

**Организация стоматологической помощи  
населению**

Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
Северный государственный медицинский университет  
Кафедра терапевтической стоматологии  
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения  
и социальной работы  
Кафедра судебной медицины и права

## Организация стоматологической помощи населению

Рекомендовано ГОУ ВПО Первый Московский государственный университет имени И. М. Сеченова в качестве учебного пособия для системы послевузовской профессиональной подготовки врачей - стоматологов.

Архангельск  
2011

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета В.Ф. Михальченко;

доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной работе (международная деятельность) ГОУ ВПО «Поморский государственный университет им. В.М. Ломоносова» Федерального агентства по образованию А.Г. Калинин;

Организация стоматологической помощи населению:

учебное пособие для врачей-стоматологов

/под ред. А.С. Оправина, А.М. Вязьмина. - Архангельск:

Изд-во Северного государственного медицинского университета. – 2011. 519 с.

Целью издания учебного пособия является изложение одного из важнейших разделов дисциплины «Организация стоматологической помощи населению». В нем освещены вопросы организации стоматологической помощи городскому и сельскому населению, виды и структуры стоматологических медицинских организаций, стандарт их оснащения, санитарно-гигиенические и санитарно-противоэпидемиологические требования, штатное расписание медицинского персонала и порядок допуска к осуществлению медицинской деятельности. Отражены вопросы состояния и развития альтернативной стоматологической помощи. Представлены основные правовые положения медицинской деятельности в соответствии с требованиями Государственного Образовательного Стандарта Российской Федерации. Учебное пособие предназначено для врачей – стоматологов, преподавателей и студентов медицинских вузов.

#### КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

**Оправин А.С.** доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СГМУ;

**Вязьмин А. М.** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

**Светличная Т.Г.** доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ, директор Института сестринского образования СГМУ;

**Санников А.Л.** доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

**Токуева Л.И.** кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии СГМУ;

**Кузьмина Л.Н.** кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии СГМУ;

**Цыганова О.А.** кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

**Варакина Ж.Л.** кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

**Ившин И.В.** кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой судебной медицины и права СГМУ;

**Спирина М.В.** старший преподаватель кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b>	9
<b>Глава 1. Организация стоматологической помощи городскому населению. – А.С. Оправин, Л.И. Токуева</b>	
1.1. Организация, функции и работа стоматологической поликлиники, отделения, кабинета.....	10
1.1.1. Виды и структура стоматологических поликлиник.....	12
1.1.2. Отделения и функциональные кабинеты стоматологических поликлиник.....	47
1.1.2.1. Стоматологический кабинет. Стандарт оснащения.....	47
1.1.2.2. Терапевтическое отделение.....	50
1.1.2.3. Хирургическое отделение.....	71
1.1.2.4. Ортопедическое отделение с зуботехнической лабораторией.....	81
1.1.2.5. Отделение детской стоматологии.....	105
1.1.2.6. Физиотерапевтическое отделение (кабинет).....	142
1.1.2.7. Рентгенологический кабинет.....	153
1.1.2.8. Кабинет профилактики.....	168
1.1.3. Санитарно-гигиенические и санитарно-противоэпидемиологические требования к стоматологическим медицинским организациям.....	176
1.1.3.1. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям.....	177
1.1.3.2. Санитарно-противоэпидемиологические требования к стоматологическим медицинским организациям.....	182
1.1.4. Штатные нормативы медицинского персонала стоматологических организаций.....	189
1.1.5. Порядок допуска к осуществлению профессиональной (медицинской) деятельности. Сертификат специалиста.....	192
1.1.6. Стоматологическая Ассоциация России.....	204
Вопросы для повторения и обсуждения	207
Тестовые задания	208
Эталоны ответов	226
Список основной литературы	227
<b>Глава 2. Организация стоматологической помощи сельскому населению. – А.С. Оправин, Л.И. Токуева</b>	234
2.1. Стоматологическая помощь на уровне ФАП, врачебной амбулатории или участковой больницы.....	234
2.2. Стоматологическая помощь на уровне отделения, кабинетов центральной районной больницы (ЦРБ).....	237
2.3. Стоматологическая помощь на уровне областной (краевой, республиканской) стоматологической поликлиники.....	238
2.4. Штатные нормативы медицинского персонала для оказания стоматологической помощи жителям сельской местности.....	240
Вопросы для повторения и обсуждения	243
Тестовые задания	243
Эталоны ответов	245
Список основной литературы	246
<b>Глава 3. Рынок стоматологических услуг: состояние и перспективы развития. – Т.Г. Светличная, Ж.Л. Варакина</b>	246
3.1. Особенности рынка стоматологических услуг в РФ.....	246
3.2. Стоматологическая медицинская услуга как экономическая категория.....	255
3.3. Стоматологическая организация как услугопроизводящее предприятие.....	256
3.4. Ценообразование стоматологических услуг.....	260
Вопросы для повторения и обсуждения	262

