматологического кабинета (на 2–3 кресла). Эта цифра означает площадь самих лечебных кабинетов, всех необходимых сопутствующих площадей. Например, если новое учреждение будет вмещать 5 стоматологических кабинетов по 3 установки в каждой, то, вся площадь клиники должна быть не менее 250 м² Например, в США минимальное пространство, которое понадобится для практики одного врача-стоматолога, составляет от 70 до 110 кв. метров. Если посмотреть на существующие стоматологические клиники дальневосточного региона, то можно прийти к заключению, что успешные частные стоматологические кабинеты с несколькими работающими врачами и необходимыми зонами занимают площади сопоставимые с приводимыми цифрами статистики в США и в большинстве случаев приближаются к требованиям действующих СНиП и СанПиН¹²⁴.

Принимая во внимание экономическую составляющую работы стоматологической клиники, отметим, что в большинстве стоматологических практик США переход на работу в «4 руки» был обусловлен не столько требованиями технологий применения пломбирочных материалов, сколько эффективностью (производительностью) работы одного врача стоматолога на нескольких креслах параллельно. При этом, так как большинство американских врачей являются врачами общей практики, вопрос о потоке пациентов решался объективно.

¹²⁴ Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (К СНиП 2.0802–89) Раздел IV – амбулаторно – поликлинические учреждения. СанПиН 2.1.3.1375–03», утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 6 июня 2003 года, с 30 июня 2003 года.

Рассматривая вопрос востребованности врача–стоматолога общей практики в условиях дальневосточного рынка стоматологических услуг можно без сомнения сказать, что проблемы загруженности такого специалиста не будет. В крупных стоматологических поликлиниках в одну смену работают стоматологи всех специальностей: терапевты, хирурги, пародонтологи, ортопеды, ортодонты и пр. Некоторые муниципальные стоматологические учреждения оснащены современным медицинским оборудованием. В то же время в отдельных ЛПУ, особенно в отдаленных северных и сельских районах края, стоматологическая помощь представлена лишь в виде доврачебной помощи. Частные стоматологические учреждения значительно расширяют возможность выбора пациентами лечебного учреждения, доступность стоматологической помощи. Если же весь поток первичных пациентов будет проходить через первичный прием врача-стоматолога общей практики, то это в корне перераспределит нагрузку узких специалистов.

Наиболее востребованными врачи-стоматологи общей практики окажутся на уровне ЛПУ и кабинетов расположенных преимущественно в сельских поселениях и небольших поселках и городках дальневосточного региона, где на настоящий момент оказывается лишь доврачебная стоматологическая помощь. Основным специалистом на этом, т. н. производственном конвейере является зубной врач – специалист со средним специальным образованием. В рамках своей компетенции он оказывает стоматологическую помощь уровня 50–60 годов XX века (табл. 7.1).

По данным акад. РАМН А. И. Вялкова, на профилактические мероприятия в настоящее время в России расходуется лишь около 4% средств (3,8 долл. на одного жителя), затрачиваемых на здравоохранение. В США – 20% (1,5 тыс. долл.). Одно из главных направлений профилактики – диспансеризация. Но то, как она реализовалась на практике, заставляет сомневаться в возможности получения каких-либо позитивных результатов. Самое узкое место диспансеризации – низкая пропускная способность первичного звена. На дополнительный медосмотр требуется от двух дней до недели, иногда у специалистов в трех разных поликлиниках.

Сегодняшних ресурсов поликлиник, врачей, кабинетов, оборудования, в лучшем случае, хватит на ежегодный осмотр пяти или максимум десяти процентов работающих, что соответствует одному обследованию в 10 или 20 лет. Целесообразно обследовать тогда, когда есть ресурсы для полноценного вмешательства. Что толку, если ежегодно при осмотре школьников фиксируется индекс здоровья 20%, а у остальных выявляется полипатология. Кто будет лечить зубы, хронический пародонтит, болезни пубертатного периода, если на это не выделяется средств, а технологическое отставание стоматологических учреждений исчисляется десятками лет (табл. 7.2)?

Работа стоматологической клиники включает в себя множество организационных аспектов – административных, правовых, трудовых, финансовых, налоговых. Даже маленькая стоматологическая клиника – огромный механизм, регулируемый многими нормативно-правовыми актами в различных из указанных сфер. Показательными, в этом отношении, являются проверки ЛПУ стоматологического профиля различными инстанциями. При проведении таких проверок требуется предъявить документы, подтверждающие правомерность оказания в данной клинике стоматологических услуг, подлежащих лицензированию. При этом спектр предъявляемых документов широк: от документов

Таблица 7.1. Первичная медико-санитарная стоматологическая помощь (дворачебный уровень)

Уровень оказания стоматологической помощи	Характеристика основных производственных фондов	Характеристика кадров	Характеристика материально-технического обеспечения	Характеристика технологий	Характеристика результатов
В сельской местности – кабинеты в составе поликлинических отделений в ЦРБ, участковых больниц, врачебных амбулаторий. В городах – кабинеты в составе маломощных территориальных поликлиник, в составе МСЧ предприятий, цеховых здравпунктов, в школах, детских садах, женских консультациях и пр.	В подавляющем большинстве стоматологические кабинеты размещены в приспособленных помещениях с занижением стандартных требований к СНИП и САНПИН по площадям, вентиляции, водоснабжению и пр. в рамках временных разрешений	Зубной врач (фельдшер) и зубной техник, имеющие среднее специальное образование	Оснащение морально устаревшими стоматологическими установками, стерилизационным оборудованием, инструментами с высоким уровнем износа (>70%)	Использование устаревших технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации на уровне 50–60 годов XX века. Отсутствие зубо-сохраняющих технологий	Медицинские. Увеличение числа пациентов с декомпенсированным кариесом во всех возрастных группах. Рост числа лиц, нуждающихся в зубном протезировании. Социальные. Увеличение числа пациентов (>70%) неудовлетворенных доступностью, качеством и безопасностью стоматологических услуг. Экономические. Увеличение расходов бюджетов и ОМС на оказание стоматологической помощи, в том числе и на льготное зубное протезирование.

Таблица 7.2. Первичная медико-санитарная стоматологическая помощь (врачебный, квалифицированный уровень)

Уровень оказания стоматологической помощи	Характеристика основных производственных фондов	Характеристика кадров	Характеристика материально-технического обеспечения	Характеристика технологий	Характеристика результатов
В сельской местности – кабинеты и отделения в составе ЦРБ, участковых больниц и врачебных амбулаторий. В городах – кабинеты в составе территориальных поликлиник, МСЧ предприятий, в школах, детских садах, женских консультациях и пр.	В большинстве случаев приспособленные помещения с оборудованными помещениями с соблюдением стандартных требований СНИП и САНПИН, в отдельных случаях типовые стоматологические кабинеты 15–20 давности строительства	Врач-стоматолог, ведущий т. н. смешанный прием, преимущественно включающий кариес-либо хирургические вмешательства высшее медицинское. Наличие сертификата чаще всего по терапевтической стоматологии. Формируется тенденция замены врача-стоматолога на зубного врача	Оснащение морально устаревшими стоматологическими установками, стерилизационным и прочим оборудованием, инструментами с высоким уровнем износа (>60%)	Использование устаревших технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации на уровне 70–80 годов XX века. Отсутствие зубо-сохраняющих технологий, ориентация на реставрационные технологии на фоне сворачивания всех видов профилактики	Медицинские. Увеличение числа пациентов с запущенными формами кариеса и пародонтита во всех возрастных группах. Рост числа пациентов с адентией и лиц во всех возрастных группах, нуждающихся в зубном протезировании. Социальные. Увеличение числа пациентов (>70%) неудовлетворенных доступностью, качеством и безопасностью стоматологических услуг. Экономические. Увеличение расходов бюджетов и ОМС на оказание стоматологической помощи, в том числе и на льготное зубное протезирование

на право собственности на помещение или договора аренды, до дипломов полученного персоналом медицинского образования. Нарушениями могут оказаться:

- *Отсутствие у стоматологической клиники принадлежащих ей на праве собственности или на ином законном основании (например, аренды) соответствующих помещений.*
- *Отсутствие соответствующих организационно – технических условий и материально – технического оснащения, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных к применению Министерством здравоохранения РФ.*
- *Отсутствие либо неисправность средств противопожарной защиты.*
- *Отсутствие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно – технических работников и др.), имеющих высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также отсутствие у руководителя предприятия и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) 5 и более лет.*
- *Отсутствие у индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность высшего или среднего медицинского образования, дополнительного образования и специальной подготовки, соответствующих требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стажа работы по лицензируемой деятельности 2 и более года.*
- *Не выполнение требований по повышению квалификации работников юридического лица, осуществляющих медицинскую деятельность, а также индивидуального предпринимателя.*

Мы указываем лишь на наиболее часто встречающиеся нарушения, на которые в первую очередь обращают внимание при проверке ЛПУ стоматологического профиля. Полный перечень нарушений составить просто невозможно, поскольку постоянно меняются «правила игры» и даже специалистам по консалтингу стоматологического бизнеса довольно часто приходится искать обходные пути. Но чиновники надзорных органов весьма изобретательны при трактовке нормативно-правовых документов и дело свое знают, следовательно, наиболее рациональными действиями со стороны инициатора открытия ЛПУ является скрупулезное изучение всех нормативно-правовых документов и следование правилам.

Стоматологический рынок Дальнего Востока России расширяется. Растет спрос на качественную стоматологию, следовательно, растут и предложения. Для того, что бы преодолеть отставание в секторе первичной медико-санитарной помощи в региональной стоматологии необходимо открытие современных учреждений. Поэтому каждый молодой, инициативный стоматолог стоит перед решением проблемы создания стоматологической клиники от разработки технического задания до получения лицензии.

По мнению специалистов, прошедших эту сложную и зачастую мучительную процедуру, только на согласование и утверждение исходно-разрешительной документации со всеми контролирующими и надзирающими организациями уходит около пяти – восьми месяцев. Как соблюсти многочисленные законы, СНИПы и СанПины, что-

бы после открытия кабинета спокойно и продуктивно работать, а не «бороться» с чиновниками, выискивающими те или иные нарушения и грозящими закрыть его. Если имеются финансовые ресурсы, то вопрос решается достаточно просто – обращение к специалистам, которые пройдут за вас этот путь. Готовый проект будет согласован в инстанциях.

Проектирование клиник – это как раз та стадия дела, к которой необходимо подойти наиболее внимательно. Желательно при составлении проекта особое внимание уделить сбалансированному подбору оборудования, чтобы таким образом избежать незапланированных расходов впоследствии. Современное проектирование клиник имеет очень широкие возможности благодаря широчайшему выбору функционального оборудования всевозможных профилей. Более того, наличие дизайнерских решений для привычного медицинского оборудования позволяет в рамках клиники реализовать очень стильные интерьеры.

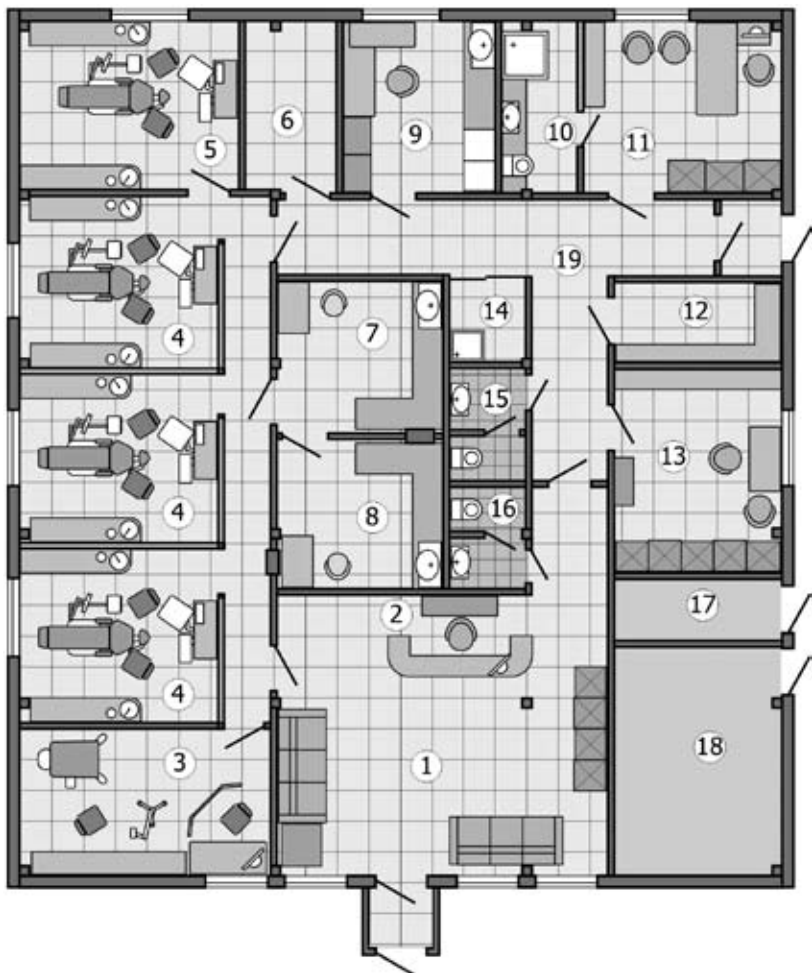
Столкнувшись с проблемой создания стоматологического кабинета для первичной стоматологии, мы пришли к выводу, что в условиях Дальнего Востока России наиболее рационально будет размещение последнего в отдельно стоящем здании, построенном в модульном варианте (рис. 7.1). Во-первых, это связано с региональной спецификой расселения, а во-вторых, когда появится необходимость объединения нескольких стоматологических практик в единое учреждение, можно манипулировать стоматологическими модулями, как в «детском конструкторе», объединяя их, достраивая модулями второго и даже третьего уровня.

Структура первичного модуля, его технологическая и результирующая часть описаны нами в главе 4 настоящего издания, где мы рассматриваем производство стоматологических услуг с позиций непрерывного технологического процесса. В этом процессе участвует, как минимум, несколько специалистов (врач-стоматолог общей практики, гигиенист, средний медицинский персонал и др.) объединенные единой целью – при минимальных затратах на производство достичь максимальных результатов стоматологического здоровья у пациентов.

Большинство молодых стоматологов стремится открыть свой собственный кабинет и разработать его дизайн. Иногда достичь осуществления этой мечты оказывается очень сложно. Вероятно, это стремление является самой большой инвестицией, которую стоматолог может сделать в свою профессиональную карьеру. Одним из основных элементов успешного создания стоматологического кабинета является всестороннее и продуманное планирование. Вполне естественно, что проектируемый модуль врача-стоматолога общей практики должен отвечать всем требованиям СНиП и СанПин, как по набору помещений, так и по площадям и кубатуре (рис. 7.2).

При подготовке технического задания на проектирование стоматологического модуля врача-стоматолога общей практики, предусматривалась конструкции в виде двухэтажного, отдельно стоящего здания из современных материалов с учетом климатогеографических характеристик региона в двух рабочих вариантах, отличающихся вторым этажом. Первый рабочий вариант предполагает расположение на втором этаже модуля – жилой квартиры для врача-стоматолога общей практики (рис. 7.3)

При включении в техническое задание на проектирование стоматологического модуля – жилой квартиры, рассматривалась прежде всего ситуация оказания стоматологических услуг для населения отдаленных северных и сельских районах Дальнего Вос-



Экспликация помещений

- | | |
|---|--|
| 1. Вестибюль-ожидальная / шкаф верхней одежды | 10. Комната личной гигиены |
| 2. Регистратура с архивом | 11. Кабинет врача |
| 3. Рентгенодиагностический кабинет | 12. Кладовая чистого белья |
| 4. Стоматологический кабинет на 3 кресла | 13. Служебно-бытовое помещение среднего мед. персонала |
| 5. Кабинет хирургической стоматологии на 1 кресло | 14. Кладовая уборочного инвентаря |
| 6. Компрессорная | 15. Санузел персонала со шлюзом |
| 7. Предстерилизационная | 16. Санузел посетителей со шлюзом |
| 8. Стерилизационная | 17. Электрощитовая |
| 9. Комната сестры-хозяйки | 18. Техническое помещение |
| | 19. Коридор |

Рис. 7.1. Проект модуля врача-стоматолога общей практики (общий вид)

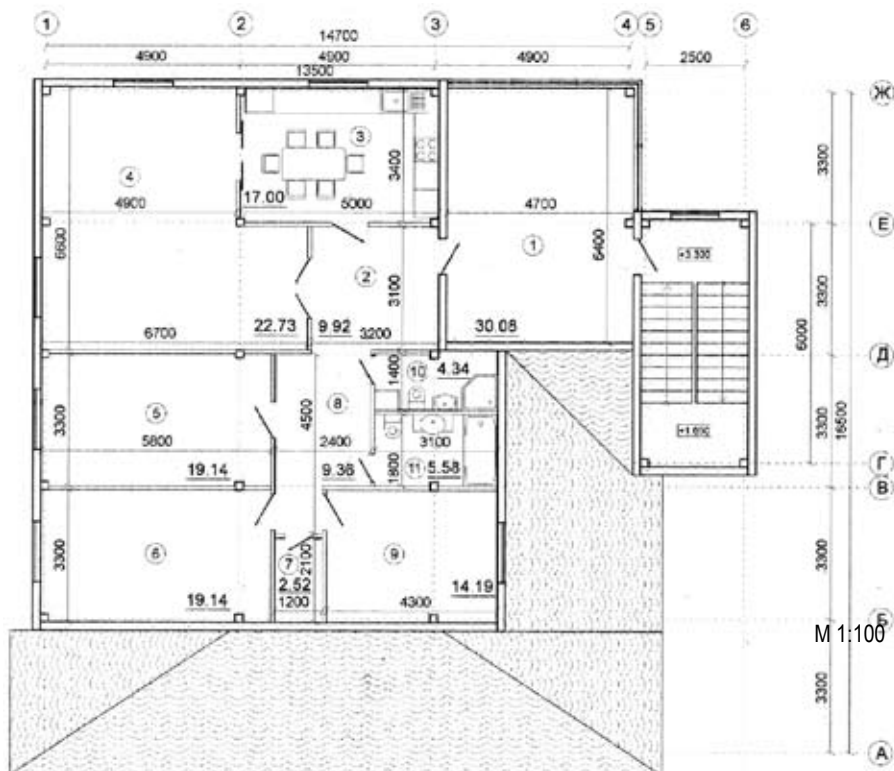


Экспликация помещений

- | | |
|---|--|
| 1. Вестибюль-ожидальная / шкаф верхней одежды | 10. Комната личной гигиены |
| 2. Регистратура с архивом | 11. Кабинет врача |
| 3. Рентгендиагностический кабинет | 12. Кладовая чистого белья |
| 4. Стоматологический кабинет на 3 кресла | 13. Служебно-бытовое помещение среднего мед. персонала |
| 5. Кабинет хирургической стоматологии на 1 кресло | 14. Кладовая уборочного инвентаря |
| 6. Компрессорная | 15. Санузел персонала со шлюзом |
| 7. Предстерилизационная | 16. Санузел посетителей со шлюзом |
| 8. Стерилизационная | 17. Электрощитовая |
| 9. Комната сестры-хозяйки | 18. Техническое помещение |
| | 19. Коридор |

Рис. 7.2. План модуля врача-стоматолога общей практики, первый этаж

тока, где очень остро стоит вопрос о предоставлении достойного жилья медицинским работникам. Отдельно стоящее производственное здание в сочетании с жилым позволяет иметь в непосредственной близости на участке гараж и другие постройки в которых могут размещаться, как технологические службы (отопительный котел, резервный источник энергии – дизель-генератор или ветровой источник электроэнергии, пункт очис-



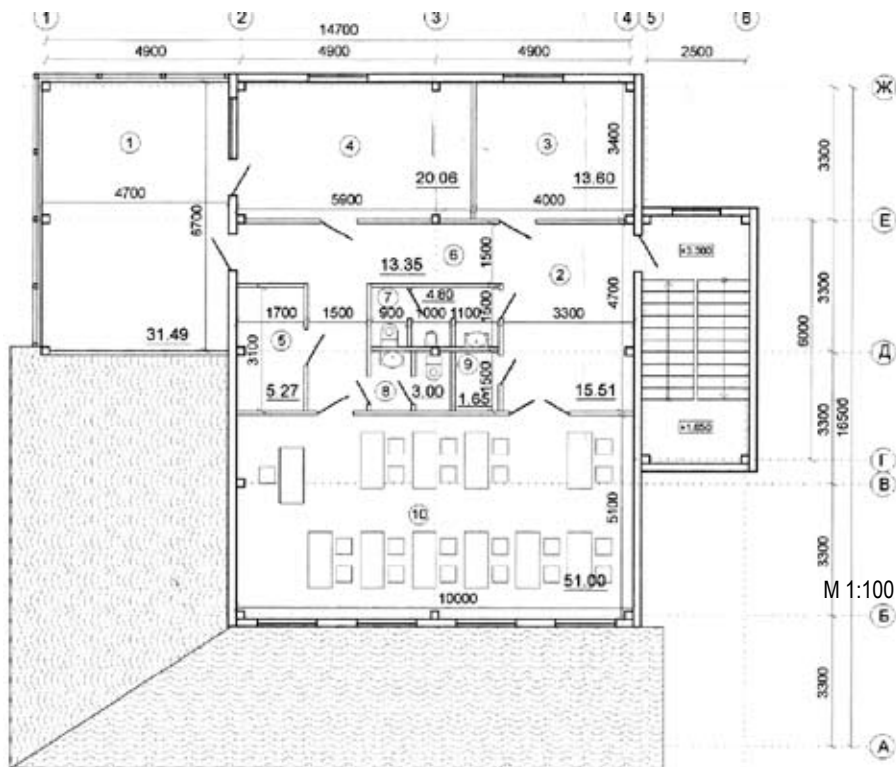
Экспликация помещений

1. Веранда
2. Прихожая
3. Кухня-столовая
4. Гостиная
5. Спальня
6. Спальня
7. Кладовая
8. Коридор
9. Спальня
10. Санузел
11. Ванная

Рис. 7.3. План модуля врача-стоматолога общей практики, второй этаж (жилая квартира)

тки воды и др.), так и санитарные (изолированное хранилище канализационных стоков, пункт утилизации отходов производства и др.)

Второй рабочий вариант предусматривает расположение на втором этаже модуля – учебного класса для непрерывной подготовки врача-стоматолога общей практики в рамках последипломной подготовки (интернатуры или клинической ординатуры) или курсов усовершенствования по избранной специальности (рис. 7.4). Следует отме-



Экспликация помещений

1. Веранда
2. Вестибюль-гардеробная
3. Преподавательская
4. Администрация
5. Хоз. кладовая
6. Коридор
7. Санузел
8. Санузел
9. Уборочный инвентарь
10. Учебный класс

Рис. 7.4. План модуля врача-стоматолога общей практики, второй этаж(учебный класс)

тить, что проектирование обоих вариантов требует соблюдения определенных строительных норм и правил¹²⁵.

При проектировании стоматологических модулей использовалось бесчисленное количество нормативных документов и рекомендаций по размещению ЛПУ и кабинетов стоматологического профиля. Этапы были следующие:

- *Прежде всего – это регламент предварительного согласования размещения ЛПУ и кабинетов в жилых, общественных в отдельно стоящих зданиях с органами Госсанэпиднадзора – на предмет возможности размещения последних на предоставленных площадях.*
- *Затем оформление допуска при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии санитарным нормам и правилам на оформление проектной документации на строительство, реконструкцию или перепланировку помещений, техническое перевооружение, ввод в эксплуатацию построенных реконструируемых объектов.*
- *Соблюдение требования строгого выполнения гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами контроля за работами по проектированию и строительству ЛПУ. В случае выявления нарушения санитарных правил или невозможности их выполнения выше перечисленные обязаны приостановить или полностью прекратить проведение указанных работ.*
- *Обеспечение наличия санитарно-эпидемиологических заключения о соответствии санитарным правилам медицинской техники, предметов медицинского назначения, а также строительных и отделочных материалов, используемые в*

125

1. Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований. СанПиН 2.6.1.1192–03
2. Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278–03
3. Санитарные правила устройства, оборудования, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля от 28 декабря 1983 г. N 2956а-83
4. Требования к размещению, организации работы и оборудованию рентгеновского кабинета
5. Обеспечение радиационной безопасности при рентгеностоматологических исследованиях
6. Требования, предъявляемые к рентгеновскому кабинету при приемке в эксплуатацию, приложение номер 7 к СанПиН 2.6.1.1192–03
7. Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02–89) Раздел I – Общие положения. Инженерное оборудование.
8. Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02–89) Раздел II – Стационары.
9. Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02–89) Раздел III – специализированные, вспомогательные подразделения и служебно – бытовые помещения.
10. Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (К СНиП 2.0802–89) Раздел IV – амбулаторно – поликлинические учреждения.
11. Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (К СНиП 2.08.02–89) Раздел V – Станция скорой и неотложной медицинской помощи, станция переливания крови с виварием, молочные кухни, раздаточные пункты, аптеки, контрольно-аналитические лаборатории.
12. Положение об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения. Приказ Госкомархитектуры РФ при Госстрое СССР от 23 ноября 1988 г. N 312
13. Инструкция по проектированию зданий и сооружений, приспособляемых под лечебные учреждения – строительные нормы СН 515–79 от 1 января 1980 г.

ЛПУ. При размещении ЛПУ стоматологического профиля и стоматологических кабинетов на первом и втором этажах жилых домов (при обязательном наличии изолированного входа от жильцов, автономной вентиляции), в общественных зданиях, в отдельно стоящих зданиях, предназначенных для этих целей. При определенном обосновании об отсутствии вредных выбросов, в виде исключения, возможно размещение в жилом доме зуботехнической лаборатории по изготовлению зубных протезов: металлокерамики, керамики (без изготовления металлических каркасов, т. е. без литья).

Следующий этап, которое не следует даже пытаться обойти – это санитарно-гигиенические требования к объемно-планировочным решениям. В частности, в составе ЛПУ стоматологического профиля вне зависимости от ведомственной принадлежности должен быть следующий набор помещений:

- *помещение для ожидания, регистратура, гардероб для одежды посетителей (площадь зависит от мощности учреждения – числа посещений в смену, но не менее 10,0 кв. м);*
- *стоматологические кабинеты (не менее 14,0 кв. м + 10,0 кв. м на каждую последующую стоматологическую установку);*
- *стерилизационная предусматривается при количестве стоматологических установок более 3 (площадь не менее 8,0 кв. м);*
- *кладовые (не менее 4,0 кв. м);*
- *помещения для персонала (6,0–10,0 кв. м);*
- *туалеты (для персонала и пациентов) по 2,0–3,0 кв. м. и пр.*

Правильно спроектированная и организованная стоматологическая клиника будет положительно влиять на пациентов, которые обратятся за помощью. Более того, рациональная организация рабочего пространства позволит увеличить производительность труда персонала. В этой связи, врач-стоматолог должен тщательно продумать тип стоматологического ЛПУ, который он хочет создать, поскольку концепция дизайна повлияет на взаиморасположение кабинетов, выбор оборудования, освещение, высоту потолка, выбор цвета и отделочных материалов и многого другого...

7.4. Как грамотно и эффективно обустроить свое рабочее место

После этапа маркетингового обоснования, который несомненно должен предшествовать созданию любого предприятия, как государственного, так и частного, необходимо создать план действий по реализации проекта.

Для начала необходимо составить список своих требований, учитывая цель создаваемого учреждения и задачи для достижения этой цели. Если в рамках предпроектной подготовки финансовые обстоятельства не позволяют заложить в проект ЛПУ перспективу для дальнейшего развития учреждения, то все равно следует формировать стратегию на перспективу за счет планируемой прибыли, отложив реализацию развития на 3–5 лет. Но есть вещи, которыми нельзя поступаться при разработке проекта – это рабочее место, кабинет для стерилизации, системы обогрева и кондиционирования, которые позволят создать удобную обстановку для стоматолога, медицинского персонала клиники и, самое главное, для пациентов. Пациент должен быть окружен заботой пер-

сонала и избавлен от причин, формирующих стресс. Ошибочное планирование этих ключевых звеньев обойдется значительными потерями, если потребуется их изменение впоследствии.

Необходимо составить детальный план, в котором будет точно указано требуемое количество квадратных метров, чтобы можно было построить, купить или арендовать подходящее помещение. После выбора помещения нужно принимать решение о дизайн-проекте, при этом не забывайте держать в памяти все сформулированные выше нормативные требования. Удобное расположение каждого кабинета очень важно. Например, если потребуется кабинет для консультаций, значит, его следует внести в план. Этот кабинет должен быть расположен рядом с лечебными комнатами, к нему должен быть обеспечен свободный доступ пациентов, персонала и самого стоматолога.

При составлении плана стоматологического кабинета, кроме нормативов следует опираться на здравый смысл. Ошибки при формировании технического задания в последующем могут стать причиной дорогостоящей реконструкции. Поскольку результатом такой перепланировки станут серьезные временные и денежные затраты, имеет смысл проработать проект одновременно и с точки зрения его функциональности, и с точки зрения эстетики.

Все функциональные зоны стоматологического кабинета – лечебная, «общественная» и «частная» должны быть с одной стороны разделены, а с другой скоординированы между собой, поскольку это части конвейера по обслуживанию пациента. Напомним, что в лечебную зону входят кабинеты: стоматологический, стерилизационный, рентгеновский и лаборатория. К общественной зоне относятся: вход, приемная, регистратура, комната для консультаций и туалетная комната для пациентов. В частную зону входят офис врача-стоматолога, комната для персонала, санузел для персонала, складское помещение и зуботехническая лаборатория.

Чтобы предотвратить стрессовые ситуации в стоматологическом кабинете, необходимо следить за тем, чтобы общая зона была достаточно жестко отделена от лечебной. Если уделить должное внимание дизайну всех трех зон, результатом станет увеличение эффективности производства услуг и уменьшение уровня стресса

Позволим себе некоторые рекомендации по созданию эффективных рабочих зон с учетом опыта американских стоматологов.

«Общественная» зона

Вход. Первое впечатление от стоматологического кабинета создается у входной двери. Сама дверь состоящая из стекла и немного стекла вокруг неё создают у пациента приятное и комфортное ощущение, формируется ощущение что его ждут, тогда как полностью деревянная или металлическая дверь создают ощущение закрытости и тревоги.

Приемная – зона ожидания должна создавать ощущение привлекательности и, в то же время, профессионализма. Мягкое освещение, удобные сиденья, украшения хорошего качества и несколько архитектурных деталей стен и потолка говорят о хорошем вкусе владельца. Что касается размера приемной, то существует хорошее правило для определения количества сидений: число кабинетов следует умножить на 1,5 или 2. А, зная количество стоматологических установок, нетрудно вычислить и площадь приемной.

Регистратура должна состоять из двух секций: зоны общения и рабочей зоны регистратуры. На столе в зоне общения регистраторов должно быть достаточно места для компьютера, телефонов, журнала для записи на прием, а также места для работы. Длина стола в идеале должна быть не меньше 2,5–3 метра на каждого регистратора, чтобы им хватало места для работы и для оборудования. Хорошо спроектированный и оформленный стол – это прекрасный способ подчеркнуть качество. Софит, расположенный над всей поверхностью стола, и функционален, и визуально выигрышен.

Кабинет для консультаций. В США существует многоуровневая система оплаты лечения (государственное страхование, добровольное страхование, страхование работодателем т.п.). Комбинация различных систем оплаты позволяет получать максимальное возможное и качественное лечение. Процесс согласования системы оплаты обычно осуществляет специальный менеджер, дабы врач не занимался этим вопросом. Так же данный кабинет может использоваться врачом для объяснения рекомендуемых медицинских технологий, утверждения плана лечения. Большинство кабинетов для консультации имеют размер примерно 3 x 3 м или более. Этого места достаточно для комфортного размещения 2–3 человек, для компьютеров и наглядных пособий.

Туалетная комната для пациентов – имеет большое психологическое значения особенно в стоматологической клинике. Подчеркнутая чистота и максимальное соблюдение гигиенических условий (наличие одноразовых бумажных полотенец, одноразовых покрытий сиденья унитаза, одноразовых зубных щеток) – это еще одна возможность впечатлить пациента профессионализмом.

Лечебная зона

Стоматологический кабинет. В идеале все кабинеты должны быть спроектированы и оборудованы одинаково. Единая система оснащения рабочего места сто-



Рис. 7.5. Стоматологический кабинет

матолога позволяет производить замену персонала, замену кабинетов – это уменьшает стресс работников, а также позволяет достичь оптимальной гибкости в составлении графика работы, что приводит к более высокой производительности. Не следует забывать об экономической эффективности унификации оборудования и приспособлений. В США стоматологический кабинет составляет 3 x 3.5 м, что обеспечивает оптимальное пространство и «доступность» всех важных для обеспечения удобства в работе зон (рис. 7.5). Достижимость рабочих поверхностей, где расположены приборы, материалы и прочее – важное звено. Эргономика организации рабо-

ты – одна из важных составляющих организации рабочего места. Ее учет позволяет избежать быстрой утомляемости врача, что является залогом его качественной работы. Соблюдая российские нормативы площадей, не следует забывать о расположении рабочих поверхностей относительно друг друга. Ситуация, когда стол врача находится в дальнем углу кабинета, что совсем не способствует общению с пациентом, довольно распространена в России.

Очень важно сформировать правильное освещение кабинета. Большинство стоматологических кабинетов имеет неправильное освещение, что приводит к тому, что стоматолог испытывает головную боль, напряжение глаз и усталость. Зрительная деятельность для стоматолога является профессиональной, а следовательно необходимо жестко соблюдать нормативные требования по освещению. Необходимо помнить, что важно добиться уменьшения, насколько возможно, соотношения между освещением полости рта и освещением комнаты. Лучшее всего это достигается путем комбинирования естественного дневного освещения (через окна) с достаточным источником освещения комнаты, правильно размещенным над всей рабочей областью. Заблуждением является попытка многих стоматологов осветить рабочую зону более ярким светом, тем самым пытаясь лучше увидеть детали. Во время работы стоматолог осуществляет перевод зрения из рабочей зоны в зону общей освещенности около 30 раз в минуту. Амплитуда освещенности заставляет интенсивно работать мышцы глаз, а так же адаптировать зрительный нерв. На такие манипуляции организм тратит значительное количество энергии, что и приводит в быстрой общей усталости. Уменьшение амплитуды освещенности помогает избежать этого. Нужно помнить, что в яркий день нужно включать яркий режим освещения, а в пасмурный – наоборот. Для стоматолога так же очень важен так же спектр света, так как подбор тона реставрации является важным моментом работы. В связи с этим необходимо помнить о применении профессиональных светильников бестеневого освещения. Особенности освещения в стоматологической клинике мы остановимся в последующей главе¹²⁶.

Стерилизационная. Стерилизационный кабинет должен быть расположен в центре между стоматологическими кабинетами. Его площадь определяется путем измерения пространства, нужного для выполнения всех необходимых функций и размещения всего оборудования с соблюдением этапов обработки инструментария. Технологическое размещение оборудования рационально производить по поточному принципу – линейно (пример: ультразвуковой очиститель, раковина, сушилка, автоклав, плюс площадь для подготовки инструментов и лотков). Обычно 5-метровой рабочей поверхности в стерилизационной достаточно для стоматологического модуля с 3 креслами. (размещение поверхности может быть как в линию, так и углом).

Рентгеновский кабинет. Нормативно его площадь отличается в зависимости от того, какой именно приемник рентгеновского излучения будет использоваться – пленка или цифровой датчик. Стоимость цифрового датчика значительна, но его применение дает ряд неоспоримых преимуществ, как в качестве диагностики, так и с экономической точки зрения. Потратив дополнительные средства на приобретение визиографа (цифрового приемника), вы получаете значительные возможности получения информации о

¹²⁶ В оформлении раздела использованы фотографии клиник, дизайн которых выполнила фирма Т. Н. Е. Design (США). Большая библиотека изображений – на сайте www.thedesign.com (прим. авторов).

самом снимке с помощью компьютерной программы, возможность его наличия одновременно у пациента, у вас и передачи иным пользователям, а так же отпадает необходимость в дополнительном помещении для проявочной лаборатории, которая необходима в случае с применением пленки. Действующий СанПиН 2.6.1.1192–03 «Ионизирующие излучение, радиационная безопасность. Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов, и поведению рентгенологических исследований» устанавливает норму для применения дентальных рентген аппаратов с пленкой – 12 кв. м., а с цифровым приемником – 6 кв. м. При планировании клиник иногда даже 1 кв. м. имеет значение, не говоря про его стоимость.

«Частная» зона

Офис врача-стоматолога общей практики. Аналог российской «ординаторской» Обычно это небольшой кабинет, большинство врачей проводят в нем не более часа в день. Но тем не менее место, где врач может проверить записи, обработать данные или выйти в Интернет – очень важно.

Комната персонала. Ее размер несомненно зависит от количества работников. Оборудованная небольшой кухней, так комната позволит решить проблему питания персонала.

Склад. Необходимо помнить, что стоматологические материалы требуют специального режима хранения, поэтому выделения помещения и оснащение его холодильником поможет сэкономить, как на сохранности самого материала, так и избежать брака в работе из-за проблем с материалом, который пришел в негодность.

Зуботехническая лаборатория. Все чаще стоматологические клиники небольшого формата обращаются к услугам централизованных зуботехнических лабораторий. Но наличие в клинике «мини» лаборатории на одно рабочее место зубного техника все-таки обоснованно. Это позволяет решить вопрос небольших дефектов работы прямо в клинике.

Цвет в дизайне стоматологического кабинета. Ощущение цвета индивидуально. Существуют разные физиологические и психологические учения о том, как цвет влияет на людей. Эффект использование интенсивных оттенков или контрастных сочетаний в ЛПУ стоматологического профиля отличается от реакции людей на эти же сочетания цветов в повседневной жизни. Не существует идеальных цветовых схем для стоматологического кабинета. Однако профессионал по дизайну интерьеров поможет выработать рекомендации для данного конкретного помещения с учетом пожеланий стоматолога. Следующая информация дает представление о воздействии цвета на людей, но ее нужно рассматривать через двойную призму опыта и знаний.

При работе с цветом нужно учитывать такие параметры как: оттенок, яркость, интенсивность, структура поверхности и угол обзора. Существует несколько общих правил:

- *Синий, сине-зеленый и зеленый цвета оказывают успокаивающее воздействие. Они вызывают у пациентов чувство покоя и расслабленности и помогают снизить кровяное давление и замедлить пульс. Однако помещение, в котором используются только эти цвета, может показаться холодным, поэтому в дополнение к ним лучше использовать теплые оттенки.*
- *Красный и оранжевый цвета имеют противоположное воздействие: повышают кровяное давление, учащают пульс и вызывают чувство возбуждения и беспо-*

койства. А то, что красный цвет стимулирует работу слюнных желез, делает его использование предпочтительным в ресторанах.

- Желтый цвет обостряет внимание и стимулирует работу мозга. Он толкает людей к спорам и усиливает их нервозность.

Важно помнить, что гармоничное оформление стоматологического учреждения достигается путем комбинирования цветовых сочетаний, в которых соблюден баланс между теплыми и холодными оттенками, а также светлыми и темными тонами. Такие детали отделки, как ковровое покрытие, керамическая плитка, виниловый пол, облицовка стен, краска, ламинат, потолочная плитка и ткань, покрывающая все поверхности, также повышают привлекательность учреждения. Важно помнить, что любые дорогие детали отделки, или детали, которые трудно будет заменить (такие как стоматологическая мебель, столешницы, керамическая плитка) должны быть нейтральных цветов.

Свет в стоматологическом кабинете. В настоящее время возможно одним из самых важных секретов охраняемых производителями стоматологического оборудования является информация о негативном влиянии на здоровье стоматологов ненадлежащего освещения. Эту тему предпочитают не обсуждать... Особенно те производители, которые просто не уделяют должного внимания качеству своей продукции и здоровью врачей. Обратимся к исследованиям, произведенными компанией A-dec International Inc., где не только указывается на важность этой проблемы, но и разрабатываются решения. Есть две наиболее важные вещи в стоматологическом кабинете, оказывающих непосредственное влияние на здоровье каждого стоматолога, – это стул доктора и лампа бестеневого освещения.

Независимо от страны или части света стоматологи всего мира испытывают одну и ту же проблему – боль и усталость. Боль в пояснице чаще всего возникает из-за неправильной посадки, неправильного расположения сидения, его формы и удаленного расположения инструментов. Головные боли и боли в глазах также достаточно распространены. Как и жалобы на общую усталость. Основной причиной всех этих жалоб является неправильная освещенность помещения, слабая освещенность полости рта и необходимость переключать зрение на различные области освещения. Почему же освещение так важно для здоровья стоматолога?

Наша способность видеть и действовать значительно зависит от освещенности предмета. В то время как общее освещение должно отвечать требованиям нормального зрения, особые виды деятельности, такие как особо точные манипуляции, работа с мелкими предметами требуют отличных от обычных условий освещения.

Если предмет сложно рассмотреть, то это обусловлено:

- его размером,
- плохой контрастностью,
- его перемещением (движение и время),
- яркостью.

Все четыре категории присущи особенностям зрительной деятельности стоматолога.

Работа стоматолога является особым видом деятельности, требующим не только знаний и профессиональной подготовки, но и мануальных навыков. Исключительная важность точности выполнения всех манипуляций в полости рта не может быть переоценена. Стоматологи не имеют право на ошибку. Любая неточность почти непоправима.

ма и может привести к далеко идущим последствиям. Все мы знаем, что наша способность видеть значительно возрастает с увеличением освещенности. Известно также, что при правильном освещении лент транспортера на производстве количество брака при сборке уменьшается вдвое; при хорошем освещении в цехах увеличивается производительность труда; при освещенности ниже определенного уровня в школах и библиотеках значительно увеличивается количество грамматических ошибок.

Перед тем, как рассматривать дальше проблему света в стоматологии следует попробовать ответить на два важных вопроса: какое освещение можно считать «правильным»? и кто определяет все необходимые для этого параметры? Отвечая на эти вопросы следует отметить, что две серьёзные международные организации устанавливают стандарты освещенности всех видов деятельности: The International Standards Association (ISO) – Ассоциация Международных Стандартов и The Illumination Engineering Society (IES) – Общество Инженеринга Освещения. Эти организации выполняют функции исследования и экспертизы стандартов применяемых не только в США местными и федеральными властями, государственными учреждениями здравоохранения и частными организациями, но и во всем мире. Поэтому ссылка на соответствие этим стандартам очень важна для обоснованного выбора оборудования и условий работы.

Существует три области при определении уровня освещенности для любой деятельности.

1. ЗОНА РАБОЧЕГО ПРЕДМЕТА (для стоматологов – полость рта).

2. ПЕРЕХОДНАЯ – СРЕДНЯЯ ЗОНА (подбородок).

3. ЗОНА ОБЩЕЙ ОСВЕЩЕННОСТИ (освещение помещения).

Рекомендуемый IES уровень освещенности в больничных операционных полях – около 25 000 люкс. Сегодняшние стандарты определяют освещенность полости рта как 20 000 люкс. Такая величина обусловлена указанными ранее характеристиками, свойственными особенностям зоны рабочего предмета стоматолога:

- 1) размер,**
- 2) контраст,**
- 3) движение и время,**
- 4) яркость,**
- 5) требования точности.**

СРЕДНЯЯ ЗОНА должна соотноситься к зоне РАБОЧЕГО ПРЕДМЕТА как минимум 3 к 1. То есть освещенность СРЕДНЕЙ ЗОНЫ (подбородка) должна составлять от 6500 до 10000 люкс.

Возможно, у кого-то возникнет желание повысить освещенность полости рта до 30000 люкс. В этой связи следует вспомнить об усталости. Офтальмологи утверждают, что 80–85% энергии в день наш организм тратит через зрение. Для адаптации зрения к различному уровню освещенности мышцы глаза сужают и расширяют зрачок. В среднем в день наши глаза производят такую адаптацию 250 000 раз. Это показатели обычного человека. Что же говорить о стоматологах, которые работают не просто с различным, а достаточно контрастным освещением. Исследования показали, что в среднем во время работы стоматолог переводит взгляд в новую зону освещения два раза в минуту. При переводе взгляда от полости рта – (20 000 люкс) в область лотка (1500 люкс) глаза испытывают колоссальную нагрузку. Чем больше амплитуда между освещенностью помещения и полости рта, тем сильнее нагрузка на глаза.

С возрастом напряжение глаз переносится труднее. Легкость, с которой глаза адаптируются к изменениям яркости света, уменьшается. Кроме того, понижается острота зрения, то есть способность видеть при любом источнике освещения и для нормальной «картинки» нам необходима большая освещенность. Острота зрения обычно снижается следующим образом – 10% к 40 годам, 25% к 60 годам, 50% к 80 годам.

Определенные требования предъявляются к осветительным приборам – равномерное освещение, правильная цветопередача, отсутствие тени. Все три требования помогают не только хорошему обзору рта, но и позволяют уменьшить нагрузку на глаза и тем самым избежать фактора усталости.

Форма самого светильника очень важна для освещения. Именно форма позволяет расширить зону освещения, но сохранить световой поток в зоне рабочего предмета. Равномерное распределение светового потока позволяет объективно оценить ткани в различных областях полости рта, а также сократить количество перемещений глаз в зоны с различным освещением. Для современной стоматологии, ставящей своей задачей не только функциональное лечение, но и восстановление эстетических характеристик, цветопередача очень важна. Свет стоматологического светильника должен сохранять натуральную цветопередачу. Это не только позволяет адекватно оценивать состояние мягких тканей при диагностике, но и чрезвычайно важно при подборе цвета пломбирочного материала.

Сокращение фактора наличия тени имеет большое значение, как для подбора цвета и диагностики, так и для уменьшения нагрузки на глаза. Все эти показатели напрямую говорят, что для светильника важно качество, как рефлектора, так и защитного покрытия (колпака) светильника. Таким образом качество стоматологического светильника определяется

- *передачей света через плафон светильника,*
- *достоверной цветопередачей,*
- *отсутствием тени.*

Принимая во внимание значительное негативное воздействие этих факторов на напряжение глаз и здоровье стоматолога в целом, можно сказать, что эти показатели будут решающими при определении лучшего стоматологического светильника.