Тестовые задания	263
Эталоны ответов	265
Список основной литературы	265
<b>Глава 4. Стоматологическая заболеваемость. Учетно-отчетная документация и основные показатели, характеризующие стоматологическую заболеваемость в Российской Федерации. – А.Л. Санников, Л.Н. Кузьмина</b>	<b>266</b>
4.1. Стоматологическая учетно-отчетная документация.....	268
4.2. Показатели работы врача-стоматолога.....	293
4.2.1. Основные эпидемиологические показатели.....	293
4.2.2. Показатели стоматологической заболеваемости.....	293
4.2.3. Анализ и планирование работы стоматологических лечебно-профилактических учреждений.....	294
4.2.4. Количественные и качественные показатели на терапевтическом приеме.....	295
4.2.5. Показатели работы на стоматологическом хирургическом приеме.....	299
4.2.6. Показатели работы на ортопедическом приеме.....	299
4.2.7. Показатели работы на ортодонтическом приеме.....	300
4.2.8. Порядок расчета основных качественных показателей работы врача-стоматолога.....	301
4.2.8.1. Терапевтический прием.....	301
4.2.8.2. Ортопедический прием.....	302
4.2.8.3. Хирургический прием.....	303
4.2.8.4. Детский прием.....	303
4.2.8.5. Показатели оценки работы заведующего отделением (терапевтическим и хирургическим).....	304
4.2.8.6. Показатели оценки работы заведующего ортопедическим отделением.....	304
4.2.8.7. Показатели оценки работы заведующего производством зуботехнической лаборатории.....	305
4.2.8.8. Анализ деятельности стоматологических учреждений.....	305
4.2.8.9. Оценка деятельности стоматологического учреждения (в динамике за последние 3-5 лет).....	306
4.3. Международные подходы к изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний.....	308
4.4. Стоматологическая заболеваемость населения России.....	310
4.5. Диспансеризация.....	315
Вопросы для повторения и обсуждения	330
Тестовые задания	330
Эталоны ответов	333
Список основной литературы	334
<b>Глава 5. Экспертиза нетрудоспособности в стоматологии. – М.В. Спирина</b>	<b>336</b>
5.1. Понятие о нетрудоспособности. Виды нетрудоспособности.....	336
5.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.....	337
5.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.....	339
5.4. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу (МСЭ).....	340
5.5. Экспертиза временной нетрудоспособности в практике врача-стоматолога.....	341
5.6. Порядок учета и хранения документов удостоверяющих временную нетрудоспособность.....	343
Вопросы для повторения и обсуждения	344
Тестовые задания	344
Эталоны ответов	346
Список основной литературы	347