Варианты обустройства стоматологического кабинета. Сегодня возможности получения информации о стоматологических клиниках значительно расширились, что позволяет сравнивать стоматологические учреждения различного уровня, не только в России, но и за рубежом. Рассматривая иные подходы к планированию и оформлению рабочих мест врачей-стоматологов, нам показалась весьма симпатичной финская система организации производства стоматологических услуг¹²⁷. По мнению многих специалистов признано аксиомой, что финны отдают приоритет функциональности, а не проблемам дизайна и оформления, хотя последние присутствуют в их проектах, а клиники далеки от принципов «аскетизма».

Например, клиника Университета Хельсинки), организована относительно недавно, поэтому при ее организации и оснащении были использованы современные рекоменда-

¹²⁷ Материалы по проблеме: Проектирование стоматологической клиники: «практика – критерий и инструмент познания». «Планирование стоматологического офиса» – источник DM. 07 февраля 2005 года.

ции. Клиника рассчитана на 5 кресел и ее общая площадь составляет 350 м² – это больше, чем рекомендуется специалистами из США (48–50 м² на 1 кабинет). В организации внутреннего пространства по мнению ее организаторов использован абсолютно функциональный подход – расположение помещений удобно и функционально (рис. 7.6). По мнению директора клиники, дизайнеры принимали участие в разработке концепции организации рабочего пространства, но под достаточным контролем со стороны администрации¹²⁸.

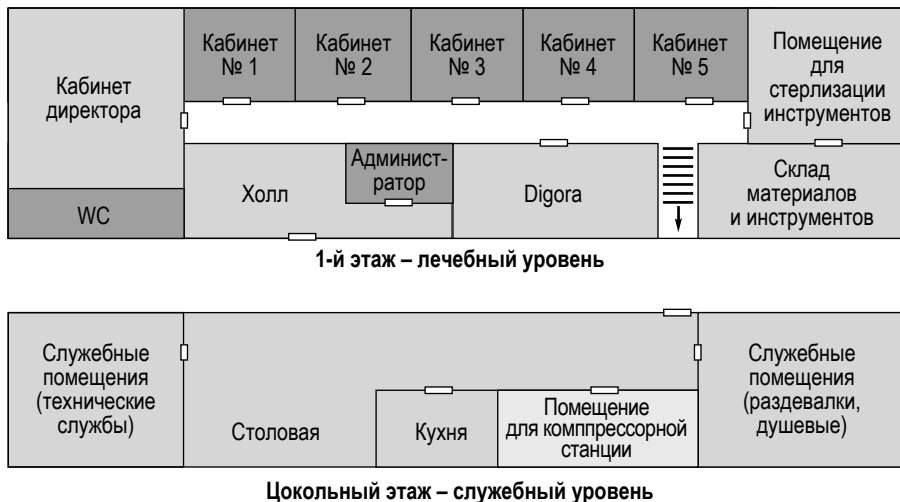


Рис. 7.6. План стоматологической клиники Университета. Хельсинки

Клиника двухэтажная – помимо лечебного этажа имеется служебный уровень, где находятся служебные и частные помещения.

На лечебном этаже расположены 5 унифицированных стоматологических кабинетов. Площадь кабинетов 3,5 на 4,5 метра. На этой площади размещается стоматологическая установка, интраоральный рентгеновский аппарат. По обе стороны от установки – медицинская мебель белого цвета. На столе – беспроводная светополимеризационная лампа. И рентген аппарат, и лампа находятся в пределах досягаемости рук врача. В углу – компьютер, на экране которого врач может анализировать рентгеновские снимки. Работа осуществляется по технологии «в четыре руки». На этом же этаже находится кабинет для стерилизации инструментов, смазки наконечников и т. д. Оборудование: автоклавы, запечатывающие машинки, прибор для чистки и смазки наконечников. Рядом – хранилище материалов и инструментов, помещение для сканера. Затем – кабинет директора клиники, холл ожидания и место для администратора, оснащенное компьютером. В цокольном этаже расположены служебные помещения – раздевалки,

¹²⁸ Lauri Turtola – главный врач Финского Студенческого Медицинского Центра университета Хельсинки – Финляндия (прим авторов).

душевые, кухня, место для отдыха и приема пищи. Кроме того, имеется помещение для компрессорной станции, снабжающая сжатым воздухом всю клинику.

Информационное обеспечение в виде классического «интегрированного пакета»: запись на прием, база данных пациентов, учет материалов на складе – в рамках традиций и соответствия требованиям данного ЛПУ.

Данный пример организации клиник иллюстрирует возможные варианты. Но при этом подтверждает основные принципы организации работы клиники перечисленные нами выше.

Основы создания стоматологической клиники. Этапы. Большинство стоматологов скажут Вам, что они думают о новом кабинете уже годы. Что удерживает их от реализации своих помыслов, – это то, что они не знают, с чего начать, – и это кажется самым трудным. Это, вероятно, самые крупные денежные вложения, которые стоматолог производит в своей профессиональной карьере. Что касается стоматологии, ключом к успешному результату будет тщательное и вдумчивое планирование. Хорошо спланированный стоматологический кабинет окажет немедленное и положительное влияние на все стороны производства стоматологических услуг. Столь подробное рассмотрение вопроса создание стоматологической клиники обусловлено тем, что в России 21 века отсутствуют профессиональные структуры проектирования и планирования работы медицинских учреждений. Есть проектные институты, которые осуществляют техническое проектирование помещений, но для начала работы им необходимо предоставить производственные, медицинские технологии, циклы. Сами принципы организации медицинской помощи изменились. Важное значение приобретает в создании клиник экономический фактор, сервисные составляющие. При этом не важно, говорим мы о частной или государственной клинике. Определенный опыт такого планирования накоплен частными компаниями, поставляющими стоматологическое оборудование. Эти компании могут рассказать о технических требованиях монтажа и эксплуатации оборудования. Консалтинговые компании могут предоставить информацию о документообороте и вопросах окупаемости стоматологической клиники. Опытные врачи-стоматологи подскажут как удобней и эргономичней работать. Список можно продолжать. И все эти знания должны быть учтены начинающим стоматологом решившим создать свою клинику или чиновником, который получил команду о строительстве. Как уже отмечалось нами, рынок не терпит пустоты и организации, которые профессионально комплексно должны заниматься данной проблемой найдутся – возможно это будет ЦНИИС и ЧЛХ, возможно ВНИИМТ или иные организации, возможно частные. А пока вопрос остается открытым.

Данный вопрос – создание и организация работы стоматологической клиники затронут нами не только из желания оказать помощь зарождающемуся «классу» врачей-стоматологов общей практики, которые по нашему мнению станут передовой «армией» в стоматологии, принимающей на себя основной поток пациентов. Понимание вопросов технологической составляющей работы клиники – потоки пациентов, сервисная составляющая, зонирование, клинические технологии, перемещение материалов, потоков документов – все это без сомнения приведет к проблеме реорганизации работы существующих стоматологических клиник при повсеместном внедрении специальности – врач стоматолог общей практики.

Изменение структуры личного состава специалистов стоматологических клиник будет происходить постепенно. Не надо обладать талантом предсказателя, чтобы спро-

гнозировать серьезный внутренний конфликт в работе стоматологических клиник. Ведь по сути в клиниках должна измениться организационная структура и должны быть созданы отделения общей практики и специализированные отделения. Пациент должен будет попадать в специализированные отделения лишь после приема в отделении общей практики. На лицо проблема загруженности врачей – узких специалистов. К сожалению, пока нет нормативных документов по реорганизации организационной структуры и штатного расписания государственных клиники. Создание такого документа станет актуально уже в ближайшие 2 года, когда первые выпускники по специальности «стоматолог общей практики» пройдут трудоустраиваться. Надо отметить, что частные стоматологические клиники скорее всего плавно адаптируются к новой ситуации, потому что уже сейчас структура организации, продиктованная прагматизмом в работе, предусматривает прием первичных пациентов врачами «универсалами» или пародонтологами – стоматологами, как специалистами имеющими наиболее широкое восприятия понятия «стоматологическое здоровье».

Итак, резюмируем описанный выше процесс создания стоматологической клиники.

Этап 1 – постановка задачи

Мотивация создания клиник может быть разная. У государства – удовлетворение потребности в недостающей стоматологической помощи, у стоматолога – получение прибыли денег и желание работать в комфортных условиях. В любом случае должен быть произведен анализ рынка – где, каких именно услуг не хватает, каков уровень платежеспособности населения, какие ресурсы выделяет государство на какой объем помощи. На этом этапе необходимо определиться с видами помощи, и производственной мощностью клиники (количество кресел и врачей). Необходимо рассмотреть перспективы развития выбранного рынка, информацию о возможности открытия рядом новых стоматологических клиник.

Наконец, врач-стоматолог должен составить список существенных для себя приоритетов – снижение психологической нагрузки, обстановка, позволяющая пациентам расслабиться, достижение высоких показателей эргономики на каждом рабочем месте. Самое главное, не забывать уделять внимания деталям. Важно убедиться в том, что все решения соответствуют поставленным задачам и сформулированным приоритетам.

Этап 2 – разработка проекта и требования к площадям

Открытие клинки может быть соотнесено, как с поиском помещения и соответственной корректировкой рассчитанных ранее мощностей в зависимости от того, какое помещение найдено. Либо со строительством нового здания, под которое несомненно необходимо выделение земли. И в том, и в другом случае технологические процессы должны быть прописаны до начала проектных работ. Несомненно, что во время привязки технологий к помещению произойдут корректировки, задача максимум для проектировщиков должны быть озвучена.

В конечном итоге будет сформирован подробный план (проектная программа), в которой подробно описывается весь конвейер по производству стоматологических услуг. Очень важно чтобы создаваемые планы формировались во имя достижения высокого результата. Если в проект включается место для особых функций, таких как, например, консультационная комната, то ее расположение должно планироваться недалеко от по-

мещений, в которых будет происходить обслуживание пациентов. Это обеспечит высокий уровень коммуникаций для пациентов, персонала и врача-стоматолога.

Другие функциональные пространства должны быть организованы так, чтобы соответствовать требованиям стандартам площади, доступа и желательному соседству. Если план разрабатывается без достаточного понимания всех видов деятельности, которым должно быть найдено место в стенах учреждения, пропущенные функции придется добавлять после окончания проектирования и строительства, – а это сделать иногда очень трудно. Возникает «эффект домино» – создание чего-то нового в условиях идущего строительства, влечет за собой перепроектирование соседних участков производства стоматологических услуг, что соответственно сопровождается ростом затрат на строительство, а в конечном итоге и удлинению сроков окупаемости проекта.

Этап 3 – финансовый анализ

Как только виртуально создан желаемый результат, следует ответить на вопрос: «Сколько это будет стоить?». Государственные проекты зависят от бюджета, поэтому мы остановимся на коммерческих проектах создания клиники. Чтобы рассчитать стоимость, понадобятся сведения о стоимости земли, уровне арендной платы, затратах на проектирование и строительство здания, инженерных сооружений и дизайна внутренних интерьеров, покупке оборудования и первоначальный фонд операционных расходов (фонд заработной платы, расходных материалов иных переменных и постоянных затрат из расчета 4–6 месяцев – до того, как возможно получение первых стабильных доходов).

Следующая задача – подготовка анализа, который бы включил все вероятные затраты с поправкой на непредвиденные обстоятельства и предполагаемые доходы. Если речь идет о кредитных средствах – не забудьте стоимость обслуживания кредита. Если возврат денежных вложений в высоком процентном отношении оправдывает риск, тогда можно перейти к следующему этапу процесса.

Этап 4: отбор исполнителей проекта

Этот этап наиболее сложен и ответственен, поскольку от правильного выбора исполнителей зависит успех – качество выполняемых работ и сроки. И то, и другое во времени – деньги. Команда, как правило состоит из архитектора (проектировщика), дизайнера по интерьерам, кредитора, подрядчика и поставщика оборудования. Важно отбирать профессионалов, всякий раз, когда это возможно, с имеющимся опытом работы по проектированию и строительству стоматологических учреждений. Желательно нанять архитектора и дизайнера по интерьерам как членов проектной группы. Важно, чтобы оба они разделяли точку зрения врача-стоматолога на новую клинику.

При найме подрядчика применяется один из двух общепринятых методов: на основе конкуренции предложений или договорной цены. Это – сложный момент. Предпочтительные на первый взгляд предложения в конечном итоге оказываются не всегда лучшими. Обычно подрядчики стремятся «занизить» свои предложения в ситуации конкуренции. Это может привести к развитию неприязненных взаимоотношений по мере продвижения и углубления работы над проектом. Изменение технического задания и постановка новых задач – вот одна из самых распространенных причин выхода проекта за рамки сметы.

Этап 5: проект

С самого начала врач-стоматолог должен предоставить проектной группе свое мнение о целях, задачах и предпочтениях создаваемого стоматологического учреждения, так чтобы все ее члены понимали, чего он хочет.

Архитектор обычно начинает со схематического плана. Это поможет определить три функциональные зоны и соотношения помещений в каждой зоне. Хорошее проектирование, как и хорошая стоматологическая помощь, требует времени и профессионального планирования. На этой стадии важна оценка врачом-стоматологом того, насколько представители проектной группы следуют поставленным им задачам и способны превращать в жизнь составляющие технического задания, стоматологическую сущность и облик учреждения.

Важным моментом в снижении перспектив формирования нервного напряжения – правильное зонирование. Следует постараться, чтобы лечебная зона и общественная зона имели, насколько это возможно, малую площадь соприкосновения, а между ними следует сформировать буферную зону. Это позволит устранить значительную часть причин стрессовых ситуаций в будущем.

Обращаем внимание, что на момент работы над проектом все оборудование должно быть выбрано – как медицинское, так и жизнеобеспечения (бойлерная, компрессоры и т. п.) Стоматологические установки различных производителей требуют различного подключения, мощности электросети и пр. Это касается и иного оборудования.

Этап 6: строительство

В ходе строительства совершенно нормальной вещью является обнаруживать расхождения между тем, что ожидалось, и тем, что получилось. Часто лучше обсудить эти различия с представителями проектной группы с тем, чтобы определить их приемлемость, прежде чем требовать от них строгого следования планам. Если имеющая значительный опыт, квалифицированная команда разработчиков сделала свой выбор, на их решения можно положиться, как на более верные, при условии что они понимают поставленные перед ними задачи и разделяют взгляды на приоритеты стратегии строительства стоматологического учреждения.

Этап 7: монтаж и ввод в эксплуатацию

Как правило, имеется значительная разница между датой окончания работ и датой ввода в эксплуатацию объекта. Как только становится известной дата окончания строительства, подрядчику часто требуется еще 2–3 недели, для того чтобы справиться с завершением небольших погрешностей проекта. Не следует дожидаться полного окончания строительных работ до входа монтажников оборудования в помещения. На этапе до отделки поверхностей необходимо провести инспекцию выполненных скрытых работ, которые обеспечивают техническое подключение будущего оборудования. Лучше произвести уточнения, чем позднее вскрывать потолки, плитку и делать все заново.

И в заключение... В настоящее время в перечне услуг, предоставляемых различными компаниями на стоматологическом рынке, наряду с продажей оборудования и материалов, появились услуги по сервисному обслуживанию, юридическим консультациям и дизайну. Как правило за дополнительными услугами в эти фирмы обращаются врачи-

стоматологи, желающие открыть клинику, но не имеющие опыта самостоятельной работы в бизнесе. Сотрудники этих фирм уверены, что лучшая реклама – это сотрудничество.

Конечно в них не работают альтруисты, поэтому существуют отдельные расценки на разработку дизайна стоматологического кабинета, юридическую консультацию и т. п. Или фирмы предлагают клиентам, приобретающим у них оборудование, предоставить эти услуги «бесплатно». Поскольку, оказав помощь при создании клиники, сотрудники фирмы «привязывают» клинику к ее оборудованию, расходным материалам, консалтинговым услугам и пр. Многие клиенты в рамках этих взаимоотношений становятся долгосрочными партнерами.

Даже начальные уроки бизнеса говорят о том, что «бесплатный сыр бывает только в мышеловке», поэтому первое правило честных взаимоотношений с сотрудничающими фирмами – за все надо платить. Конечно они всегда рады новым клиентам, настаивают на постоянстве сотрудничества и совместном процветании. Поскольку главной специализацией торгующих стоматологических фирм на рынке являются стоматологические установки и приобретают их чаще «новички», вполне естественно, что именно эти фирмы хорошо знают весь спектр проблем, возникающих при создании новых стоматологических кабинетов, начиная с маркетингового исследования, заканчивая выбором места для кабинета, технико-экономического обоснования, получения банковского кредита, особенностей лизинговых программ, дизайнерских услуг и др.

Если все-таки у стоматолога имеется стартовый капитал для открытия клиники, разумным шагом будет обращение за советом к профессионалам. У фирм производителей и поставщиков стоматологического оборудования, имеющих хорошую международную репутацию, уровень компетентности персонала всегда выше, чем у всех остальных. Компании – производители стоматологического оборудования прекрасно представляют, как и в каких условиях работает стоматологический кабинет, как проектируются и реализуются различные проекты стоматологических учреждений и что нужно сделать для того, чтобы максимально удовлетворить различные запросы потребителей.

На современном этапе развития отечественной стоматологии одной из задач государства является формирование гарантий безопасности и качества медицинской помощи. В условиях существования медицинских учреждений и предприятий различных форм собственности основой обеспечения этих гарантий являются объективные механизмы конкуренции и контрольно-разрешительные меры в здравоохранении: процедуры лицензирования стоматологической деятельности, аккредитации стоматологических учреждений, аттестации и сертификации персонала. При осуществлении этих процедур особое внимание уделяется оценке квалификации работников, осуществляющих профессиональную деятельность и соблюдению требований, предъявляемых к квалификационным характеристикам врачей-стоматологов.

Мировой опыт развития стоматологии доказывает необходимость оказания стоматологической помощи как врачами общего профиля (врачами-универсалами), так и узкими специалистами. Стоматология немыслима без команды высшего и среднего медицинского персонала (ассистенты, гигиенисты), настроенного на внедрение и поддержание профилактической стратегии в отношении пациента.

Контрольные задания и вопросы

1. Дайте характеристику конкурентной модели производства стоматологических услуг.
2. Что стоит за выражением «управляемая конкуренция»?
3. Какие проблемы при создании кабинета придется решать врачу-стоматологу общей практики?
4. Дайте характеристику трехуровневой системе учреждений стоматологической помощи.
5. Какие виды помощи относятся к первичной стоматологической помощи (доврачебной)?
6. Какие виды помощи относятся к первичной стоматологической помощи (врачебная, квалифицированная)?
7. Перечислите компоненты обеспечивающие работу модуля врача-стоматолога общей практики.
8. Каковы особенности проектирования стоматологического учреждения первого уровня, принципы зонирования?
9. Перечислите основные этапы организации стоматологического учреждения первого уровня.

ГЛАВА 8

Управление производством услуг в стоматологии

Современная стоматологическая помощь представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, сложных информационных систем, огромного количества пломбирочных и расходных материалов, а также сложных приборов, оборудования и технологий. Правильно организовать взаимодействие этих элементов и процессов наиболее трудная, но вместе с тем и главная задача в системе организации системы управления производством стоматологических услуг. Стремление к обеспечению высокой эффективности производства стоматологических услуг можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства услуг высокого уровня качества будут сосуществовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов и обеспечения достаточного уровня доступности стоматологической помощи для широких кругов пациентов.

В этой связи следует отметить, что рыночные преобразования в здравоохранении (особенно в стоматологии) нельзя расценивать однозначно. Внедрение рынка в социальную сферу, каковой является здравоохранение, весьма опасно с точки зрения формирования свободной конкуренции между производителями услуг. Это, как правило, приводит к полной хозяйственной обособленности каждого производителя, его полной зависимости от конъюнктуры рынка, противодействия другим товаропроизводителям в борьбе за покупательский спрос. Конкуренция, в каких бы видах она ни проявлялась, есть «война», которая ведется по трем основным направлениям: первое охватывает конкуренцию среди продавцов, второе – конкуренцию среди покупателей, третье – борьбу между продавцами и покупателями на противоположных позициях по поводу уровня цен.

Естественно, что в этой ситуации потребление самой высококачественной продукции обеспечит себе тот, кто сможет предложить более высокую цену за услуги. Сегодня это всего около 10% населения России. Эти принципы сегодня в значительной мере реализуются в потреблении стоматологических услуг высокого качества практически во всех территориях ДВФО.

Что же относительно социальной справедливости, то ее обеспечение в условиях рынка становится весьма сложной проблемой и должна гарантироваться соответствующим законодательством и механизмами его реализации. С другой стороны, производитель может победить на рынке, предложив приемлемое соотношение цены и гарантии высокого качества услуг

В условиях рынка руководство ЛПУ должно исповедовать принципы, которые обеспечат выживание, независимо от формы собственности:

- соответствие предлагаемых услуг спросу рынка, ежедневное совершенствование технологических процессов;
- стремление к повышению качества функционирования ЛПУ в целом;
- увеличение производительности труда на каждом рабочем месте;
- снижение себестоимости производимых стоматологических услуг.

Все, от администратора самого высокого уровня до исполнителя несложных работ, должны отдавать себе отчет в том, что никакой контроль со стороны руководителей не

обеспечит высокого уровня качества и эффективности на каждом рабочем месте, а в целом и производства высококачественных услуг в стоматологии, кроме самих работников. Это является основой современного менеджмента. Однако целью всей системы управления является стремление к достижению высоких результатов состояния стоматологического здоровья пациентов. Медицина не может полностью быть приравнена к процессам производства, так как врач был и остается не только исполнителем, но и участником процесса лечения вместе с пациентом. Но каждый конкретный врач – это конкретный человек со своим видением, приоритетами и потребностями – вопрос «забывания» денег остается актуальным несмотря на данную клятву Гиппократа.

К сожалению, значительная часть врачей-стоматологов региона до настоящего времени очень редко обращает внимание на заболевания пародонта и чаще всего просто удаляют слегка подвижные зубы, что является уровнем качества стоматологии трехсотлетней давности, а с точки зрения современной стоматологии – это варварство. С появлением керамики и металлокерамики многие стоматологи-ортопеды всем пациентам без разбора, по показаниям и без, стали депульпировать и обрабатывать тачивать зубы для металлокерамики, не объясняя последним, что цемент под коронками рассасывается со скоростью: 0,2% в месяц, 2% в год, 20% за 10 лет. Следовательно через 3–5 лет под коронками цемент частично рассосется, а остатки зубов – частично разрушатся, поэтому большинство пациентов перейдет на следующий этап лечения – протезирование беззубой челюсти или изготовление имплантатов так же на относительно небольшой срок, но за большие деньги.

Пациенты, получившие ранее негативный опыт начинают анализировать рынок услуг и вырабатывать критерии потребителей основываясь не на «дипломах» врачей-стоматологов, а на качестве оказываемых услуг. Эти критерии несколько отличаются от официальных критериев изложенных в нормативных документах органов управления здравоохранением. Пациенты постепенно приходят к пониманию того, что главное в стоматологии это не разделение на квалификационные категории и научные звания, а на уровень достижения реальных результатов качества тем или иным специалистом. Уровень результатов, кстати не зависимо от числа дипломов и сертификатов, является главной движущей силой востребованности того или иного специалиста, ЛПУ стоматологического профиля у пациентов. Только уровень результатов будет создавать устойчивый имидж стоматологической клинике.