<b>Глава 6. Медицинское страхование населения – А.М. Вязьмин, О.А. Цыганова, И.В. Ившин</b>	347
6.1. Понятие, цели, виды медицинского страхования. Механизм страховой медицины.	347
Вопросы для повторения и обсуждения	355
Тестовые задания	355
Эталоны ответов	359
6.2. Задачи и принципы обязательного медицинского страхования. Субъекты и участники системы ОМС.....	359
Вопросы для повторения и обсуждения	377
Тестовые задания	378
Эталоны ответов	382
Список основной литературы	383
<b>Глава 7. Права граждан в области охраны здоровья. – О.А. Цыганова</b>	385
Вопросы для повторения и обсуждения	406
Тестовые задания	407
Эталоны ответов	412
Список основной литературы	412
<b>Глава 8. Качество медицинской помощи: проблемы и решения. – Т.Г. Светличная</b>	413
8.1. Современная концепция качества медицинской помощи.....	413
8.1.1 Методологические подходы к изучению качества медицинской помощи.....	414
8.1.2 Организационно-методические подходы к оценке качества медицинской помощи за рубежом.....	419
8.1.3 Альтернативные подходы к управлению качеством медицинской помощи....	423
8.2. Управление качеством медицинской помощи в здравоохранении РФ.....	431
8.2.1. Организация контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения.....	433
8.2.2. Организация процедуры вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.....	435
8.2.2.1. Организация и порядок проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе ОМС.....	439
8.3. Технологии контроля качества медицинской помощи.....	442
8.3.1. Стандарты и стандартизация в здравоохранении.....	442
8.3.1.1. Определение понятия «стандарт», виды стандартов. Порядок разработки и использования стандартов в здравоохранении.....	442
8.3.1.2. Определение понятия «стандартизация». Организация системы стандартизации в здравоохранении.....	448
8.3.2. Значение медицинского (клинического) аудита в обеспечении и контроле качества медицинской помощи.....	451
8.3.2.1. Ошибкоопасные места лечебно-диагностического процесса и пути снижения риска возникновения врачебных ошибок.....	452
8.3.3. Показатели деятельности системы здравоохранения и их значение в оценке качества медицинской помощи.....	458
8.4. Контрольно-разрешительные механизмы в здравоохранении.....	466
8.4.1. Значение лицензирования и аккредитации в обеспечении качества медицинской помощи.....	468
8.4.1.1. Определение понятия «лицензирование». Порядок проведения лицензирования учреждений здравоохранения.....	468
8.4.1.2. Определение понятия «аккредитация». Порядок проведения аккредитации учреждений здравоохранения.....	471
8.4.1.3. Использование процедур лицензирования и аккредитации в системах управления КМП за рубежом.....	475

8.4.2. Значение сертификации и аттестации медицинских работников в обеспечении качества медицинской помощи.....	477
8.5. Управление качеством стоматологической помощи.....	480
Вопросы для повторения и обсуждения	486
Тестовые задания	487
Эталоны ответов	491
Список основной литературы	492
<b>Глава 9. Медицинская психология, этика и деонтология. –</b>	
<b>А.С. Оправин, Л.И. Токуева</b>	499
9.1. Основы медицинской психологии.....	500
9.1.1. Роль медицинской психологии в практической работе врача-стоматолога.....	506
9.2. Вопросы врачебной этики и деонтологии.....	511
9.2.1. Понятие врачебной этики и деонтологии.....	511
9.2.2. Врач и больной.....	513
Вопросы для повторения и обсуждения	516
Тестовые задания	517
Эталоны ответов	518
Список основной литературы	519
<b>Дополнительная литература к главам учебного пособия</b>	519

## ВВЕДЕНИЕ

Востребованность стоматологической помощи в Российской Федерации всегда была высокой. Удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20-25%, на 1000 жителей приходится 345-550 случаев. Распространенность кариеса составляет по разным регионам Российской Федерации от 95% до 100%. У лиц старше 35 лет распространенность тяжелых форм пародонтита достигает 100%, а к 65 годам каждый житель России в среднем имеет 5-6 зубов из 28-32. В 99% случаев стоматологические больные обслуживаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В системе здравоохранения Российской Федерации в настоящее время работают 47 тысяч стоматологов и более 18 тысяч зубных врачей со средним специальным образованием. Из всех стоматологов 43,8% составляют стоматологи-терапевты, 8,6% – стоматологи детские, 9,6% – стоматологи-хирурги, 17,7% – стоматологи-ортопеды, 16,7% – стоматологи. Обеспеченность специалистами (врачами-стоматологами и зубными врачами) на 10000 населения достигает 4,5 [9].

В номенклатуру должностей по стоматологии приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации «О введении специальности “стоматология профилактическая”» от 6 февраля 2001г. № 33 введена должность «гигиениста стоматологического».

Социально-экономические преобразования, происходящие в России, явились основными предпосылками реформирования системы здравоохранения. Цели реформы здравоохранения изложены в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (1997). Существенным образом они отразились на стоматологической службе. Главнейшая задача ее – адаптация к условиям рыночных отношений.

Последнее десятилетие стоматологическая служба Российской Федерации характеризуется:

- широкой и разнообразной сетью учреждений различных форм собственности;
- большой численностью кадров;
- высокой ресурсоемкостью;
- появлением новых нормативных документов, регламентирующих профессиональную деятельность, гарантирующих выполнение персоналом своих обязанностей на должном уровне, эффективное и качественное обеспечение оказываемой помощи.