Если организаторы здравоохранения региона не будут чрезмерно опекать этот рыночный процесс формирования кадров, то количество высококвалифицированных частных стоматологов-универсалов будет резко увеличиваться, что заставит подтягиваться за ними и специалистов государственных и муниципальных ЛПУ. Сегодня для того, что бы сделать несколько шагов вперед, необходимо врача-стоматолога общей практики подготовить в нескольких направлениях. В первую очередь в пародонтологии. Пациенты с заболеванием пародонта составляют не только значительную часть населения ДВФО, но и являются наиболее активной частью – особенности заболевания вынуждают их обращаться к стоматологу, в то время, как иные пациенты не спешат посетить стоматолога. В данной ситуации считаем важным заинтересовать стоматолога общей практики в получении теоретических и полноценных практических навыков комплексного подхода к лечению заболеваний пародонта и дать возможность проводить операции на тканях пародонта с последующим микропротезированием, с изготовлением мосто-

видных или консольных протезов с максимальным сохранением функции зубов. Врач стоматолог общей практики должен получить определенный круг знаний в ортодонтии, что бы уметь изготавливать несложные ортодонтические аппараты. В отдельных стоматологических кабинетах уже сейчас выше указанные манипуляции проводят частные практикующие стоматологи.

Существование современного здравоохранения без экономической составляющей невозможно. При этом вопрос стоит не только о получении финансовых средства, но и о эффективном их использовании. Работа должна быть организована эффективно в рамках стратегии, основанной на реализации девиза: «При минимальных затратах добиваться максимальных результатов». Производство стоматологических услуг, как и любого другого производства требует грамотного, современного управления, следовательно врач-стоматолог общей практики, кроме профессиональных медицинских знаний и умений, должен овладеть знаниями теории и практики современного менеджмента.

8.1. Менеджмент в стоматологии в новых экономических условиях

Всем, кто не остался равнодушным к падению престижа и деградации отечественной медицины, следует задуматься, ведь за относительно короткий промежуток времени с 1986 по 2006 год уровень состояния здоровья населения России опустился с 26 места до 132, на что есть объективные причины¹²⁹. Место России в рейтинге ВОЗ основано на объективных критериях, которые являются конечными результатами работы отрасли, чего бы там не говорили представители высших эшелонов власти о наших достижениях и национальных приоритетах в охране здоровья населения. Объективный анализ ситуации в здравоохранении позволяет сделать заключение о том, что повсеместно снижается качество и доступность медицинской помощи.

Несколько лет назад директор Национального института здравоохранения, академик РАМН, проф. О.П. Щепин, анализируя итоги научных исследований по проблеме общественного здоровья отметил, что большинство НИОКР последних лет грешат преувеличением анализа над научным обоснованием выработки управленческих решений разного уровня. Материалов о том, что нерешенных проблем сколько угодно, а что дальше¹³⁰?

Сегодняшних руководителей отрасли здравоохранения России многие представители СМИ называют прагматиками. Но в том то и дело, что прагматизм в здравоохранении России следует рассматривать как ребенка, родившегося от слабой матери, потерявшей последние силы от потрясений революционных преобразований перестройки и постперестроечного периода, и поэтому имеющего массу проблем со здоровьем. Не значит ли это, что прагматизм – это универсальный механизм решения настоящих

¹²⁹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 года. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Всемирная организация здравоохранения. 2000. С. 224.

¹³⁰ Выступление академика РАМН Олега Прокопьевича Шепина на совещание руководителей кафедр и НИИ общественного здоровья и здравоохранения, проходившее в г. Москве в 2003 году было посвящено количеству и качеству научно-исследовательских работ по специальности 13.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» (прим. авторов).

и будущих проблем отечественной стоматологии. И вообще – единственный путь, который позволит обеспечить выполнение в полном объеме программы госгарантий во всех без исключения субъектах РФ, повысит качество, помирит врача и пациента, защитит низкодходные категории населения от прямой оплаты стоматологической помощи, как в легальном, так и в теневом секторе рынка.

Конечно, не стоит торопиться впадать в восторг относительно значимости прагматизма для здравоохранения, например реализации Национального проекта «Здоровье». Прежде всего, смущает, что прагматизм нынешних руководителей отрасли, вызван лишь чрезвычайными обстоятельствами и восстановительно-экстренными механизмами реализации применяемых мер. Ведь многим специалистам по управлению отечественным здравоохранением еще в 2000 – 2005 гг. было понятно, что если срочно не сделать реальных шагов по изменению финансирования подразделений и персонала ЛПУ первичной медико-санитарной помощи, то основа отрасли, ее фундамент будет разрушен окончательно. Тогда на восстановление разрушенной системы медицинской помощи населению России потребуются не годы, а десятилетия.

Что же относительно стоматологии, то первые шаги по восстановлению специалиста первичного звена были сделаны еще на VII съезде стоматологов России. Тогда в полный голос заговорили о враче-стоматологе общей практики. Однако кроме разговоров до настоящего времени сделано очень мало, продолжают дискуссии о системе непрерывной подготовки, о том, каким образом встроить эту специальность в муниципальную поликлинику и т. п. Сегодняшние лидеры отрасли в силу своего опыта работы в «социалистическом» здравоохранении вспоминают былые годы и ничего не делают для того, чтобы им на смену пришли амбициозные, подготовленные по вопросам экономики, рынка, управления стоматолога, которые сдвинули бы с мертвой точки топчущуюся на месте государственную систему производства стоматологических услуг. Вполне естественно, что коммерческий сектор намного быстрее среагировал на веяния времени и требования рынка. Поэтому именно в негосударственных ЛПУ стоматологического профиля появились врачи-стоматологи новой формации. Кроме специальных знаний, они овладели знаниями и навыками в вопросах экономики, маркетинга, медицинского права и менеджмента.

Понятие «менеджмент» и «менеджер» вошло в жизнь населения России относительно недавно, но идеология менеджмента, как одного из наиболее эффективных направлений управления давно используется широко в коммерческих организациях, эффективно работающих государственных и муниципальных предприятиях. По утверждению классика менеджмента Питера Дракера «Редко, если вообще когда-либо, какой-нибудь новый основанный институт так быстро доказывал свою необходимость, как развивался менеджмент с начала нынешнего столетия».

В бывшем СССР менеджмент не признавался, а все трактовки сводились к следующему определению по этому поводу «Менеджеризм – современная буржуазная теория управления. Менеджеризм объявляет своей целью создание науки, формирующей «основные принципы управления», пригодные для любой человеческой организации. Практическое применение этих принципов позволит якобы устранить противоречия капитализма и обеспечит его процветание».¹³¹

¹³¹ Философская энциклопедия, 1964.

По мнению ведущих американских специалистов, менеджмент – это не управление предметами, а организация и управление трудом людей, это система ежедневного и перспективного планирования, прогнозирования и организации производства, реализация продукции и услуг с целью получения максимальной прибыли (материальной, интеллектуальной и духовной). Итак, менеджмент – это искусство управлять интеллектуальными, финансовыми, сырьевыми, материальными ресурсами в целях наиболее эффективной производственной деятельности.

Вопросы менеджмента в стоматологии стали приобретать всё большую актуальность в последнее десятилетие, что связано с новой ориентацией экономики России на развитие рынка и рыночных отношений. Это потребовало децентрализации государственной власти на уровне регионов и реформы управления отраслей народного хозяйства, в т. ч. и здравоохранения. Эти процессы существенно меняют роль руководителей, обуславливая рост их самостоятельности в решении вопросов функционирования и развития управляемых объектов. При этом одновременно возрастает ответственность руководства за достижение поставленных задач.

В экономически развитых странах менеджмент получил своё развитие в коммерческих структурах, которые действуют как в сферах производства, так и в отраслях, производящих услуги, к которым относится здравоохранение и бурно развивающаяся в последние годы система стоматологической помощи населению. Роль руководителя ЛПУ стоматологического профиля в новых экономических условиях с точки зрения менеджмента будет определяться:

- *появлением рынка рабочей силы, товаров, услуг и т. д., которые будут продаваться и покупаться;*
- *необходимостью взаимодействия с рыночными структурами;*
- *представительством системы здравоохранения перед местными органами власти, которые будут определять объёмы многоканального финансирования ЛПУ;*
- *ответственностью за достижение конкретных запланированных результатов деятельности ЛПУ и за эффективное использование ресурсов.*

Коренное реформирование здравоохранения в России в течение последних десяти лет, введение системы обязательного и добровольного медицинского страхования неизбежно сопровождаются развитием рыночных отношений (Стародубов В.И. и др., 1997; Щепин О.П. 1998; Вялков А.И., 1998–2003). Важной предпосылкой появления и развития альтернативных государственным медицинским организаций является разгосударствление различных секторов народного хозяйства. В условиях развития рынка в здравоохранении наиболее естественно в такие отношения вошли стоматологи (Бутова В.Г. и др., 1999).

Следует осознавать то, насколько значительно отличаются принятые в государственных и муниципальных учреждениях в прошлые годы административные методы управления от современных методов управления, основанных на идеологии менеджмента, прежде всего в ЛПУ коммерческого сектора стоматологической помощи. В то же время, опыт внедрения рыночных методов хозяйствования в отечественной стоматологии показал, что государственная система стоматологической помощи России имеет значительный потенциал для реализации рыночных реформ.

Таким образом, формирование рынка стоматологических услуг, появление большого числа негосударственных стоматологических организаций на Дальнем Востоке

России ставит перед органами управления здравоохранением регионального и муниципального уровня, перед главными специалистами по стоматологии и научными работниками ВУЗов ряд задач теоретического и практического плана:

1. Анализ существующей в регионе (муниципальном образовании) сети стоматологических учреждений разных форм собственности и условий их деятельности, в том числе анализ демографической и географической сегментации рынка стоматологических услуг.
2. Анализ статистических форм отчетности стоматологических учреждений.
3. Изучение основных механизмов обеспечения качества стоматологической помощи населению не зависимо от места оказания услуг.
4. Изучение форм, методов и организации рекламы стоматологической помощи в условиях рыночных отношений.
5. Анализ формирования штатных расписаний, принципов оплаты труда, подготовки и повышения квалификации медицинского персонала.
6. Разработка оптимальной стратегии и тактики ценообразования в государственных и муниципальных стоматологических ЛПУ в современных рыночных условиях.
7. Применение системно-ситуационных методов в управлении деятельностью ЛПУ стоматологического профиля.

Сегодня отечественные специалисты по управлению все чаще говорят о наступлении «эпохи менеджмента», в рамках которой проходит «тихая управленческая революция». Менеджмент коренным образом меняет всю управленческую систему. Стоматологическое учреждение сегодня является центральным звеном системы, самостоятельным субъектом управления, а не частью какой-либо иерархической пирамиды, как было в отрасли здравоохранения бывшего СССР.

Менеджмент как конструктивная концепция управления характеризуется, прежде всего, возможностью выбора, позволяющего изыскать конкретные и реальные пути и методы руководства. Стремясь найти и разработать средства, которые способствовали бы наиболее эффективному достижению целей, менеджмент обусловил появление и развитие различных подходов к управлению, ориентированных на факторы внутренней и внешней среды. На разных этапах формирования менеджмента разработаны целевой и системный подходы, успешно применяющиеся в практике управления, и самый современный – ситуационный, применение которого чрезвычайно перспективно.

Подходы к управлению в стоматологии. Рынок стоматологических услуг относится к числу наиболее динамично развивающихся секторов рынка медицинских услуг. Характерным для него является рост числа стоматологических организаций и, прежде всего, негосударственных, появление элементов конкуренции, изменение самих медицинских организаций, их структуры и размеров. В новых хозяйственных условиях неотъемлемой частью работы любой стоматологической организации является развитие практического менеджмента и маркетинга.

Сегодня одной из самых популярных моделей управления является маркетинговая модель. Новая философия управления основана на системном, ситуационном подходе. При этом учреждение (фирма) рассматривается как «открытая система». Главные предпосылки ее успеха лежат как внутри, а так и вне ее. Успех связывается с тем, насколько удачно учреждение вписывается во внешнюю среду (экономическую, научно-техническую).

кую, социально-политическую) и приспосабливается к ней. Ситуационный подход к управлению означает, что все внутреннее построение системы управления представляет собой ответ на воздействия внешней среды.

В условиях ситуационного подхода формы, методы, системы, стиль руководства должны существенно варьировать в зависимости от объективных условий организационного контекста, приближаясь то к идеалам рационалистической модели (в условиях высокой степени определенности и стабильности), то к принципам поведенческого направления (в условиях высокой степени неопределенности). Менеджеры справедливо считают, что каждое учреждение должно искать свою собственную модель управления.

Целевой подход служит основой стратегического управления и планирования, предполагает выбор, обоснование и реализацию четких и конкретных долгосрочных или краткосрочных целей, которые выступают как ориентиры для руководства стоматологическим учреждением. Ясно, что целевой подход предопределяет успешность управления, поскольку позволяет однозначно направить деятельность стоматологического учреждения на потребности пациентов, сосредоточить усилия коллектива на решении самых важных задач, установить объективные критерии оценки работы. Деятельность стоматологической фирмы может быть успешной только при условии четкого видения целей. Не только руководитель клиники, но и все сотрудники должны ясно представлять себе, что нужно делать для достижения желаемого результата.

Управленческие функции. Трактовка управления как процесса, представляющего собой целостную совокупность функций, имеет давнюю историю. Фактически с начала формирования основ менеджмента в 20-х годах прошлого века, когда Анри Файолем был разработан первый перечень, и до сих пор создаются различные классификации, отличающиеся только числом и наименованием управленческих функций. Но сейчас речь должна идти не столько о классификациях, сколько о содержании и реализации этих функций в управлении стоматологическим учреждением.

Областью функционального совершенствования управления является планирование и прогнозирование (рис. 8.1).



Рис. 8.1. Функции, составляющие процесс менеджмента

По своему существу планирование означает заблаговременное принятие решения по поводу того, что предстоит сделать. Менеджмент открывает в этом аспекте определенную перспективу, расширяя наше понимание процесса планирования в его взаимосвязи с другими управленческими функциями. Менеджмент предлагает четкие способы оценки целей, распределения ресурсов, внутренней и внешней координации. Здесь разработаны модели планов, позволяющих стоматологическим учреждениям найти решение насущных проблем, уменьшить фактор неопределенности будущего, адаптироваться к динамичным изменениям. Эти планы, как правило, конкретны и состоят из ряда последовательных этапов.

После того, как в процессе планирования были определены цели и задачи, основной функцией менеджмента является переключение на совершенствование организации, которая способна выполнить эти задачи. В этом контексте важное значение приобретает функция организации. Повысить чувствительность и быстроту реакции руководства стоматологической клиники на нововведения, сосредоточиться на проблемах будущего позволяет освоение новых для нас категорий: делегирования полномочий, адаптивной организационной структуры, а также современное восприятие традиционных понятий, таких, как интеграция, централизация.

Следующей функцией менеджмента является реализация планов (руководство). Т. е. после составления планов и создания стоматологической организации, способной воплотить их в жизнь, следующей логически обоснованной функцией менеджмента является стимулирование необходимых усилий для выполнения требуемой работы. Руководство включает следующие виды деятельности.

- *Отдача приказов.*
- *Наблюдение за выполнением.*
- *Личный пример.*
- *Мотивирование.*
- *Обмен информацией.*
- *Разработка должностных инструкций.*

Последующие действия концентрируются на координации. Координация – это действие по синхронизации действий врачей и прочего персонала таким образом, что бы они слаженно взаимодействовали для достижения целей, поставленных перед стоматологической клиникой.

В нынешних условиях смены приоритетов в управлении ЛПУ стоматологического профиля, ощутимо меняет свое содержание контроль, составляющий существенную часть процесса управления (контроль – синонимы – обратная связь, обеспечение выполнения). Контроль – это международный термин в области менеджмента и применяется в том же смысле этого слова, что и в кибернетике. Контроль можно определить как регулирование действий в соответствии с требованиями плана. По своей сути, контроль непосредственно связан с функцией планирования. Из основной функции административно-командных органов, которой подчинялись все остальные управленческие процессы, контроль постепенно обретает истинное значение, сформулированное в менеджменте. Контроль обеспечивает достижение целей стоматологического учреждения, он необходим для обнаружения и разрешения возникающих проблем раньше, чем они станут слишком серьезными, и может также использоваться для стимулирования успешной деятельности. Суть контроля как управленческой функции заключается не в поиске

виновных и их наказании, а в открытом выявлении проблем и поиске их оптимального решения для реализации принципа «при минимальных затратах достичь максимальных результатов».

Функция, которая в отечественной теории управления называется стимулированием, в менеджменте обозначается термином «мотивация». Традиционное стимулирование с его двухмерной системой материальных и моральных стимулов заметно ограничивает функции руководителя ЛПУ в создании факторов, влияющих на удовлетворенность работой и собственное развитие. Мотивация, за которой стоят многолетние глубокие исследования потребностей человека, проведенные как в теории менеджмента, так и в рамках психологических наук, обеспечивает массу реальных и конкретных мероприятий для заинтересованности всего персонала стоматологического учреждения в своей работе, создания оптимального климата в коллективе, выбора методов и стиля руководства.

Потребность в управлении возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. При этом суть управления не зависит от величины системы: будет ли это группа в несколько человек (частный стоматологический кабинет) или объединение значительного числа стоматологических поликлиник в некую корпоративную систему, где работает 150–200 врачей-стоматологов. Сутью управления является «наиболее эффективное достижение поставленных системой целей». Эта формулировка может считаться определением управления как вида человеческой деятельности. Ключевым словом в определении является «цель».

Философское определение «цели» звучит так: «Цель – результат осознанной деятельности человека или группы людей». Его можно отнести к любой деятельности человека. В этом смысле можно говорить о всеобщности управления. В управленческой деятельности в стоматологии имеются два основных элемента:

- *субъект управления – тот, кто управляет, воздействует (в ЛПУ это администрация, орган управления);*
- *объект управления – те, кем (или чем) управляют (на уровне ЛПУ это неразрывно связанные друг с другом производственные процессы и ресурсы).*

Технологии в управлении отражают способы воздействия субъекта на объект управления. Поскольку управление многоаспектно и имеет несколько уровней, то его взаимоотношения возможно рассматривать на основе представленной модели. (рис. 8.2).

Система управления ЛПУ стоматологического профиля включает непосредственно 2 уровня (стратегический и тактический) аппарата управления: главного врача со своими специальными службами (АХЧ, бухгалтерия и т. д.) и заместителей главного врача и 3-й (оперативный) – низовой уровень – заведующие отделениями ЛПУ. Должности этого уровня не включены в номенклатуру аппарата управления, но, работая непосредственно с исполнителями, они осуществляют управленческие функции. В частном стоматологическом учреждении эти принципы сохраняются, но зачастую большинство из них концентрируется в руках собственника учреждения, что концентрирует у него и самый высокий уровень ответственности за результаты работы.

Объект управления отражает производственные процессы, определяемые типом ЛПУ (муниципальная стоматологическая поликлиника, частный стоматологический кабинет и т. д.), в основании которого лежат ресурсы, обеспечивающие работу конвейера по производству стоматологических услуг.

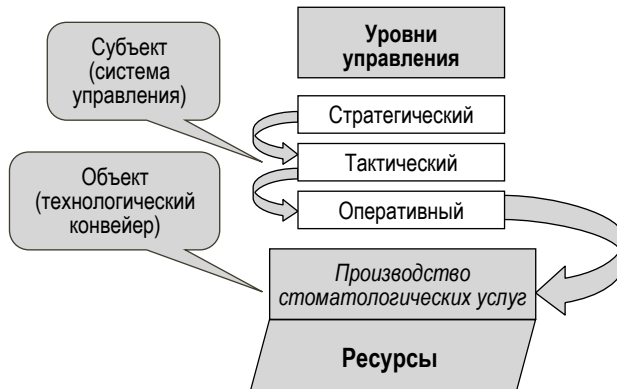


Рис. 8.2. Взаимодействия субъекта и объекта управления в стоматологии

Субъект управления ЛПУ стоматологического профиля. Система управления любого объекта по существу имеет 3 уровня:

- стратегический,
- тактический,
- оперативный.

Название уровней отражает приоритетные задачи каждого из них; но при этом следует подчеркнуть, что по отношению к своим задачам каждый уровень выполняет все три вида деятельности.

Задачами стратегического уровня являются:

- обеспечение достижения поставленных целей в запланированных объёмах и в обозначенные сроки;
- совершенствование деятельности ЛПУ стоматологического профиля;
- разработка новых целей на основе прогноза ситуации во внешней среде и учёта возможностей стоматологического учреждения.

Таким образом, на стратегическом уровне лежит ответственность за последствия принятых решений, определяющих успех стоматологического учреждения в будущем.

Тактический уровень ответственен за оптимальное распределение ресурсов с выбранной стратегией, организацию и контроль достижения текущих результатов по отдельным направлениям деятельности стоматологического учреждения.

Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных (технологических) процессов в отдельных подразделениях учреждения, что определяется соответствием, как со стандартами с технологий, так и с оптимальным использованием ресурсов.

Перед каждым руководителем стоматологического учреждения ежедневно встают проблемы, которые требуют разрешения в короткие сроки или могут быть отодвинуты на далекую перспективу, но так или иначе решения принимаются. Работа руководителя любого уровня строится на выполнении алгоритма нескольких функций, которые следуют одна за другой и по мере прохождения управленческого цикла, алгоритм может быть

повторен на более высоком уровне неоднократно, пока цель (конечный результат) не будут достигнуты¹³².

Часто специалисты по управлению стоматологией плохо знают потребителей услуг, в т. ч. пациентов, врачей, администрации территорий и пр. Знание и понимание потребителей продукции стоматологии должны приобретаться в ходе осмысленного диалога с ними и информация должна проникать на все уровни ЛПУ, которые стремятся удовлетворить нужды потребителей.

Для того чтобы улучшить результаты работы стоматологических учреждений, их руководители должны хорошо понимать, что приносит эти результаты. Таким образом, знание структуры системы здравоохранения в целом, стоматологических медицинских учреждений, технологических процессов позволит постоянно улучшать эти процессы, а это является единственным предсказуемым способом улучшения результатов деятельности в стоматологии.

Применение статистического анализа технологических процессов предусматривает преимущественное использование аналитической статистики по сравнению с цифровой статистикой. Это статистическое мышление фокусируется на будущей характеристике происходящих в настоящее время процессов и функционировании систем, а не на описании или сравнении фиксированных совокупностей прошлых данных. Иными словами, каким образом можно понять происходящий процесс, чтобы быть в состоянии предсказать его характеристики в будущем? Существует несколько способов. Это, прежде всего внедрение таких средств индикации и анализа данных, как сетевые графики, контрольные технологические карты и др.

Наконец, результаты, которых должны добиваться руководители стоматологических учреждений, делятся на три основные категории:

1. *Сокращение расходов, инципируемых владельцами стоматологического учреждения.*
2. *Удовлетворение запросов населения и отдельных потребителей стоматологических услуг.*
3. *Вовлечение в процесс улучшения результатов (медицинских, социальных, экономических) как можно большего числа сотрудников учреждения.*

Объект управления. Осуществление производственных процессов в условиях рыночных отношений приобретают большую ориентированность на удовлетворение пациента получаемыми услугами, т. к. услуга становится предметом купли и продажи. Это повышает требования к качеству оказания медицинской помощи и ставит вопрос о стоимости производимых услуг. В связи с этим возникает необходимость использования стандартов как измерителей оказания медицинской помощи. При этом кроме технологических стандартов выполнения операций и процедур, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и профилактики стоматологических заболеваний, должны быть раз-

¹³² Системе достижения высоких результатов деятельности, как отдельного работника, так и учреждения в целом посвящен опыт специалистов, работавших в Японии в середине XX века (Деминг, Джозеф Джуран, Арман Фегельбаум). В 50–60 годах их ученик и коллега Каору Ишикава работал над проблемами повышения эффективности производства, что в конечном итоге и позволило сформулировать ему управленческий цикл по обеспечению качества услуг: «Планировать – Делать – Проверять – Действовать» (прим. авторов).

работаны стандарты оказания стоматологической помощи при различных нозологиях с учётом стоимости проводимых процедур, т. е. медико-экономические или клиничко-экономические стандарты.

Не останавливаясь подробно на ресурсах, куда включают кадры, финансы, основные фонды и материально-техническое оснащение расходными материалами и медикаментами, скажем, что именно объект управления станет предметом рыночных отношений. Поэтому вопросы приобретения, использования и развития ресурсов становится важнейшей специальной задачей системы управления стоматологического учреждения.

Среди прочих самым сложным для управления признаны кадры – большие различия в профессиональной подготовке, демографических параметрах, личностных особенностях, выраженный динамизм в потребностях предопределяют выделение специальной функции управления – работы с кадрами, задача и функция которой по праву должны стать предметом специального рассмотрения. Это существенно повлияло на переориентацию интересов стоматологических учреждений на потребителя, а внутри учреждения изменило характер взаимоотношений между руководством и исполнителями в сторону большего интереса руководителей к нуждам и потребностям работников.

В настоящее время управление в отечественной стоматологии переживает период ситуационного подхода, что вызвано нарастающим динамизмом изменений в обществе. Растущая борьба граждан (пациентов) за свои права привела к увеличению социальной ответственности менеджмента, т. е. большего привлечения рыночных структур к решению социальных вопросов. Приоритетное развитие получили и информационные системы, обеспечивающие взаимосвязи между всеми заинтересованными сторонами. В этих условиях, когда на ведущие позиции в идеологии менеджмента выходят взаимоотношения между людьми, большое значение для успешного управления имеет стиль отношений между управляющими и исполняющими структурами учреждения.

Таким образом, каждый руководитель стоматологического учреждения, независимо от его величины, должен обладать практическими навыками менеджмента

- *Технические навыки – это способность пользоваться методами, процессами и технологическими приемами в определенной области.*
- *Личностные навыки – это способность сходитьсь с другими людьми, понимать их, мотивировать их и увлечь их за собой в процессе работы.*
- *Концептуальные навыки – это умственные способности охватывать весь комплекс отношений на рабочем месте, взаимосвязь между людьми, отделами и различными подразделениями учреждения и даже между отдельно взятой организацией и окружающей средой, в которой эта организация существует.*

В определенной мере на успешное управление стоматологическим учреждением влияет, насколько верно руководитель представляет его, как систему (конвейер по производству стоматологических услуг), имеющую вход и выход. И насколько они склонны к проведению преобразований (рис. 8.3).

Естественно, что процесс преобразований должен быть направлен на достижение более высоких результатов деятельности стоматологического учреждения, как с точки зрения непосредственно имеющих отношение к медицинской деятельности и удовлет-

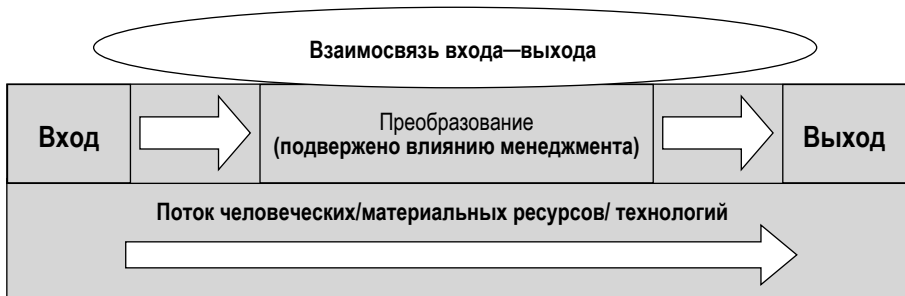


Рис. 8.3. Стоматологическое учреждение, как объект менеджмента

ворению потребностей пациентов, так и с точки зрения достижения оптимальных экономических параметров производства. Преобразования должны положительно влиять, как на выполнения валовых показателей производства услуг и другой продукции (зубные протезы, конструкции и т. п.), показателей качества, так и на эффективность использования всех видов ресурсов.

При переходе к рынку происходит медленный отход от иерархического управления, жесткой системы административного воздействия, практически неограниченной исполнительной власти над рыночными взаимоотношениями, отношениями собственности, базирующимися на экономических методах. Поэтому необходима разработка принципиально новых подходов к приоритету ценностей. Главное внутри стоматологического учреждения – сотрудники, а за его пределами – потребители продукции. Задачей менеджера-стоматолога является поворот сознания работающего к потребителю, а не к начальнику; к прибыли, а не к расточительству, к инициатору, а не к бездумному исполнителю. Переход к социальным нормам, базирующимся на здоровом экономическом смысле, не забывая о нравственности. Иерархия управления должна отойти на второй план, уступая место культуре и рынку.

Новые службы управления персоналом создаются на базе традиционных структур – отделов кадров. Задачи новых служб заключаются в реализации эффективной кадровой политики. В связи с этим они начинают расширять круг своих функций и от чисто кадровых вопросов переходят к разработке систем стимулирования трудовой деятельности, управлению профессиональным продвижением, предотвращению конфликтов, изучению рынка трудовых ресурсов и т. п.

Безусловно, структура службы управления персоналом во многом определяется характером и размерами предприятий, особенностями выпускаемой продукции или оказываемых услуг. Поскольку большинство негосударственных стоматологических учреждений относятся к малым и средним предприятиям, то многие функции по управлению персоналом выполняют преимущественно линейные руководители (заведующие кабинетами и отделениями), а в крупных стоматологических организациях – формируются самостоятельные структурные подразделения по реализации функций. Естественно, что в рамках новых экономических отношений в стоматологии меняется роль управленцев (менеджеров), несмотря на то, что официальные полномочия и статус практически не подвергаются изменениям (рис. 8.4)

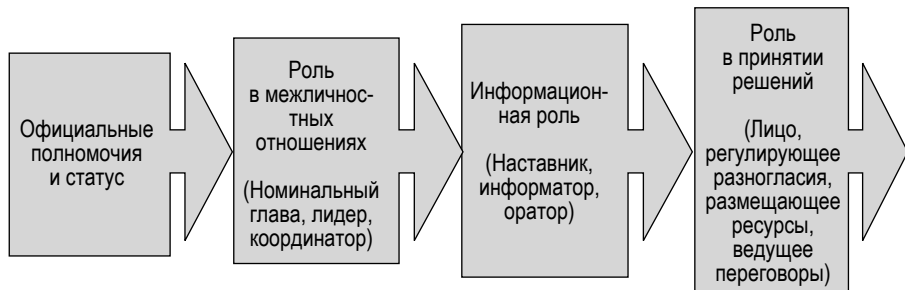


Рис. 8.4. Роль менеджеров в процессе управления организацией¹³³

Ведущие позиции в новом понимании управления персоналом стоматологического учреждения начинают занимать межличностные взаимоотношения, доведение нужной информации до подчиненных и принятие решений с учетом данных системного анализа, ухода от конфликтов в рамках переговорного процесса. Таким образом, в процессе формирования новых управленческих воззрений в условиях рыночных отношений в стоматологии большая роль отводится способам воздействия субъекта на объект управления.

Способы воздействия субъекта на объект управления

Организационная структура. Начнём с организационной структуры, т. к. она считается жёсткой структурой, определяющей каркас всей деятельности учреждения стоматологического профиля. Её суть на этапе достижения поставленной цели заключается в её стабильности. Организационная структура – один из важнейших инструментов управления. С её помощью, в соответствии с задачами учреждения, формируют, во-первых, количество и качество исполнительных структур – составные элементы. В ЛПУ стоматологического профиля составными элементами являются отделения, диагностические подразделения и другие вспомогательные структуры, на их основе строят структуру системы управления. Во-вторых, определяют связи между ними.

Связи выделяют вертикальные или линейные, определяющие отношения подчинения и горизонтальные (функциональные), предназначенные для согласования действия. Как правило, они существуют одновременно, что определяется как линейно-функциональные связи.

На основе организационной структуры стоматологического учреждения между его подразделениями распределяют ресурсы, а между работниками – задачи, обязанности, права и ответственность. Поэтому на этапе построения организационной структуры её смыслом является поиск всему (каждому) своему месту, а на этапе функционирования – в обеспечении всего (каждого) на своём месте. При плохой организационной структуре, неадекватности распределения задач и ресурсов, несбалансированности прав, обязанностей и ответственности, при отсутствии надлежащей регламентации деятельности

¹³³ Henry Mintzberg. «The Managers job folklore and Fact» Harvard Business Review, July-August 1975, p. 55. 1975 by the President and Fellows of Harvard College: all rights reserved.

учреждения в целом и его подразделений часто возникают сбои, что существенно снижает эффективность деятельности всего коллектива.

Механизм управления. Механизм управления включает в себя способы воздействия руководства на исполнителей, обеспечивающие наилучшее выполнение работниками своих производственных задач (рис. 8.5). Выделяют следующие способы воздействия: цели, принципы, методы и функции управления.

Цели. Следует отметить, что в управлении цели имеют самостоятельное значение, представляя общие будущие результаты деятельности любого стоматологического учреждения, достижение которых предопределяет возможность успеха или неуспеха ЛПУ. На достижение генеральной цели должна быть направлена деятельность всей системы стоматологической помощи населению территории. Формирование генеральной цели стоматологического учреждения выполняется стратегическим уровнем системы управления. В новых условиях рынка в стоматологии и децентрализации управления этот вид управленческой деятельности станет приоритетным для аппарата управления ЛПУ. Изменение внешних для ЛПУ условий в области экономики, политики и социальной стороны жизни общества будут определять изменения условий внутри ЛПУ, что потребует от руководства при формировании целей учреждения учёта гораздо больших факторов и взаимодействия с различными представителями общества.

Использование целей в качестве элемента планирования и контроля деятельности учреждения позволило выделить следующие цели:

- *новаторские;*
- *решения проблем;*
- *обычных рабочих обязанностей;*
- *самосовершенствования.*

В качестве механизма «цель» работает только в случае ее формулирования для всех уровней ЛПУ вплоть до исполнителя, т. к. достижение генеральной цели будет возможно только при условии выполнения целей всеми уровнями снизу вверх. Этот подход обеспечивает взаимосвязь всех уровней, особенно объекта и субъекта, и, являясь мотивационным фактором, определяет новую производительную силу. Основу этого составляет то, что формулирование целей способствует их осознанию и росту мотивации работников и в результате – стремлению выполнять свою работу.

МЕХАНИЗМЫ УПРАВЛЕНИЯ

Цели	Принципы	Методы	Функции
Новаторские	Организационные	Организационно-распорядительные	Прогноз
Проблемные	Развития	Экономико-математические	Планирование
Стандартных рабочих обязанностей	Образа организации	Социально-психологические	Проектирование
Самосовершенствования			Организация
			Регулирование
			Учет
			Контроль
			Анализ

Рис. 8.5. Структура механизмов воздействия субъекта на объект управления

Целевой подход служит основой стратегического управления и планирования, предполагает выбор, обоснование и реализацию четких и конкретных долгосрочных или краткосрочных целей, которые выступают как ориентиры при руководстве стоматологическим учреждением. Деятельность стоматологических учреждений может быть успешной только при условии четкого видения целей. Не только руководитель стоматологического ЛПУ, но и все сотрудники должны ясно представлять себе, что нужно делать для достижения желаемого результата.

Принципы управления. В современном менеджменте всё чаще появляется этот термин. Он стал предметом научной дискуссии последних лет. Самым простым определением термина «принцип» является «основное правило деятельности или руководящая идея».

В настоящее время выделяют следующие группы принципов управления:

- *Организационные принципы управления – они устанавливают ориентировочные (координационные, оперативные) задачи и цели усиления мотивации сотрудников;*
- *Принципы управления развития – они касаются взаимоотношений всех работников учреждения;*
- *Принципы управления образа организации – направлены на внешнюю среду и определяют имидж учреждения.*

Разработка принципов управления должна учитывать ситуацию, зрелость сотрудников, структуру задач учреждения и взаимоотношения руководства и сотрудников.

Примерами классических организационных принципов управления, представляющих чуждость и сегодня, являются принципы управления, разработанные еще Анри Файолем.

1. Власть и ответственность. Первая определяется формальным фактором – должностью, из неё как следствие вытекает степень ответственности. Однако немалое значение в этом отношении играет личность. Она может, как увеличивать, так и снижать проявление власти и степень ответственности. Совпадение личности и должности создает нормальную рабочую обстановку. Несовпадение личности своей должности, как правило, приводит к появлению неформального лидера, что сопровождается конфликтными ситуациями.

2. Единоначалие. У подчиненного один начальник, т. е. сотрудник должен получать приказ от одного руководителя. В наших стоматологических учреждениях в силу очень нечеткой организационной связи, зачастую по одному и тому же вопросу, заведующему отделением распоряжения может давать и заместитель, и главный врач. При этом последний нарушает принцип управления. Такая нечеткость, как правило, вызывает неудовлетворенность у работников.

3. Единство руководства. Оно преследует наличие для одного вида или совокупности видов деятельности, объединённых одной целью, одного руководителя и одного плана.

4. Централизация. Под ней понимают ту или иную степень рассредоточения власти. В отношении существующей в современном здравоохранении России системы управления мы говорим, что она отличается чрезмерной централизацией, и, в некоторых случаях сочетается с превышением полномочий. Необходимо подчеркнуть, что в раз-

ных учреждениях степень централизации может отличаться существенно, т. к. в управлении каждое решение определяется состоянием самой системы: её ресурсов, в первую очередь кадровых.

5. Линейное управление. Поскольку оно основано на вертикальных иерархических связях, то число уровней может быть различным. Общая тенденция развития управления выявляет снижение уровней по вертикали, однако А. Файоль говорил, что влияние вертикали можно сокращать, но не уходить от неё без надобности.

6. Порядок. Его обеспечивает организационная структура, что позволяет реализовать этот принцип как «всему своё место» и «всё на своём месте».

7. Стабильность. Суть организации в её стабильности. Частая смена, например, отдельных руководителей, как правило, дезорганизует систему управления стоматологической организацией.

8. Инициатива. Под ней А. Файоль понимал «обдумывание и выполнение плана». Этот принцип в первую очередь направлен на стратегический уровень, т. к. отражает ориентир на будущее.

К принципам управления развития организации можно отнести следующие принципы А. Файоля:

9. Дисциплина. В нашем сознании она интерпретируется как обязательное подчинение предписаниям руководства. А вот определение А. Файоля: «Дисциплина – это уважение соглашений, рассчитанных на то, чтобы обеспечить повиновение, прилежание, энергичность и внешнее проявление уважения». На современном уровне развития реализация этого принципа обеспечивается созданием системы поддержки, направленной на возрастание у исполнителя прилежания и энергичности, необходимых для достижения запланированного результата.

10. Справедливость. Под ней понимается «лояльность и преданность персонала, обеспечение сочетания доброты и справедливости со стороны администрации к подчинённым». Этот принцип демонстрирует не только использование управления как одного из интенсифицирующих факторов, но и идею гуманизации управления.

11. Подчинение индивидуальных интересов общим. По А. Файолю, это значит: «если двое расходятся во мнении, то администрация должна их примирить».

12. Корпоративный дух. Этот термин получил широкое распространение в последнее десятилетие, но своего наибольшего развития он достиг в Японии.

Принципы управления развития и образа организации будут представлены ниже. Они обусловлены конкуренцией, направлены на привлечение потребителя и основаны на признании и реализации в жизнь каждым работником поведения, привлекательного для покупателя.

Методы управления. Их известно 3 группы:

- организационно-распорядительные,
- экономико-математические,
- социально-психологические.

Главная цель всех методов – комплексное воздействие на сотрудников, в результате чего они стремятся лучшим образом выполнить производственные задачи. Следует подчеркнуть, что важны все методы, но в конкретных условиях будут меняться приоритеты. В основе управленческой деятельности лежат организационно-распорядительные методы, при этом организационное воздействие отражает статику управления

и проявляется в форме регламентов и нормирующих документов, утверждающих структуру учреждения. Кроме нормативов, организационными документами являются штаты, порядок и правила деятельности ЛПУ стоматологического профиля, устав учреждения, договоры, контракты и др. Распорядительные документы отражают динамику управления, т. к. касаются исполнительных действий. Формами распорядительного воздействия являются приказ, распоряжение, рекомендации.

В настоящее время в системе стоматологической помощи населению России приоритет имеют экономические методы управления (в частности, стимулирование). Методы экономического стимулирования бывают прямыми и косвенными и направлены, как на отдельного работника, так и на группу людей. Применение экономических методов стимулирования вызывает напряжение во взаимоотношениях между членами коллектива стоматологического учреждения. Кроме того, из западного менеджмента известно, что по мере удовлетворения базовых потребностей в целом для работника всё большее значение начинают приобретать потребности более высокого уровня: принадлежность к социальной группе, потребность в уважении и в самоутверждении, т. е. максимальном проявлении себя. Это потребовало от менеджеров в стоматологии расширения использования социально-психологических методов, в т. ч. разработки методов мотивации, они в большей мере ориентированы на факторы престижности и удовлетворения своим трудом.

Однако, только на основе чёткой организационно-распорядительной регламентации деятельности ЛПУ, подразделений, всех работников и взаимосвязей между ними, а так же при использовании экономических методов создаётся база для эффективного включения социально-психологических методов, обеспечивающих сбалансированные взаимоотношения между руководством и работником. Сложность социально-психологических методов для руководителей заключается в постоянном поиске адекватных факторов мотивации, что обусловлено различными потребностями работников и их изменениями по мере удовлетворения предыдущих.

Функции управления. Их круг достаточно очерчен, однако реально существует значительное число классификаций функций управления. Приводим одну из них в виде перечня управленческих функций:

- Системный анализ
- Прогноз
- Планирование
- Проектирование
- Организация
- Регулирование
- Учет
- Контроль

Таким образом, механизмы управления представляют собой целый комплекс разнообразных воздействий, применяемых руководством по отношению к исполнителям. Задачей менеджмента является адекватность их использования в зависимости от ситуации и развития коллектива. В разных системах, при различных условиях использование способов управления по их количеству и качеству может быть чрезвычайно разнообразным, при этом количество возможных комбинаций между ними ещё больше.

8.2. Системный анализ и его значение в работе менеджера-стоматолога

Системный подход, по классификации М. Х. Мескона, предполагает взаимосвязь многих составляющих в управлении организацией, в частности целей, задач, структуры, кадров, технологии, – тесно переплетающихся с внешним миром (системой финансирования, снабжения, трудовыми ресурсами, государственными органами, а также косвенными факторами – состоянием экономики, политики, социальной сферы).

При очевидных достоинствах и целевого, и системного подхода необходимо помнить о двух обстоятельствах.

Во-первых, в нашей отечественной практике оба подхода применялись несколько своеобразно: цели устанавливались «сверху», часто были совершенно нереальными или неопределенными (типа «усовершенствовать», «улучшить»), а в интерпретации системного подхода на «главные» и «второстепенные».

Во-вторых, в мировом менеджменте давно продемонстрированы определенные ограничения этих подходов, главные из которых – стандартность, унифицированность методов, приемов, рекомендаций.

Методы управления, которые были ранее развиты для целей промышленного производства, естественно, со скептицизмом рассматриваются в других областях и, в частности, в стоматологии. Индустрия производства стоматологических услуг медленно изучала и усваивала опыт непрерывного улучшения производства услуг высокого качества (TQM), хотя за последнее время существенные подвижки на этом пути уже начались.

Скептицизм большинства руководителей стоматологических ЛПУ по отношению к методу всеобщего управления качеством производства продукции был даже выше, чем у других руководителей. Многие из основных принципов этого метода управления сложно адаптировать к медицинским задачам¹³⁴. Например, каким образом в стоматологии можно понять запросы пациента как ведущую цель в методе непрерывного управления качеством, если многие пациенты сами ясно не представляют себе: «Чего они хотят от производителя стоматологических услуг?». Кроме того, как отнестись к такому тезису, что процессы, а не люди являются источниками, как высокого качества, так и дефектов качества. Например, для нас несомненным является умозаключение, что, если в стоматологической практике случаются ошибки, то чаще всего виноват не отдельный врач-стоматолог, а система управления данным ЛПУ.

Разлагающий разум страх и опасения улучшений слишком заметны в современной системе стоматологии региона. Программа всеобщего управления качеством требует открытого, честного изучения ошибок и причин неэффективности, которые, по сути, и предоставляют благоприятные возможности для совершенствования региональной системы ЛПУ стоматологического профиля. Эта открытость выглядит «детской наивностью или самоубийством» в том случае, когда одна и та же информация может быть с готовностью превращена в оружие для наступления на того, кто выявил недочеты, против его ЛПУ и органов управления регионального или муниципального уровня.

Примером реализации таких подходов к обеспечению качества в стоматологии является стратегия действий органов Роспотребнадзора, когда при выявлении причин ин-

¹³⁴ Berwick D. Commentary: peer review and quality management: are they compatible?// Quality Review Bulletin. 1990. V. 16. P. 246–251.

фицирования самими сотрудниками ЛПУ, вместо поощрения, к последним применяется система административных взысканий и штрафов. К чему привела такая стратегия борьбы с внутрибольничным распространением инфекционных заболеваний? Да к тому, что до 80% случаев ВБИ скрывается, а причины их возникновения не выявляются. Получая «прекрасную» статистику по распространению ВБИ региональные органы Роспотребнадзора тем самым загоняют проблему вглубь, что рано или поздно приведет к возникновению массовых ВБИ.

Весьма важным для нас является ответ на вопрос: «Как может медицина поддерживать «непрерывное совершенствование» в тот исторический период развития отрасли, когда ее ресурсы должны быть резко ограничены?». Качество «стоит» денег, а в региональной стоматологии в 2005–2015 гг. по нашим прогнозам формируется тенденция увеличения затрат на обеспечение качества услуг. Сегодня за рубежом врачи и руководители ряда инициативных организаций здравоохранения (Henry Ford Health Systems, Детройт, SSM Health System, Сент Луис, Park Nicollet Medical Center, Миннеаполис и West Paces Ferry Hospital, Атланта¹³⁵ начинают понимать, что беспокойство по поводу неприменимости метода TQM в медицине больше основывается на мифах, чем на фактах.?????

Чем раньше руководители и собственники муниципальных стоматологических поликлиник и частных стоматологических ЛПУ, поймут причины низкого качества, тем полнее будут их представления о том, где и почему возникает брак. В стоматологии, как и в других сложных системах производства, качество часто оказывается недостаточным, несмотря на огромные усилия людей, занятых в процессе работы. Как сказал некоторое время назад, G. Labovitz: «В здравоохранении, как и везде, уровень качества невысок не потому, что врачи делают правильные вещи неправильно, а скорее потому, что они делают неправильные вещи правильно»¹³⁶.