В настоящее время субъектам Российской Федерации даны широкие полномочия, в связи с чем деятельность однотипных учреждений здравоохранения может значительно различаться [22, 23].

На основе нормативно-правовых актов Российской Федерации в области охраны здоровья населения и практике организации медицинской помощи и, в частности, стоматологической, нами представлены наиболее типичные, оптимальные формы, методы и содержание работы основных структурных элементов системы здравоохранения.



# ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

## *1.1. Организация, функции и работа стоматологической поликлиники, отделения, кабинета*

В Российской Федерации деятельность лечебно-профилактических учреждений, в том числе стоматологических, независимо от их организационно-правовой основы и формы собственности, регламентируется Основами Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. № 5487-1 (в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 г. № 2288, Федеральных законов от 02.03.1998 г. № 30-ФЗ, от 20.12.1999 г. № 214-ФЗ и от 02.12.2000 г. № 139-ФЗ).

Стоматологическую службу планирует и контролирует Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в субъектах Федерации – их администрации, в состав которых входят комитеты (управления, департаменты, министерства) здравоохранения [32, 6].

На всех административных уровнях управления здравоохранением предусмотрена должность главного специалиста, в том числе по стоматологии. Главные специалисты назначаются из числа наиболее квалифицированных врачей-стоматологов, профессоров, доцентов, научных сотрудников, работающих в области стоматологии и знающих организацию стоматологической помощи населению. Наиболее часто эти должности занимают главные врачи областных (республиканских, краевых) или крупных городских стоматологических поликлиник, в условиях района – главный врач районной стоматологической поликлиники.

### *Формы и методы работы главного стоматолога*

Главный стоматолог осуществляет:

- научное и организационно-методическое руководство работой стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов;
- проведение мероприятий по организации и обеспечению стоматологической помощью населения;
- внедрение в практику работы стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов) новых методов профилактики и лечения заболеваний зубов, челюстей, слизистой оболочки полости рта;
- оказание лечебно-консультативной помощи областной стоматологической поликлиникой городским и районным поликлиникам (отделениям, кабинетам); городской стоматологической – отделениям, кабинетам районных поликлиник;
- организация контроля качества лечебно-профилактической работы поликлиник, отделений, кабинетов;
- анализ стоматологической заболеваемости населения;
- контроль над выполнением планов развития стоматологической помощи в области, городе, районе;

- контроль проведения плана санации полости рта организованным контингентом населения;
- контроль выполнения плана мероприятий по усовершенствованию врачебного и среднего мед. персонала;
- предоставление справки о состоянии стоматологической помощи населению в управления, департаменты и министерства здравоохранения.

Для полного удовлетворения потребностей населения в стоматологической помощи необходимы сеть учреждений и кадры стоматологического профиля с учетом существующих уровней и структуры патологии челюстно-лицевой области.

Реформы здравоохранения, проводимые в России в последние десятилетия, не могли не коснуться стоматологической помощи [22, 17, 90]. Реформирование организации стоматологической помощи осуществляется разгосударствлением и приватизацией государственных медицинских учреждений, внедрением рыночной экономики, развитием частного сектора и предпринимательства [30, 36, 96].

В современных условиях стоматологическую помощь населению оказывает сеть государственных и коммерческих стоматологических учреждений. Изменение форм собственности привело к образованию новых структур: частные стоматологические клиники, центры профилактики, узкоспециализированные клиники. К настоящему времени в Российской Федерации сформировалось 3 формы собственности: государственная, частная и смешанная [90].

Тем не менее, в складывающихся рыночных условиях значительную часть стоматологической помощи берут на себя государственные стоматологические учреждения (поликлиники, отделения, кабинеты).

В целях дальнейшего совершенствования и развития здравоохранения в Российской Федерации был издан **Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об организации медицинской помощи» от 13 октября 2005г. № 633. Приложением № 1 к данному приказу утверждено «Положение об организации медицинской помощи».** Согласно ему выделяются:

### ***1. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)***

Стоматологическая помощь в рамках ПМСП организуется в *муниципальном* районе (в амбулатории, участковой больнице, поликлинике, в том числе детской, районной больнице, центральной районной больнице).

В *городском* округе стоматологическая помощь организуется в городской поликлинике, в том числе детской, центре, медсанчасти, городской больнице.

ПМСП является гарантированным (доступным и бесплатным) видом помощи, оказываемой гражданам в зоне их первого контакта с системой здравоохранения. Она включает профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений, санитарно-гигиеническое образование (Н. Найговзина, 2005).