Приводим пример реализации эффективного управленческого решения. Группе специалистов более 5 лет назад было поручено проверить причины отсрочки изготовления зубных протезов для ветеранов войн в Хабаровском крае, поскольку эти отсрочки сформировали огромные очереди пациентов в муниципальных стоматологических поликлиниках. Специалисты, осуществлявшие аналитическую программу медицинского аудита, столкнулись с многочисленными случаями неправильного понимания своих задач персоналом различных подразделений ЛПУ. Упростив постановку задачи для подразделений ЛПУ, определив потребности и углубив знания о том, как в действительности должен планироваться и осуществляться процесс изготовления протезов для ветеранов войн, группа смогла сформировать план действий, в результате реализации которого среднее время ожидания пациентов уменьшилось с 3,5 месяцев до 21 дня. Чтобы достичь этого, не понадобилось ни рубля, достаточно было просто добиться взаимопонимания между взаимозависимыми функциональными подразделениями стоматологических поликлиник.

Система производства стоматологических услуг в нашем понимании – это совокупность объектов, взаимодействующих подразделений для достижения общих целей в условиях действия социальных, политических и экономических факторов. Любая система,

¹³⁵ Walton M. Deming management at work// New York: GP Putnam's Sons. 1990. P. 83–117.

¹³⁶ Eddy D. M. Clinical policies and the quality of clinical practice// N Engl J Med. 1982. V. 307. P. 343–347.

в т. ч. и стоматологической помощи населению работает в единой организационной среде российского здравоохранения. Организация стоматологической помощи населению должна соответствовать общим принципам функционирования систем.

Анализ результатов деятельности ЛПУ (подразделения)

Анализ результатов деятельности проводится с учетом состояния и динамики стоматологического здоровья обслуживаемого населения. Целью этого анализа является определение соответствия фактических результатов – запланированным (нормативным, прогнозным и т. п.). Основу модели конечных результатов (МКР) составляют обобщенные качественные показатели, характеризующие результаты деятельности органов управления, службы стоматологии и учреждений стоматологического профиля. При этом результаты, достигнутые стоматологической службой (ЛПУ) за некоторый период (месяц, квартал, год, пятилетку и пр.) сопоставляют с моделью конечных результатов.

Анализ результатов деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений в стоматологии проводится с позиции сравнения результата конкретного пролеченного пациента в числе всех случаев лечения. В качестве МКР могут быть использованы следующие показатели:

- *процент посещений с профилактической целью и показатели уровня эффективности реализованных программ профилактики стоматологической патологии;*
- *процент выявленных запущенных случаев по стоматологическим нозологиям или группам нозологий;*
- *показатель уровня стоматологического здоровья по международным (индексным) критериям и многие другие.*

Анализ расходов на единицу произведенных услуг. Анализ проводится по сравнению со стандартным показателем на единицу произведенных услуг по отдельным подразделениям, отделениям и кабинетам стоматологического профиля. Этот анализ дает возможность выявить случаи перерасхода средств на устранение некачественного лечения, проводимого ранее, в настоящее время и может быть использован при определении эффективности деятельности как отдельного врача, мед. сестры, так и подразделения, отделения и ЛПУ стоматологического профиля в целом.

Анализ эффективности расходования ресурсов проводится по следующим параметрам:

- *эффективность использования основных фондов, т. е. соответствие мощности основных фондов объему выполняемых работ с соответствующим уровнем качества медицинской помощи по всем типам ЛПУ.*
- *эффективность использования персонала, т. е. соответствие числа и квалификации сотрудников – объему работы с помощью хронометража и других методов,*
- *эффективность использования технологического оборудования, т. е. процент неиспользуемого оборудования, коэффициент загрузки и т. п.,*
- *эффективность использования финансовых ресурсов, т. е. исследование полезности финансовых затрат на те или иные виды деятельности медицинского и прочего персонала, покупку оборудования, расходных материалов и т. п.*

В конечном итоге, анализ результатов деятельности должен стать основой для разработки мер оперативного и стратегического характера по повышению эффективности

деятельности ЛПУ стоматологического профиля, его подразделения, отдельного врача-стоматолога, зубного техника и т. п.

Стоматологические учреждения стремятся повышать свою экономическую жизнеспособность путем использования современных методов планирования и управления. Цель менеджеров, работающих в том или ином ЛПУ – интегрировать в свою практику методы финансирования и организации стоматологической помощи, предлагаемые реформой здравоохранения, научиться нести всю полноту финансовых рисков и пользоваться экономическими стимулами, которые вытекают из деятельности в условиях регулируемой конкуренции на рынке стоматологических услуг. Из пассивного просителя финансовых средств ЛПУ должны трансформироваться в некоммерческие организации, способные формировать объем финансовых ресурсов для модернизации оборудования, обновления технологий и т. п.

Следует отметить, что в практической работе менеджеру приходится систематизировать свои действия при решении тех или иных проблем управления. Наиболее рациональной, на наш взгляд, является пошаговая методика планирования управления ЛПУ стоматологического профиля.

Шаг 1. Опишите задачу/проблему

Шаг 2. Определите желаемый результат (его видение)

- Каким должен быть конечный результат реализации проекта?
- Как узнать добились ли Вы его?
- Например:
- Как будет выглядеть Ваше рабочее окружение в будущем?
- Как Вы будете действовать в качестве лидера?
- Какими методами будет работать созданная Вами команда?
- Как изменится восприятие Вас Вашими партнерами?
- Какие организационные и медицинские технологии будут внедрены Вами для достижения конечного результата? и т. п.

Шаг 3. Добейтесь системного понимания существующей ситуации, используя схему анализа взаимодействующих сил.

Шаг 4. Разработайте план действий, критерии оценки, даты выполнения.

Для обеспечения адекватного управления при решении проблем стратегического, тактического и ситуационного плана, необходимо овладеть методикой системного анализа стоматологического учреждения или стоматологического подразделения ЛПУ, где работает менеджер, а так же особенностями управления учреждением в рыночных условиях.

8.3. Системный подход к управлению стоматологическим учреждением в новых экономических условиях

В условиях рыночной экономики в деятельности стоматологической организации, как коммерческой, так и некоммерческой, необходимо определить перспективы ее деятельности исходя из целей получения максимального экономического эффекта ее функционирования. Таким образом, в реальных условиях важное значение приобретает реализация задачи подготовки персонала к работе в рыночных условиях, в условиях многоканального финансирования, в условиях повсеместного ресурсосбережения и формирования идеологии: «Достигнуть максимальных результатов деятельности при минимальных затратах».

При таком подходе к управлению стоматологической поликлиникой необходимо формирование команды единомышленников, новых подходов к управлению подчиненными, развития у них инициативы, нестандартного мышления, ответственности за результаты своего труда.

Планирование, организация, мотивация и контроль представляют собой основные инструменты менеджмента, обеспечивающие процесс координации деятельности подразделений разных уровней для достижения общих целей всей организации. Менеджмент характерен как гибкий динамичный процесс, постоянно корректирующийся хозяйственной ситуацией. Менеджмент сегодня представляет органическое единство маркетинга и инновации.

Первую же скрипку в современном менеджменте играет менеджмент финансовый. В финансовом менеджменте работа с человеческими ресурсами имеет два аспекта: каждый менеджер, даже линейный менеджер – заведующий отделением стоматологического учреждения, призван быть высококлассным специалистом в области финансов. Это необходимо хотя бы потому, что каждое управленческое решение в условиях рынка оценивается по соотношению «затраты – прибыль», т. е. любая хозяйственная акция должна приносить стоматологической организации прибыль не ниже среднего запланированного уровня. А чтобы этого добиться, надо очень хорошо разбираться в ключевых вопросах финансов. Это требует специальной финансовой подготовки менеджеров всех уровней, особенно – высших (главные врачи стоматологических поликлиник, руководители коммерческих стоматологических предприятий и организаций их заместители).

Кроме того, очень важно добиться, чтобы каждый сотрудник ЛПУ стоматологического профиля в той или иной степени грамотно мог разбираться в основных финансовых вопросах, поскольку многие управленческие решения принимаются теперь коллективно, и надо квалифицированно рассматривать проблемы бизнеса, «финансового облачения» любой хозяйственной акции. Наконец, учитывая возрастающую стоимость используемых в стоматологии ресурсов, крайне важно, чтобы любой работник ЛПУ, реализуя групповые задания, всегда в полной мере представлял, как это повлияет на финансовые результаты деятельности стоматологического учреждения и как это повлияет на его заработную плату и другие формы материального поощрения. Иными словами, если ЛПУ стоматологического профиля хочет преуспевать в условиях рынка, она должна добиться положения, когда любой сотрудник представлял бы, по крайней мере, основы управления финансами.

Современный менеджмент, выступает не только в качестве науки и практики управления, организации управления организацией, процесса принятия и реализации решений, сколько искусством управления людьми. Каждый человек, как известно, индивидуален. К каждому нужен особый, свой собственный подход, если менеджер хочет, чтобы данный работник раскрыл весь свой потенциал. Не будучи знатком человеческой натуры, менеджер не сможет рассчитывать на успех. Практика убеждает, что результаты работы подчиненных во многом предопределяются характером отношений с руководителем.

Конечно, менеджер – это лицо, наделенное большими полномочиями. Он решает, что делать, как делать, кому делать и несет за это ответственность. Но вместе со своим статусом, своим положением в коллективе он должен приобрести авторитет, стать

подлинным лидером. Для этого важно найти правильный стиль общения и руководства, под которым понимается привычная манера поведения менеджера в отношениях с подчиненными для оказания на них энергичного воздействия, побуждая их к активной деятельности. Каждый менеджер должен быть глубоко индивидуальной личностью и выработать свой собственный стиль руководства.

В условиях рынка авторитарный стиль исчерпывает свои возможности. Демократизм в управлении существенно повышает заинтересованность коллектива в конечном результате работы, мобилизует энергию людей, создает благоприятную психологическую атмосферу. Когда во главе коллектива стоит умный, тактичный человек, умеющий тонко разбираться в людях, доверять им, ценить их деловые и человеческие качества, то успех фирме обеспечен. Успех менеджера в решающей мере определяется тем, в какой степени он учитывает традиции коллектива, способность и готовность подчиненных к выполнению заданий, а также свой собственный потенциал, обусловленный уровнем образования, стажем работы, психологическими способностями и пр.

В задачи руководителя ЛПУ входят разработка концепции управления трудовым коллективом. Главная проблема в этой области состоит в его способности создать условия для реализации каждым работником своих потенциальных возможностей, возбуждения в людях энтузиазма, стремления выполнять поставленные перед ними задачи наилучшим образом. Ныне общепризнано, что успех в деятельности почти полностью предопределяется умением менеджера работать с коллегами, его личными качествами, способностью эффективно руководить людьми. Здесь особенно важны:

- *способность менеджера организовать работу коллектива оптимальным образом;*
- *умение общаться с каждым сотрудником на основе современных требований;*
- *найти в каждом конкретном случае необходимый инструмент воздействия на человека в целях решения стоящих задач.*

Организация труда коллектива базируется на способности менеджера четко распределять обязанности между работниками, определять и ставить конкретные задачи, отражать их количественными и качественными параметрами, определять время, нужное для практической реализации задания, обеспечить информационную базу и необходимые технические средства, конкретизировать последовательность выполнения заданий, исходя из их срочности и важности.

Умение работать с людьми в значительной мере зависит от личных качеств менеджера, от его способности выявлять индивидуальные особенности характера каждого сотрудника и осознания того факта, что конечный результат деятельности коллективе в значительной мере зависит от стиля общения руководителя и подчиненного. Важное значение имеет сила убеждения, уважительный тон беседы, обстановка, в которой происходит деловой разговор, учет индивидуальных особенностей собеседника.

В стиле общения руководителя с подчиненными возможны разные варианты. В одних случаях подчиненному даются директивные указания, которые затем подробно разъясняются. В других – предоставляются широкие возможности в принятии решений, в появлении инициативы с последующим жестким контролем над исполнением. Выбор конкретного стиля поведения зависит от степени компетентности и заинтересованности сотрудника в повышении результатов своего труда, преуспевании деятельности организации. Если сотрудник некомпетентный и не заинтересован в результатах

своего труда, менеджеру рекомендуется применять директивно-побудительный тип поведения. Но если работник некомпетентен, но заинтересован в результатах труда (например, молодой врач-стоматолог), ему должно оказываться постоянное внимание и уважительный стиль общения. Для специалиста высокой квалификации, незаинтересованного в собственном преуспеянии и фирмы в целом, необходимо создание системы стимулов. Наконец, если работник обладает необходимыми специальными знаниями и стремится добиться наилучших результатов, ему следует предоставить широкие возможности для творчества в труде.

Способность найти и применить средства воздействия на коллектив, каждого работника в целях возникновения энтузиазма, потребности трудиться эффективно – наиболее ответственная и сложная задача менеджера. Здесь особое значение приобретает его желание акцентировать внимание на результатах, достигнутых каждым сотрудником – врачом, медицинской сестрой и т. п., способность проявить заботу, выразить благодарность за достигнутый результат, обеспечить материальные и моральные стимулы к труду. В отечественных муниципальных ЛПУ стоматологического профиля материальные стимулы пока еще далеки от совершенства, поскольку основой оплаты труда до сих пор является пресловутая единая тарифная сетка (ЕТС) в сочетании со сдельно-премиальной оплатой. В экономически развитых странах (таких как США) ситуация выглядит несколько по-другому.

Профессия стоматолога в США считается престижной и одной из самых высокооплачиваемых. В 2004 году на лечение и оздоровление зубов ушло 4.5% всех медицинских расходов жителей США, а оборот этого рынка достиг \$34.8 млрд. По данным Министерства труда США стоматологи занимают седьмое место по уровню заработка. Их опережают только другие представители «медицинского цеха» – хирурги, гинекологи, анестезиологи, специалисты по внутренним болезням, педиатры и психиатры. Зарплаты стоматологов больше, чем у управляющих крупных компаний и юристов.

Заработная плата стоматологов значительно различается по штатам. Так, например, в столице США – Вашингтоне – среднестатистическая зарплата зубного врача составляет \$120,5 тыс. в год. В Нью-Йорке данный показатель составляет \$132,3 тыс., в Лос-Анджелесе – \$127,6 тыс., в Сан-Франциско – \$133,4 тыс., в Чикаго – \$123,2 тыс., в Бостоне – \$124,8 тыс. В американской «глубинке» заработка зубных врачей могут быть несколько меньше. Так, например, в городе Канзас-Сити (штат Миссури) она составляет почти \$114.2 тыс. в год, а в городе Лексингтоне (штат Кентукки) – \$109,3 тыс.¹³⁷. О таких доходах российские стоматологи пока только мечтают. Тем не менее, доходы владельцев частных стоматологических кабинетов в 2007–2008 гг. даже в условиях Дальнего Востока России неуклонно растут, что делает эту профессию весьма перспективной.

Однако, если большинство выпускников стоматологических школ США получив звание доктора стоматологической хирургии (DDS) или звание доктора зубоврачебной медицины, что является эквивалентом первого, приобретают свой собственный офис, стоматологическое оборудование сразу после окончания школы и начинают заниматься частной практикой, то большинство выпускников стоматологических факультетов дальневосточного региона планируют работать в государственной стоматологии. И тем не

¹³⁷ Уровень доходов стоматологов в США представлен по данным информационного агентства Washington ProFile (прим. авторов).

менее, ситуация в регионе меняется, поскольку ежегодно число частных стоматологических учреждений стабильно увеличивается.

В США большинство стоматологов работают в одиночку, имеют свой собственный бизнес и нанимают немногочисленный персонал. Некоторые имеют партнеров, и лишь немногие (как правило, по семейным обстоятельствам) работают ассистентами у других дантистов. По данным Американской ассоциации дантистов (ADA) около 80% дантистов, занятых в частной практике, оформили свой бизнес как единоличное владение, 13% офисов представлены как партнерства. По данным Министерства финансов США, в 2003 году в стране было зарегистрировано 17,6 млн. малых бизнес-организаций (в это число не включены фермерские хозяйства). В 2003 году из всех американских фирм в секторе малого бизнеса прибыльными были 74,9%. Малые компании, оказывающие стоматологические услуги, заняли второе место по прибыльности и доходности (они уступили только окулистам) – 91,8% зубоврачебных кабинетов являлись прибыльными.

Во многих отечественных стоматологических учреждениях в последнее время наблюдаются положительные тенденции в менеджменте – деятельность их трансформируется применительно к изменениям внешней среды. Все более характерной становится адекватная реакция на изменение конъюнктуры рынка, осваиваются новые направления и инструменты ведения дела в рыночных условиях. В большинстве стоматологических предприятий неуклонно улучшаются стиль и приемы управления, внедряются более совершенные методы работы с персоналом, повышается уровень кадровой политики. Вместе с тем практика выдвигает ряд серьезных проблем в данной области. В большинстве наших стоматологических поликлиник у работников отсутствует фундаментальная мотивация для эффективной деятельности, они не принимают на себя всю полную ответственности за принятие и реализацию управленческих решений, не отождествляют себя с организацией, не понимают объективную необходимость достижения единства личных интересов и интересов ЛПУ.

Многим врачам-стоматологам и зубным техникам не хватает профессиональных знаний и желания их постоянно расширять. Они не способны всесторонне оценивать последствия принимаемых решений, не в состоянии адекватно реагировать на меняющиеся обстоятельства. Немало специалистов ориентируется больше на практику других стоматологических учреждений, нежели на самостоятельный анализ ситуации на рынке стоматологических услуг. Это способно принести огромный ущерб из-за характерных для России быстрых изменений макроэкономической среды.

В организации работы ЛПУ стоматологического профиля также имеется много проблем, например, нет налаженного взаимодействия между подразделениями. Связи между отделениями осуществляются, как правило, через руководство ЛПУ. Работники, не имеющие постоянной интеллектуальной и информационной помощи коллег из других подразделений, считают себя только представителем коллектива отдельного звена, а не частицей корпорации в целом. Из-за этого в их работе отражаются узкие интересы коллектива подразделения, а отнюдь не стратегические интересы учреждения в целом. Из-за сложившегося положения руководителям приходится всю основную работу, особенно в стратегическом плане, брать на себя, сосредоточиваться на организации, координации и контроле, вместо того, чтобы больше уделять внимания анализу, прогнозированию, планированию, стимулированию труда.

Создание команды единомышленников

В рыночных условиях в стоматологическом учреждении важным участком деятельности менеджера, определяющим возможности достижения стратегического успеха, является создание и функционирование эластичных, самонастраивающихся структур, которые обычно именуется командой. Речь идет не просто о группе профессионалов. Команда – это тщательно сформированный, хорошо управляемый, самоорганизующийся коллектив, быстро и эффективно реагирующий на любые изменения рыночной ситуации, решающий все задачи как единое целое. Строго говоря, весь коллектив должен быть командой, самостоятельно решающей текущие проблемы. В этом случае менеджер имеет больше времени для решения стратегических задач.

Создание команды – дело сложное и кропотливое. При ее формировании в полной мере должны быть учтены несколько требований.

- Каждый участник команды обязан во всей полноте осознавать цель, поставленную перед коллективом. Оптимально, когда в формировании и уточнении цели участвует вся команда.
- Команда функционирует как единый организм, причем ответственность за результаты также носит коллективный, а не индивидуальный характер.
- Любой участник команды должен постоянно совершенствовать свою квалификацию, чтобы обладать универсальными, энциклопедическими в своей сфере знаниями, трудовыми навыками. Это позволяет эффективно и творчески работать в пределах закрепленного за ним участка работы и на месте любого другого члена команды. Он должен быть способен в любое время «подставить плечо» нуждающемуся в этом члену коллектива, постоянно взаимодействовать с другими его представителями. В то же время команда не может диктовать состоящим в ней партнерам свою волю – каждый сохраняет собственную самостоятельность.
- Все члены команды имеют равные права в ее работе, планируют свою личную трудовую деятельность и деятельность всего коллектива, участвуют в формировании плана работы каждого члена команды.
- Как в любом коллективе обязанности каждого участника команды уточняются, но достаточно гибко. В процессе выполнения плановых заданий распределение функций, как правило, постоянно изменяется.
- Подбор участников командного коллектива осуществляется, в первую очередь, по психологической совместимости.
- Управление командой осуществляется коллективно. За руководителем закрепляются функции координации и представления ее интересов во внешней сфере.

В последнее время в России особое значение приобрели следующие социально-психологические аспекты менеджмента:

- *основным стимулом в работе выступает стабильность и перспективность служебного положения;*
- *увольнение по инициативе администрации осуществляется довольно редко, поскольку сопряжено с необходимостью соблюдения множества различных правил и законодательных препон;*
- *воспитание у работников чувства приверженности учреждению осуществляется посредством издания специальных информационных бюллетеней, журналов, освещающих деятельность и события в жизни ЛПУ; устраиваются демонстра-*

ции престижных видео- и кинофильмов; праздники, коллективные дни отдыха. На подобные цели многие ЛПУ расходуют значительные денежные средства.

Вместе с тем нельзя считать, что основное в совершенствовании руководства персоналом уже делается. Многого можно добиться за счет:

- *улучшения организации рабочих мест;*
- *обеспечения более рационального планирования и использования имеющихся рабочих помещений;*
- *проведения систематической переподготовки и повышения квалификации всех сотрудников ЛПУ;*
- *создания условий для стабильности занятости;*
- *разработки и успешной реализации самых различных социально-экономических программ.*

Элементы менеджмента в стоматологических ЛПУ региона

Сегодня в современной стоматологии вполне отчетливо наблюдается смещение акцентов от увеличения доступности услуг для широких слоев населения к рентабельности оказания стоматологической помощи за счет использования рыночных механизмов, создания частных стоматологических организаций и хозрасчетных стоматологических подразделений в муниципальных и региональных ЛПУ.

Финансирование предоставляемых услуг – одна из разновидностей возмещения затрат по нормативам в зависимости от их объема и стоимости. При этом важно, чтобы их предоставление финансировалось не от предполагаемого (планового) объема работ, а за фактически выполненную работу: оплата посещений и консультаций, комплексных обследований, пломбирования кариозных полостей и каналов, восстановления разрушенных коронок и т. д., то есть по законченным случаям лечения, конечным результатам работы.

Для компенсации затрат ЛПУ стоматологического профиля за выполненный объем работ и внедренных дорогостоящих технологий Минздрав РФ разрешил хозрасчетную деятельность государственным (региональным, муниципальным) стоматологическим учреждениям в рабочее время. Основная причина этого шага – значительная нехватка бюджетного финансирования ЛПУ. Предполагалось, что часть средств от хозрасчетной деятельности (по договоренности) используется стоматологическим учреждением. За счет этих средств: приобретаются оборудование и материалы для внедрения новых технологий на бюджетном приеме пациентов (при обычных ценах), производится ремонт помещений, закупаются лекарства и т. п.

Таким образом, хозрасчетная деятельность стоматологических учреждений использовалась, как для улучшения материального положения персонала ЛПУ, внедрения новых лечебно-диагностических технологий, так и для поддержания стабильного финансового состояния государственных ЛПУ в условиях дефицита финансирования из бюджетов и ОМС. При обоснованном определении долей участников хозрасчетной деятельности подобный подход оказывается приемлемым для всех сторон. Этим приказом было разрешено накопление имущества, приобретаемого на средства хозрасчетной деятельности, с проведением учета на отдельном балансе. Его реализация стимулирует процессы реконструкции, ремонта и переоснащения стоматологических учреждений.

Дальнейшее углубление реформ в стоматологии в начале XXI века потребует от нау об управлении здравоохранением разработки адекватных механизмов, реализующих основные направления формирования правовой и финансовой самостоятельности региональных и муниципальных ЛПУ стоматологического профиля, как некоммерческих организаций. Что же относительно коммерческих стоматологических организаций, то в их юридической основе заложен весь комплекс правовой и финансовой самостоятельности в конкретных рыночных условиях современной России.

Механизмы эффективного менеджмента в стоматологии

В этом аспекте важным представляется реализация руководителями стоматологических клиник элементов функции маркетинга в деятельности, как некоммерческих, так и коммерческих стоматологических организаций. Изучение потребителей стоматологических услуг является одним из основных составных элементов аналитической функции маркетинга. Для того чтобы рассчитывать на успех при реализации услуг, следует выяснить психологию потребителей услуг и механизм удовлетворения потребностей в этих услугах. Также важным при изучении потребителей представляется анализ их статистических характеристик.

Утверждение, которое постоянно тиражируется «независимыми» средствами массовой информации регионального уровня, что населению России нечем платить стоматологам, мягко говоря, не соответствует действительности. Реально у трети населения региона нет денег на покупку товаров и услуг повседневного спроса, но зато есть, чем платить за водку, пиво и сигареты.

В журнале «Деньги» издательского дома «Коммерсант» еще в 2000 году была опубликована статья, в которой утверждалось, что выручка московских частных клиник составляет 550 миллионов долларов в год¹³⁸. Это утверждение, вызвало негативную реакцию руководителей стоматологических клиник, которые хотели бы иметь ответы на два очень важных вопроса: во-первых, «Сколько на самом деле тратят на стоматологическую помощь ежегодно жители России, в целом?» и, во-вторых, «Могли бы жители России тратить на стоматологическую помощь больше, чем тратят сегодня?».

Ответы на эти вопросы дали специалисты Консультационной группы «СТАРЛИНГ» В. Мельник и В. Ермолаев: «В 2000 году жители России истратили 600 миллионов долларов на стоматологическую помощь и 12 миллиардов долларов на водку, пиво и сигареты».¹³⁹ Много это или мало? Если разделить эту сумму в долларах на численность населения России, то получится 4 доллара на душу населения, что-то около 112 руб. в год. Именно на такую сумму приобрел стоматологических услуг среднестатистический житель России в 2000 году.

Какой объем и качество стоматологических услуг может оказать жителю дальневосточной глубинки стоматолог за 100 рублей? Ответ находится на поверхности – большинство пациентов стоматологических ЛПУ региона тратят от 0,5 до 10 тыс. рублей в год на стоматологические услуги, но еще более значительная часть населения не тратит на восстановление утраченного стоматологического здоровья ни копейки. Но ведь распространенность и степень тяжести поражения кариесом зубов у населения региона запре-

¹³⁸ Зубы на миллиард долларов// Деньги. № 49. 13.12.2000.

¹³⁹ Информационный вестник № 1 (7). 2001. Консультационная группа «СТАРЛИНГ».

дельная. К сожалению, следует констатировать очевидный факт, что среднестатистический житель Дальнего Востока ведет себя так же, как и среднестатистический россиянин.

И, все-таки, есть ли деньги у дальневосточников для оплаты стоматологических услуг в большем объеме? Если на стоматологическую помощь каждый работающий житель региона тратит в среднем около 80 рублей в год, то на приобретение алкогольных напитков – около 1,12 тыс. рублей, а на сигареты – 0,67 тыс. рублей.

Таким образом, у значительной части потенциальных пациентов стоматологических ЛПУ есть деньги, но намерения по их тратам далеки от решения проблем утраченного стоматологического здоровья. Это печальный факт на фоне того, что объем продаж пива в России вырос за последние 6 лет в 3 раза, уровень затрат соотечественников на покупку лекарств уже давно превысил 3 млрд. долларов в год и продолжает расти, наводит на мысль о том, что собственно здоровье уже мало кого интересует. Напрашиваются интересные выводы, что если бы с помощью различных законодательных, социальных, медицинских и других механизмов удалось бы снизить расходы соотечественников на алкогольные напитки и курение только на 5% в денежном выражении, то это равнялось бы стоимости сегодняшних затрат на стоматологическую помощь – около 600 млн. долларов США.

В реальной ситуации большинство стоматологических учреждений региона рассчитывает на достаточно обеспеченные слои населения и гибкую ценовую политику. Суть ее заключается в том, что цены на однородные стоматологические услуги значительно отличаются в различных ЛПУ региона, при этом различие порой достигает 30–40%. Разница цен обусловлена неоднородностью структуры пациентов и разным уровнем технологий оказания стоматологической помощи.

Изучение в течение последних трех лет работы одной из стоматологических поликлиник г. Хабаровска показывает, что многие пациенты, обращающиеся за платными стоматологическими услугами, имеют высокий социальный и экономический статус. А, как известно, среди таких пациентов наиболее высока доля потребителей, которых принято относить к так называемым «новаторам» – людям, предпочитающим получать медицинские услуги, основанные на современных, «модных» и, естественно, дорогостоящих технологиях. Следовательно, при поиске механизмов эффективного менеджмента, руководители этого ЛПУ учитывали данную особенность пациентов, как в организации деятельности поликлиники, так и при проведении мероприятий по стимулированию сбыта стоматологических услуг. Параллельно выполнялся еще ряд задач.

В частности, задача изучения конкурентов заключалась в получении информации, необходимой для обеспечения конкурентного преимущества на рынке стоматологических услуг в краевом центре. Следует отметить, что многоукладность экономики отечественного здравоохранения, неудовлетворенная потребность населения в стоматологической помощи обусловили довольно сложную структуру сети стоматологических учреждений региона.

Изучение рынка стоматологических услуг и их свойств позволило рассмотреть присущие последним четыре основных свойства: неосязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества и несохраняемость¹⁴⁰. Поскольку стоматологические услуги в своей основе неосязаемы, т. е. пациент не знает заранее результатов своего обращения

¹⁴⁰ Поляков И. В. с соавт. Актуальные проблемы ценообразования в здравоохранении// Пробл. социальной гигиены и история медицины. 1996. № 6. С. 31–33.

за стоматологической помощью и вынужден «верить на слово», менеджеры, оценивающие рынок пришли к выводу, что для повышения эффективности деятельности поликлиники следует повысить осязаемость предоставляемых клиентам услуг и преодолеть определенную степень недоверия у части потенциальных пациентов (клиентов).

С целью повышения осязаемости предоставляемых услуг в некоторых стоматологических учреждениях региона пациентам представляют подробную информацию об услугах в виде демонстрации наборов фотографий, изготовленных стоматологический конструкций и других результатов лечения различной стоматологической патологии. Для повышения степени доверия проводились профилактические осмотры у лиц, ранее лечившихся в этой поликлинике, кроме того, каждый желающий мог ознакомиться с книгой отзывов и записями клиентов, успешно закончивших лечение и протезирование.

Услуги невозможно хранить, т. е. одним из их свойств является несохраняемость. В условиях непостоянства спроса в течение года (сезонные колебания), недели и дня несохраняемость услуги является серьезной проблемой организации оказания помощи. Именно поэтому важным элементом деятельности любого ЛПУ стоматологического профиля является правильная организация приема пациентов. Особую актуальность этот элемент приобретает в деятельности коммерческой стоматологической организации. Последние в отличие от муниципальных стоматологических поликлиник, как известно, не имеют прикрепленного населения, поэтому организация приема должна быть поставлена таким образом, чтобы время ожидания пациентом приема максимально устраивало бы его, т. е. было сравнительно небольшим. В противном случае пациент будет просто потерян для ЛПУ, поскольку он может обратиться к другим производителям стоматологических услуг. С другой стороны, в целях снижения издержек время простоя стоматологического оборудования и медицинского персонала также должно быть минимальным. Следует найти оптимальное сочетание указанных временных промежутков – в этом и состоит задача правильной организации приема пациентов.

В эффективно работающих амбулаторных учреждениях краевого центра, оказывающих стоматологическую помощь в плановом порядке, пациент, как правило, очно или по телефону записывается на консультативный прием. Его продолжительность должна быть фиксирована во временном плане в пределах 15–25 минут. Опыт использования современных технологий диагностики и лечения в терапевтической стоматологии не требует большой длительности, поэтому продолжительность приема определена по максимально возможному уровню. Анализ обращений за консультативной помощью в региональную стоматологическую поликлинику позывает, что в течение рабочего дня в среднем записываются на консультацию $4,15 \pm 0,45$ пациентов. Эта величина изменяется в зависимости от дня недели.

С понедельника до среды число записавшихся на консультацию пациентов растет, достигнув своего максимума в среду (табл. 8.1). Так, в понедельник среднее количество записанных составляет $5,24 \pm 0,93$ человек, а в среду – $6,24 \pm 0,43$. Со среды по пятницу эта величина плавно снижается, а в суббота дни характеризуется резким (до $0,85 \pm 0,12$) падением количества записавшихся на консультативный осмотр. Надо отметить, что среднее количество записавшихся в среду и четверг достоверно ($t > 2$) отличается от числа обращающихся в субботу. К сожалению, не все записавшиеся на консультативный прием приходят в назначенное время, их число составляет в среднем от 12,3% до 17,5% от числа обратившихся.

Таблица 8.1. Среднее количество записавшихся на консультативный прием в различные дни недели в стоматологической поликлинике № 2

День недели	Среднее число записей, $M \pm m$
Понедельник	5,24 ± 0,93
Вторник	6,02 ± 0,39
Среда	6,24 ± 0,43
Четверг	4,37 ± 0,27
Пятница	4,18 ± 0,55
Суббота	0,85 ± 0,12

Данные анализа консультативной работы убедительно свидетельствуют о том, что число планируемых нами консультативных приемов значительно превышает как количество записавшихся на консультацию, так и количество явившихся на нее, поэтому в последний год работа организована так, что при желании пациент может получить консультацию в день обращения.

На консультативном приеме или непосредственно после него пациенту сообщает-ся вероятный план лечения, необходимый объем помощи, величина оплаты (если он не имеет страховки ОМС и ДМС) и согласуется дата лечебного приема или постановка на очередь в рамках листа ожидания (при наличии полиса ОМС). Абсолютное большинство проконсультированных пациентов (более 99%) нуждается в лечении зубов, слизистой оболочки рта, протезировании и т. п.

Однако не всех пациентов устраивает сроки ожидания, величина оплаты или график приема. Согласно полученным данным, только 82,3% от числа проконсультированных соглашаются продолжить лечение и записываются на лечебный прием. Ежедневно записываются на лечение в среднем 5,04 пациентов, включая повторно записывающихся на лечение. Без последних – около 3 (2,96) пациентов каждый день записываются на лечебный прием. Среднее количество впервые записавшихся на лечебный прием на различные дни недели представлено в таблице 8.2. Поскольку в таблице указаны дни недели, когда больной консультировался, становится понятным, почему среднее количество впервые записавшихся повторяет динамику/количества пришедших на консультацию. Выходные и понедельник характеризуются низким уровнем записавшихся на первый лечебный прием, остальные дни – более высоким.

Таблица 8.2. Среднее количество записавшихся на лечебный прием в различные дни недели в региональной стоматологической поликлинике

День недели	Среднее число записей, $M \pm m$
Понедельник	3,16 ± 0,09
Вторник	4,35 ± 0,32
Среда	5,41 ± 0,45
Четверг	4,12 ± 0,75
Пятница	4,09 ± 0,76
Суббота	1,5 ± 0,08

Всего около 68% из числа впервые записавшихся на лечебный прием приходят на лечение. Остальные по различным причинам не являются в назначенное время.

Ежедневно приступают к лечению 3,87 человека из числа впервые записавшихся. В среднем от момента консультативного осмотра больной ожидает начала лечения около двух дней ($2,08 \pm 0,33$). Наиболее длительные сроки ожидания (более 4 дней) отмечены у больных, консультировавшихся в середине недели, наименьшие (менее 2 дней) – у осмотренных в субботу.

Длительность ожидания начала лечения среди больных, записавшихся в различные дни, плавно повышалась с начала до середины недели, а затем так же убывала. Анализ мнений пациентов о наиболее удобных днях начала лечения, проводимый нами периодически в течение двух последних лет показывает, что середина недели (среда) и конец недели (пятница) являются самыми популярными днями начала лечения. Именно среди начавших лечение в эти дни наблюдаются наибольшие сроки ожидания начала лечения после консультативного осмотра. Наименьшие сроки отмечены у больных, приступивших к лечению в субботу. Следует помнить, что далеко не всегда лечение пациента осуществляется за 1 и даже 2 посещения. В среднем пациент в поликлинике выполняет около 3 ($3,85 \pm 0,75$) посещений с целью лечения.

Заканчивая ретроспективный анализ поступления стоматологических больных на консультацию и лечение в региональную стоматологическую поликлинику, следует подчеркнуть, что только аналитические подходы к определению графика работы врачей и соотношения числа консультативных и лечебных приемов позволяют избежать перегибов в сторону или необоснованного простоя персонала и оборудования, или к потере пациентов вследствие длительного ожидания консультации или начала лечения.

Оптимальная ценовая политика. Использование системной ценовой политики направлено на определение такого их уровня, который обеспечивал бы получение наибольшей прибыли при наименьших затратах. Переход к рыночным отношениям резко изменил социально-экономическую ситуацию в региональной стоматологии. На рынке стоматологических товаров появились самые разнообразные стоматологические услуги и изделия, специалисты получили возможность использовать современные материалы, оборудование, инструменты. Материальные возможности стоматологов и ЛПУ возросли. Стоматологическая общественность пришла к пониманию того, что, недопустимо зная о новых технологических возможностях, оставаться в рамках прежних представлений.

В борьбе за место на рынке стоматологических услуг значение правильного установления цен переоценить трудно. Руководствуясь экономическими законами и результатами анализа конкретного рынка, вы, безусловно, выберете оптимальную стратегию ценообразования. Психологические особенности в восприятии цен вашего ЛПУ будут во многом зависеть от подготовленности пациентов к платным медицинским (стоматологическим) услугам. Если подобные услуги уже существуют и первая волна протеста прошла, то последующей будет обычная реакция сравнения. Пациент будет сравнивать не только цены за услугу, но и внешний вид помещения, персонала, сервисность оказания услуги. Повлияет на поток пациентов удобство транспортных связей, стоимость дороги и, конечно, популярность вашего стоматологического учреждения. При небольшой разнице в цене выберут более разрекламированное ЛПУ, при значительной разнице большая часть уйдет в учреждение с более доступными ценами.

Назначая заведомо высокую цену на услуги, вы определяете очень конкретный круг пациентов, на которых можете рассчитывать. При этом кроме громкой рекламы, вы обязаны предоставить безупречное помещение, аппаратуру именитых фирм, которые на слуху и у обывателей, и, что достаточно сложно, тщательно отобранный и прекрасно обученный персонал. Особенности высоких цен на стоматологические услуги в огромной степени оказываются зависимыми именно от сервиса. А сервис, в значительной мере зависит от оптимально подобранного персонала и его мотиваций.

В конце XIX века Фредерик Уинслоу Тейлор – основатель школы научного управления сформировал идеи отбора персонала, планирования составления графиков работ, использования человеческого фактора в производстве. Он полагал, что менеджмент как форма организации управления производством должен быть более результативным и активным в совершенствовании методов работы. Тейлор и его коллеги были первыми, кто систематически стремился к поиску оптимальных путей производства, поставив во главу угла работу с персоналом. Тейлор установил различия между менеджментом (осуществляющим планирование, организацию, управление персоналом, руководство и контроль) и трудом.¹⁴¹ Он полагал, что менеджмент должен гарантировать большие возможности для содействия работникам в выборе работы, повышающей уровень их способностей, обеспечения эффективного обучения передовым методам работы и инструментами, создания материальных стимулов для совершения результатов труда и пр. Проблема мотиваций персонала и сегодня остается очень важной и не всегда решаемой. В конечном счете, для большинства руководителей стоматологических ЛПУ эта проблема окажется сложнее, чем кажется на первый взгляд. Дело в том, что большинство молодых руководителей негосударственных ЛПУ стоматологического профиля почему-то уверены, что если платить персоналу высокую зарплату, то медсестры будут улыбочивы и услужливы, а врачи перестанут торопиться и молчать, а начнут заботливо расспрашивать и подробно комментировать план лечения или обследования. Это иллюзия. Наряду с экономическими законами работают законы личностных особенностей. И с ними приходится считаться именно как с законами, а не с временным недоразумением, которое зависит от стоимости. Для работы с «дорогими» пациентами надо проводить психологический отбор персонала.

При предъявлении цен на услуги необходимо учитывать заранее отрицательный настрой на них, хоть и в разной степени. Цены должны быть указаны от минимальной до максимальной с указаниями на возможные скидки и льготы, возможные варианты оплаты. Окончательный счет не должен превышать тот, который предполагался до оказания услуги. Приступая к лечению, пациент должен определенно знать, какая сумма с него потребуется, и не подвергаться неприятным сюрпризам. Опрос пациентов обнаруживает необходимость предъявления, как окончательной суммы, так и подробного отчета, что в нее входит. Даже если человек далек от медицины и не будет вникать в подробности, его интересует конечная цифра, возможность контроля его успокаивает. Конфликт возникает на почве неполной информации и возникновении дополнительных доплат, к которым пациент не готов и морально и, возможно, финансово.

Например, стоматологическая операция оценивается в определенную сумму, которая фигурирует в прейскуранте и с которой пациент согласен, а при завершении ком-

¹⁴¹ Taylor F. W. Shop Management. Harper & Row, MY, 1903.

плекса услуг выясняется, что наркоз, шовный материал, одноразовые инструменты и т. д. не входят в названную сумму и их надо дополнительно оплачивать. Во избежание подобных конфликтов и сохраняя репутацию учреждения, что весьма значимо в конкурентных условиях, необходимо продуманно подходить к полноте информации для пациента. Необходимо учитывать специфику восприятия информации людьми, далекими от медицины. В вышеназванном примере для пациента понятие «операция» включает весь процесс, который происходит за дверью операционной, а для стоматолога он сужается до определенных конкретных манипуляций, за каждую из которых надо платить.

По всей вероятности постоянное повышение цен неизбежно. Но в большей своей части за стоматологическими услугами пациенты обращаются разово, редко, поэтому характер повышения цен, плавный или скачкообразный, не особенно важен. Значимым будет только соотношение цен с конкурентами и ваше обоснование более высоких или низких цен в связи с основной стратегией ЛПУ.

Существует большая разница в понимании сервиса в стоматологической услуге в зависимости от особенностей рынка медицинских услуг. В ситуации большого выбора приходится учитывать, что в первую очередь именно сервисные услуги говорят пациенту о том, что он хозяин положения. В ситуации оказания эксклюзивных услуг, услуг именитого врача-стоматолога или использования уникальной аппаратуры оплата может производиться и без оказания повышенного внимания к персоне пациента, но при подаче информации это обязательно должно оговариваться. Иначе возникает ситуация не сбывшегося ожидания, что неизбежно влечет за собой неудовлетворенность пациента.

Целесообразно конкретно обозначить, что входит в понятие сервисных услуг, что учреждение подразумевает под этим понятием. По крайней мере, это должна быть хотя бы вежливость, столь значимая в учреждении, берущем деньги с пациентов. Конечно, кофе и свежая газета будут входить в понятие «сервисности», так же, как и сопровождение больного при обследовании во избежание очередей и недоразумений, если у вас смешанные формы обслуживания. Но есть смысл оценить подобную работу отдельно и предоставлять ее тогда, когда она востребована. При предоставлении же уникальных услуг, о которых говорилось выше, есть смысл включать «сервисность» в цену, так как пациент уже готов к необычному визиту и будет рассчитывать на высокий класс обслуживания на протяжении всего посещения.

При существовании выбора платных и бесплатных услуг на платные пойдет тот поток пациентов, которые могут себе позволить определенный уровень обслуживания. Из них можно сформировать постоянный поток потребителей, если их ожидания не будут обмануты и в результате они посчитают свои затраты оправданными. Для закрепления такого контингента необходима система льгот и скидок, которые работают больше психологически, чем экономически. За редким исключением, люди не любят лечиться и все равно будут обращаться только по мере необходимости, а сознание, что они пользуются привилегиями, улучшает и настроение и самочувствие.

Порог чувствительности к изменениям цены будет зависеть от уровня материально-го положения пациента. К сожалению, не удастся раз и навсегда выяснить, лучше будет восприниматься фиксированная цифра или процент от стоимости в виде скидок. Так как в зависимости от личностных особенностей человека он будет склонен или к постоянству или к вариабельности. Можно опереться на статистику в психологии, которая утверждает, что большая часть населения относится к консерваторам и не склонна

к экспериментам, но платные услуги в стоматологии – это пока еще нечто новое в российском обществе, так что нет гарантий, что в вашу клинику обратится именно то большинство.

Большую роль в деятельности стоматологического ЛПУ играет рациональная организация материально-технического снабжения. Она оказывает существенное влияние на накладные расходы и тем самым на себестоимость услуги. Хорошо известно, что избыточные запасы расходных материалов и оборудования могут резко понизить скорость оборота капитала, ухудшить финансовое положение и конкурентные позиции ЛПУ.

Из всего многообразия возможностей снижения издержек в региональной стоматологической поликлинике упор делается на отбор наиболее выгодных предложений по приобретению расходных материалов при жестких требованиях к их номенклатуре и спецификации и формировании эффективного контроля за их расходом. Опыт работы свидетельствует, что самым оптимальным сроком планирования приобретения материалов является квартал. Этот срок достаточен для формирования таких объемов закупок, которые позволяют рассчитывать на скидки.

Известно, что цены на расходные материалы ниже у производителей, однако фирмы-производители не заинтересованы в прямых поставках стоматологическим медицинским учреждениям в силу сравнительно небольших объемов закупок. Производители предпочитают продавать оптом предприятиям, владеющим магазинами/складами по продаже расходных материалов в розницу. Объемы выручки ЛПУ, его контакты и высокая репутация позволяют приобретать материалы напрямую, что существенно снижает величину издержек. В случае отсутствия какой-либо конкретной позиции в номенклатурном перечне поставщиков необходимого материал приобретается у дилеров.

Практически по каждой группе расходных материалов у региональных стоматологических поликлиник сформировались постоянные поставщики, объемы закупок у которых превышает 2/3 всех расходных материалов. Средний срок от размещения заказа у поставщика до поступления заказа составляет, по имеющемуся опыту, около 1,5 месяцев, однако зачастую он колеблется от 1 до 4 месяцев.

Другая особенность работы заключается в том, что одним из важнейших принципов инвестиционной деятельности государственного и муниципального сектора отрасли здравоохранения региона является интенсификация инвестиционной деятельности с увеличением доли капитальных вложений на реконструкцию и техническое перевооружение ЛПУ стоматологического профиля и соответственно снижением доли затрат на новое строительство.

В отличие от государственных стоматологических ЛПУ, воспроизводственная структура частных стоматологических учреждений в течение определенного времени будет характеризоваться наличием значительного удельного веса капитальных вложений на расширение производственных площадей, следовательно и в этой ситуации потребуются достаточно высокий уровень финансового менеджмента. Но в основе стратегии воспроизводства основных фондов все равно лежит стремление совершенствовать технологический процесс с целью обеспечения высокого уровня доступности и качества стоматологических услуг для потребителя.

Определяющим моментом во взаимоотношениях между пациентом и врачом-стоматологом является персональная, а не коллективная (а значит обезличенная) ответс-

твенность. Конечно в случаях, когда врач стоматолог общей практики исчерпывает свои диагностические и лечебные возможности, то потребуются услуги «узкого» специалиста, следовательно эти случаи должны быть четко регламентированы и управляемы. Принцип этапности организации медицинской помощи всегда был нашим преимуществом. Благодаря многоуровневой сети медицинских организаций с акцентом на первичное звено нам длительное время удавалось решать многие проблемы даже при низком уровне финансирования отрасли.

В последние годы это преимущество оказалось утраченным, следовательно отечественной стоматологии следует внести поправки в систему управления отраслью и повернуть ситуацию как, например в Англии, где сегодня шутят: «Раньше врачи общей практики присылали рождественские открытки узким специалистам, а сейчас наоборот». Врач общей практики в этой стране сегодня определяет стратегию диагностики и лечения, а так же распоряжается частью средств здравоохранения и чувствует себя очень комфортно. Для этого требуется ясно оформленная государственная стратегия первоочередного развития первичного звена в стоматологии ее последовательное осуществление с акцентом на формирование новой мотивации врачей-стоматологов общей практики.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение менеджменту.
2. Дайте характеристику субъекту и объекту управления.
3. Укажите тенденции, характерные для развития менеджмента в стоматологии.
4. Сформулируйте общие принципы управления ЛПУ стоматологического профиля в условиях рынка.
5. Что лежит в основе планирования стоматологического ЛПУ в условиях рынка?
6. С чем связана объективная необходимость использования экономических методов управления стоматологического учреждения?
7. Структура бизнес-плана стоматологического учреждения.
8. Дайте характеристику затрат стоматологического учреждения.
9. В чем заключается рыночная природа деятельности руководителя стоматологического ЛПУ.
10. Как формируется оптимальная ценовая политика?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из основных барьеров на пути реформирования системы стоматологической помощи населению явилось отсутствие научно обоснованной и приемлемой для экономически депрессивных регионов России, методологии выбора наиболее рациональных и экономичных способов профилактики, диагностики, лечения стоматологических заболеваний, формирования региональных моделей управления и координации деятельности государственных и частных стоматологических учреждений. В связи с появлением новой для отечественной стоматологии специальности – врача-стоматолога общей практики, связываются надежды на то, что профилактическая направленность отечественной стоматологии все-таки будет восстановлена.

Если разработка и коммерческая реализация новых технических идей в стоматологии требует высокого творческого настроения, инициативы и самоотверженности каждого врача-стоматолога, то переориентация всей работы на формирование новых, конкурентоспособных видов услуг, завоевание новых рынков сбыта, невозможны без совершенствования подготовки кадров, в частности врачей-стоматологов общей практики, способных как оказывать стандартный перечень качественных услуг, так и управлять собственным бизнесом.

Следует принять к сведению, что специалисты с устаревшими представлениями о методах управления не могут гарантировать благополучия, как государственных, так и коммерческих ЛПУ стоматологического профиля в реальных условиях сегодняшнего дня. Внедрение рыночных механизмов в стоматологии, как правило, приводит к полной хозяйственной обособленности каждого производителя, его полной зависимости от конъюнктуры рынка, противодействия другим товаропроизводителям в борьбе за покупательский спрос.

Введение новой специальности – стоматолог общей практики, по мнению авторов является примером ответа на реальные изменения потребностей стоматологического рынка. Перемены, к которым должна привести новая специальность, окажут значительное влияние на структуру стоматологической помощи в целом и надеемся на уровень заболеваемости в том числе. Внедрение новой специальности потребует изменения не только значительной части нормативной документации, но изменения в мышлении стоматологического сообщества.

Надеемся, что, подготовив и опубликовав настоящее учебное пособие, нам удалось восполнить существующий информационный пробел. Авторы с благодарностью примут замечания и пожелания от читателей.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аврамова О. Г. Санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения в программах профилактики стоматологических заболеваний//Стоматология. Спец. вып // Материалы Ш Съезда Стоматологической Ассоциации (Общеросс.), Москва, 9–13 сент. 1996 г. – М.: СА (0), 1996. – С.41.
2. Алимский А. В. Принципы и подходы к планированию терапевтической поликлинической стоматологической помощи в условиях рыночной экономики//Стоматология. Спец. вып// Материалы III Съезда Стоматологической Ассоциации (Общеросс.). Москва, 9–13 сент. 1996 г.), М.; 1996. – С. 11–12.
3. Альтернативные системы стоматологического обслуживания// Докл. Ком. экспертов ВОЗ. – ВОЗ: Женева. 1988. – 62 с.
4. Антипенко А. Э., Антипенко Э. С. О проекте концепции развития системы стоматологических услуг населению Российской Федерации (организационно-экономические аспекты). – М.: 1997, 22 с.
5. Ашуров Г. Г. Маркетинг стоматологических товаров и услуг// Стоматология. 1997. Т. 76. Мз 3. С. 70–71.
6. Бизнес-план как инструмент выживания// Экономика и орг. промышл. производства. 1996. М° 9. С. 30–34. Маркова В. Д.
7. Бизнес-план: Метод, материалы. 2-е изд. М.: Финансы и стати-стика.1997. 60 с.
8. Бойко В. В., Мчедлидзе Т. Ш. Психологические факторы деятельности коммерческого стоматологического учреждения// Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С.4–6.
9. Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. Терапевтическая стоматология. Под ред. Е. В. Боровского. – М: «Медицинское информационное агенство». – 2003. – С. 215–216.
10. Бутова Т. В. Система организации стоматологической помощи. Москва: Медицинская книга. 2005. 166 с.
11. Вагнер В. Д., Ивасенко П. И., Семенюк В. М., Недосеко В. Б. Экспертная оценка стоматологических учреждений при их лицензировании и аккредитации // Стоматология. 2000. № 1. С. 65–67.
12. Вагнер В. Д., Захаров В. А., Вашурин И. В. Лицензирование и аккредитация стоматологических учреждений: мнение специалистов-стоматологов// Экономика и менеджмент в стоматологии. 2001. № 3. – С.40–43.
13. Вагнер В. Д., Захаров В. А. Экспертная оценка стоматологических учреждений при лицензировании и текущем контроле за их деятельностью// Экономика и менеджмент в стоматологии. 2001. № 3. – С. 43–46.
14. Вагнер В. Д., Нимаев Б. Ц. Концептуальные основы дальнейшего развития общей (семейной) практики в стоматологии // Институт стоматологии, 2005.-N 4.-С.20–21.
15. Галеса С. А., Дьяченко В. Г. Планирование прогнозирование стоматологической помощи населению территорий с низкой плотностью населения. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию завершения строительства Транссиба. – 28–29 ноября 2001 г. Хабаровск. 2001. С.63–64.
16. Галёса С. А., Дьяченко В. Г. Особенности распространения кариеса у детей различных климатогеографических зон Хабаровского края// Дальневосточный медицинский журнал. 2003. № 4. С.16–19.
17. Галёса С. А., Кравченко В. А. Соотношение стоматологических лечебно-профилактических учреждений и кадровый потенциал государственного и негосударственного сектора здравоохранения Хабаровского края// Здравоохранение Дальнего Востока. 2004. № 2. С.49–51.
18. Галёса С. А. Особенности мотиваций потребителей на рынке стоматологических услуг в Хабаровском крае// Экономика и менеджмент в стоматологии. 2004. № 1 (12). С. 36–39.
19. Галёса С. А, Садовский В. В., Дьяченко В. Г., Оскольский Г. И. Стратегические направления реформирование стоматологии на Дальнем Востоке России// Экономика и менеджмент в стоматологии. 2004. № 1 (12). С. 40–45.
20. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Специальность 040400 – «Стоматология». Квалификация «Врач-стоматолог». – М. – 2000
21. Гуров А. Н., Нимаев Б. Ц. Решение стоматологических проблем в системе общей врачебной практики за рубежом // Российский стоматологический журнал, 2006.-N 4.-С.39–40.
22. Данилов Е. О., Мчелидзе Т. Ш., Цимбалистов А. В. Особенности развития рынка стоматологических услуг на современном этапе// Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С.12–13.
23. Доклад рабочего совещания ВОЗ по проблемам стоматологического образования в России. Беларуси и Латвии. Москва 17–19 февраля 1993 г. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1993. 14 с.
24. Дьяченко В. Г., Галеса С. А. Планирование прогнозирования стоматологической помощи населению территорий с низкой плотностью населения. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию завершения строительства Транссиба. 28–29 ноября 2001 г. Хабаровск. 2001. С.63–64.
25. Дьяченко В. Г., Пригорнев В. Б. Принципы моделирования и организации первичной медико-санитарной

- помощи сельскому населению в условиях субъекта Федерации с низкой плотностью населения: проблемы и перспективы// "Власть и управление на Дальнем Востоке России". 2002. – № 2. – С. 25–31.
26. Дьяченко В. Г. с соавт. Менеджмент в здравоохранении. Учебно-методическое пособие в двух томах. Под ред. проф. В. Г. Дьяченко. Изд. центр Дальневосточного государственного медицинского университета. Хабаровск, 2002. 544 с.
 27. Дьяченко В. Г., Пригорнев В. Б. Некоторые методические подходы разработки процедуры экспертной оценки функционирования отрасли здравоохранения // "Проблемы управления здравоохранением". 2002. – № 6. – С. 9–11.
 28. Дьяченко В. Г., Галеса С. А. Управление стоматологической помощью в новых экономических условиях. Хабаровск. 2004. 586 с.
 29. Дьяченко В. Г. с соавт. Экономика здравоохранения./Сестринское дело. Том. 1. Москва. Изд. ГУПЗ «ПЕРСПЕКТИВА», 2004. С. 493–591.
 30. Дьяченко В. Г. с соавт. Управление качеством в современной стоматологии // Здравоохранение Дальнего Востока. № 1 (15). 2005. С. 96–101.
 31. Дьяченко В. Г., Галеса С. А., С. Г. Курбетьев. Управление качеством услуг в современной стоматологии. Хабаровск. «Амуриздат». 2005. 586 с.
 32. Дьяченко В. Г., Галеса С. А. С. Г. Курбетьев. Проблемы правовых ошибок в повседневной работе врача-стоматолога // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. 2005. Хабаровск. Вып. 7. С. 69–76.
 33. Заславский С. А., Заславский Р. С., Зубов С. В. Перспективы использования сетевых компьютерных систем для обеспечения преемственности в деятельности специалистов стоматологического профиля// Стоматология для всех. – № 1 (30), 2005. – С. 57–58.
 34. «Здоровье для всех в XXI столетии» Всемирная организации здравоохранения. Европейское региональное бюро, Копенгаген, 1998.
 35. Золотоуская И. Б. Особенности стоматологического переходного периода: оценка и прогноз профессионалов и населения// Автореф. дис.... канд. мед. наук, М., 1998. 19 с.
 36. Зубов С. В. Ресурсные возможности развития профилактического направления в стоматологической практике// Материалы научной конференции, посвященной 60-летию Победы в Великой Отечественной войне «Актуальные вопросы совершенствования организации, профилактики и лечения в стоматологии». – Москва, МГМСУ, 2005. – С. 44–45.
 37. Костлан Я. Стоматологическое обслуживание в Европе. – Копенгаген: ВОЗ. – 1982. – 193 с.
 38. Кузьмина Э. М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основ планирования программ профилактики// Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М. – 1995. – 46с.
 39. Кузлин Г. С., Морозова Н. В., Алимский А. В. Аттестация и сертификация специалистов стоматологического профиля// Стоматология. 1997. Т. 76.
 40. Леонтьев В. К., Магид Е. А., Суццов В. Г. Гигиена полости рта и её лечебно-профилактическое значение// Метод. рекомен. – Волгоград, 1987. – 22с.
 41. Леонтьев В. К. Взаимосвязь и содержание понятий профилактики, диспансеризации и санации полости рта в стоматологии// Профилактика стоматологических заболеваний. Тез. V Всероссийского съезда стоматологов, г. Новосибирск, 15–16 сентября 1988 г.. – М., 1988. – С. 29–30.
 42. Леонтьев В. К. Стоматологическая служба России и перспективы ее развития в новых условиях хозяйствования// Стоматология. 1997. Т. 76. № 2. 47 с.
 43. Леонтьев В. К., Золотуская И. Б., Шиленко Ю. В. Пути и перспективы структурной перестройки амбулаторной сети стоматологической службы// Бюллетень НИИ им. Н. А. Семашко. – 1999, вып. 2, с. 126–130.
 44. Леонтьев В. К., Шиленко Ю. В., Попов А. А. Актуальные проблемы реформирования стоматологической службы// Бюллетень НИИ им. Н. А. Семашко.– 1999, вып. 2, с. 112–130.
 45. Леонтьев В., Безруков А., Шиленко Ю. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты // Медицинская газета, 1998.-N 70.-С.8–9.
 46. Леонтьев В. К., Попов А. А., Шиленко Ю. В. Стоматология и зубопротезирование: социальные проблемы// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1999, № 2, с. 12–15.
 47. Леонтьев В. К., Безруков В. М. Стоматология в XXI веке. Попытка прогноза// Стоматология. 2000. Т. 79. № 6. С. 4–5.
 48. Леонтьев В. К., Шестаков В. Т., Воронин В. Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. М. Медицинская книга. – Н. Новгород. – 2003.-С. – 273.
 49. Леус, П. А. Коммунальная стоматология: учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета/П. А. Леус. Республика БЕЛАРУСЬ, г. Минск: МГМИ, 1997. – 241 с.
 50. Леус, П. А. Коммунальная стоматология: Производственная практика. изд. для стоматологов и зубных врачей/П. А. Леус. Брест: ООО «Брестская типография», 2000. 284 с. .

51. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний. Женева: ВОЗ 1986; 47. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева: ВОЗ 1991; 73.
52. Нимаев Б. Ц. Медико-организационные модели перехода к общей врачебной (семейной) практике в стоматологии // Проблемы управления здравоохранением, 2007. -N 2.-С.48–51.
53. Оскольский Г. И. Патоморфологическое и клинично-функциональное исследование зубочелюстной системы при изменении межальвеолярного расстояния. Дисс. докт. мед. наук. Новосибирск. 1995. 38 с.
54. Путин М. Е., Зубов С. В., Заславский П. С. Роль рационального технического переснащения и прогрессивной кадровой политики при реструктуризации стоматологической службы ОАО «Газпром» в целях повышения производительности труда и улучшения качества оказания стоматологической помощи// Стоматология для всех. – № 2, 2006 – С.52–54.
55. Рева В. В., Половцева Н. В., Хмарук В. А. Состояние полости рта детей дошкольных учреждений г. Хабаровска // Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний. Тезисы научно-практической конференции стоматологов Хабаровского края. – Хабаровск, 1990. – с. 96–97.
56. Сагина О. В. Меры по улучшению первичной стоматологической помощи сельскому населению России // Российский стоматологический журнал, 2005.-N 4.-С.42–43.
57. Сагина О. В. О состоянии и перспективах семейной стоматологии в России // Медицинская помощь, 2006.-N 2.-С.7–9.
58. Сагина О. В. Общие принципы организации стоматологической помощи семейным врачам-стоматологам // Здравоохранение, 2005.-N 9.-С.31–34.
59. Сагина О. В. Основы организации стоматологической помощи семейным врачам-стоматологом // Российский стоматологический журнал, 2006.-N 4.-С.40–42.
60. Самодин В. И., Копейкин В. Н. Применение клинично-статистических групп в стоматологии. М.: Международный центр финансово-экономического развития. 1997. – 352 с.
61. Служаев И. Ф. Влияние природных факторов на структуру стоматологических заболеваний населения Дальнего Востока // Социальная экология и здоровье человека: Тез. регион. конф. 21–23/IX – 88 – Хабаровск, 1988. – С. 78–79.
62. Служаев И. Ф., Абиев М. А. Потребность в ортопедическом лечении населения г. Хабаровска // Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Материалы VIII Международного симпозиума – Хабаровск, 1999.–С. 6–10.
63. Служаев И. Ф., Абиев М. А. Распространенность аномалий зубов и прикуса у населения г. Хабаровска // Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Материалы VIII Международного симпозиума – Хабаровск, 1999. – С. 10–12.
64. Стоматологический Банк Данных (Oral Health Data Bank). Московский медицинский стоматологический институт. Вып. 3. М., 1991.
65. Тармаева С. В. Клинично-лабораторная характеристика состояния полости рта при беременности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск. 1989. 23. С.
66. Трезубов В. Н. **Стоматологический кабинет: оборудование, материалы, инструменты: учебное пособие для медицинских вузов** // С.-Гб.: СПЕЦЛИТ, 2002, 132 с.
67. Цимбалистов А. В., Жидких В. Д. Является ли стоматолог общей практики центральной фигурой в российской стоматологии? Санкт-Петербургский МАЛО. Доклад на VII всероссийском съезде стоматологов.2002.
68. Шестаков В. Т. Организация стоматологической службы в Швеции// Новое в стоматологии. – № 7. – 1998. – С. 8–22.
69. Яковлева Т. С. Научное обоснование деятельности областной стоматологической поликлиники в новых экономических условиях. – Автореф. канд. мед. наук. – Рязань. – 2000. – 23с.
70. Яковлева Т. С., Курякина Н. В. Опыт разработки региональных профессиональных стандартов по стоматологии// Труды V съезда Стоматологической Ассоциации России. 1999 г. С. 31.
71. Хитоси Кумэ, Иосинори Иизуки, Теженори Такахаши и др. Статистические методы повышения качества. – М.: Финансы и статистика, 1990. – 301 с.
72. Anderson M. H. Changing paradigms in caries management. – Curr Opin Dent 1992. Mar;2:157–62.
73. Banoszy Jolan Гармонизация стоматологического образования и учебного плана в Европе// Маэстро, 2000. – № 2. – 94–96
74. Ball R. Practical marketing for dentistry. Marketing strategy and planning for dental organizations// Ibid. 1996. Vol. 181. N 1. P. 29–35.
75. Ball R. Practical marketing for dentistry. Marketing communication tools// Ibid. 1996. Vol. 181. no 6. P. 214–216, 217–219.
76. Baltutis L. M., Gussy M. G., Morgan M. V. The role of the dental hygienist in the public sector; an Australian perspectives. – Intern. Dent. J. – FDI. – № 1. – 2000 – P.29–35.

77. Barmes D. Toward a Better Oral Health Future. WHO Oral Health Programme. WHO/ORH/WH/93.
78. Bumann A., Kopp S., Ewers R. Langzeitresultate nach Konsequenter Behandlung von Funktionsstörung in stomatognathem System // Dtsch Zahnartzl. – 1988. – v 43. – N 5. – p. 610–616.
79. Chen M., Lyttle C. S., Andersen R., et al. Research issues and methodology/In: Comparing oral health care system// A second International Collaborative Study. – WHO, Geneva. – 1997. – P.7–25.
80. Chen M., Andersen R. Oral health behaviour/In: Comparing oral health care system// A second International Collaborative Study. – WHO, Geneva. – 1997. – P. 55–73.
81. Dugoni A. A. Dentistry in the 21st century: The future will be different – but better!/In dentistry in the 21st century. A global perspective// Proceeding of the International Symposium on dentistry in the 21st century, Berlin, September 10, 1989. – Chicago, London, Berlin, etc. – 1991. – P. 43–57.
82. Gerhard F. Hetz. Материалы Конференции ВЗОГ (Потсдам, март 2001 г.) и пресс-конференции BLZK по вопросу: «Профилактика на страже здоровья детских зубов» (март 2001 г.) (Dental Spiegel 5/2001).
83. Jolan Banoszy. Гармонизация стоматологического образования и учебного плана в Европе// Маэстро, 2000. – № 2. – 94–96
84. Kidd EAA caries control programme for adult patients. – Dent Update 1997 Sep;24 (7):296–301.
85. Klein R. Why Britain is reorganizing its National Health Service – Yet Again // Health Affairs, July/August 1998, pp. 111–125.
86. Leontiev V. K., Bazhanov N. Stomatology in the USSR: Yesterday, today, tomorrow/In: Dentistry in the 21st century. A Global perspective// Proceedings of the International Symposium on dentistry in the 21st century, Berlin, September 10, 1989. – Chicago, London, Berlin, etc.– 1991. – P.71–84.
87. Leous P. Ecology of Dental Caries. Ecology of Disease. V. 2, N 4. P. 285–290 (1984).
88. Manji I. Achieving success: moving beyond the comfort level// J. Can. Dent. Assoc. 1993. Vol. 59. N 1. P. 893–896.
89. Markota M., Svab I., Klemencic K. S., Albreht T. Slovenian experience on health care reform // Croatian Medical Journal, 2000. N. 40 (2) pp. 190–194.
90. Mastracchio N. J. Valuation of a dental practice// N. Y. State Dent. J. 1996. Vol. 62. no 1. P. 46–50.
91. Mindak M. T. Service quality in dentistry: the role of the dental nurse// Br. Dent. J. 1996. Vol. 181. no 10. P. 363–368.
92. Major I. A. Dentistry in the 21st century, with emphasis on operative dentistry/In: Dentistry in the 21st century. A Global perspective// Proceedings of the International Symposium on dentistry in the 21st century, Berlin, September 10, 1989. – Chicago, London, Berlin, etc.– 1991. – P.199–206.
93. Monitoring Global Dental Caries levels in adults aged 35–44 years, 1996. Oral Health Programme. World Health Organization. WHO/ORH/Caries. 35–44 y. 1996.
94. Oral Health Surveys Basic Methods. 4th Edition. WHO Geneva, 1996.
95. Oral Health Survey. Basic Methods. 4th edition. World Health Organization. Geneva. 1997.42p.
96. Prevention of Oral Diseases. – WHO: Erfurt. – 1983. – 120 p.
97. Sassen H., Leisler J. Windecker D. Zur Notwendigkeit klinischer Funktionsdiagnostik // Dtsch. Zahnartzl. Z. – 1985. Bd.40. – N3. – p. 177–181.
98. Saemundsson S. R., Slade G. D., Spencer A. J., Davies M. J. The basis for clinicians caries risk grouping in children. – Pediatr Dent 1997 Jul-Aug;19 (5):331–8.
99. The World Health Organization, Regional Office for Europe. Continuous Quality of care development. The model of Oral Health care. Draft, February, 1999.
100. Thomas W. Nolan, Lloyd P. Provost. «Understanding Variation,» Quality Progress, May 1990, pp. 70–78.
101. Vlad R. et al. Introduction to Community Dentistry. University of Bucharest. Busharest-Copenhagen, 1994, 129pp.
102. Volland L., Shub J. Dentistry in the changing benefits market// N. Y. State Dent. J. 1995. Vol. 61. N 4. P. 40–43.
103. Wait G., Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning, 1994, v9, N 4, p. 363–370.
104. Walton J., Jardner N., Agar J. A survey of crown and fixed partial denture failures // J. prosthet Dent. – 1986. – v 56. – N 4. – p. 416–421.
105. WHO. World Health Organization Book on European health care reforms. World Health Organization.
106. WHO. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
107. Winston A. E., Bhaskar S. N. Caries prevention in the 21st century. – J Am. Dent Assoc. 1998. Nov;129 (11):1579–87.
108. World Bank. World Development Report 1993. Investing in health. New York: Oxford University Press.
109. World Bank. World development report 1999/2000. Entering the 21st Century. Washington D. C.: Oxford University Press. 2000.