### ***2. Стоматологическая специализированная медицинская помощь***

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Стоматологическим больным она организуется в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации (областная, краевая, республиканская, окружная больница, в том числе детская, диспансер, специализированная больница, поликлиника, госпиталь, центр).

**3. Высокотехнологическая (дорогостоящая) стоматологическая помощь** – это специализированная медицинская помощь, оказываемая с использованием ресурсных технологий на стационарном этапе. Перечень видов этой помощи утверждает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения. Стоматологическая помощь оказывается федеральными специализированными медицинскими учреждениями, в том числе детскими.

### ***1.1.1. Виды и структура стоматологических поликлиник***

**Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» от 7 октября 2005г. № 627** утверждена сеть государственных и муниципальных стоматологических учреждений. Они представлены следующим образом:

1. Самостоятельные стоматологические поликлиники (взрослые и детские);

2. Стоматологические отделения (кабинеты) в составе территориальных (многопрофильных) поликлиник, больниц, медико-санитарных частей предприятий и ведомств;

3. Стоматологические кабинеты в больницах, женских консультациях, диспансерах, в школах и дошкольных учреждениях, в высших и средних специальных учебных заведениях, на врачебных здравпунктах предприятий, ведомств и т. д.;

4. Медицинские ВУЗы и центры, представляющие стоматологическую помощь. Функционируют специализированные стоматологические центры по лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта, нейростоматологии, по лечению актиномикоза, помощи психически больным.

#### ***Классификация стоматологических поликлиник***

- 1) По уровню обслуживания:
  - республиканские, краевые, областные;
  - городские;
  - районные.
- 2) По подчиненности:
  - территориальные;
  - ведомственные.
- 3) По категориям:

- выделяют шесть категорий стоматологических поликлиник, в зависимости от мощности поликлиники, которая определяется числом врачебных должностей (**Приказ Министерства здравоохранения СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических и зубопротезных отделений больничных поликлиник» от 04.02.50г. № 87**).

Однако, в настоящее время согласно СНиП-69-78 «Лечебно-профилактические учреждения» принято выделять следующие категории ЛПУ:

- внекатегорийные – свыше 40 врачебных должностей;
- первой категории – от 30 до 40 врачебных должностей;
- второй категории – от 25 до 29 врачебных должностей;
- третьей категории – от 20 до 24 врачебных должностей.

По мнению В. Д. Вагнера и соавт. (2006) разделение стоматологических поликлиник по числу врачебных должностей не является объективным показателем. Авторы считают, что наиболее правильным является Решение Совета Стоматологической Ассоциации России от 14.09.2004 г., которым утвержден порядок оценки стоматологических учреждений в зависимости от объема услуг, работ и технологий. Согласно ему лечебно-профилактическим учреждениям присваиваются разряды от первого (самого низкого) до пятого.

Ранжирование медицинских организаций по разрядам в зависимости от оказываемых ими стоматологических услуг представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Разряды стоматологических учреждений в зависимости от объёма услуг, работ и технологий для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальности «стоматология терапевтическая»**

<b>Разряд ЛПУ</b>	<b>Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении</b>	<b>Код по КУРТ Т.2004</b>
<b>I</b>	<b>Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область</b>	<b>03.059.01</b>
	Аппликационное введение анестетиков	03.059.01.1.1
	Инфильтрационная анестезия	03.059.01.1.2.1.1
	Проводниковая анестезия	03.059.01.1.2.1.2
	Внутрипульпарная анестезия	03.059.01.1.2.1.3
	Интралигаментарная анестезия	03.059.01.1.2.1.4
	Инъекционное введение других лекарственных средств в челюстно-лицевую область	03.059.01.2
	<b>Терапевтическое лечение кариеса и других болезней твердых тканей зубов</b>	<b>03.059.03</b>
	<i>Лечение кариеса эмали в стадии пятна (начальный кариес)</i>	<i>03.059.03.1</i>
	- путем реминерализующей терапии	03.059.03.1.1
	<i>Лечение кариеса эмали и дентина зубов</i>	<i>03.059.03.2</i>
	- путем постановки пломбы из цементов на основе фосфорной кислоты	03.059.03.2.1

<b>Разряд ЛПУ</b>	<b>Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении</b>	<b>Код по КУРТ Т.2004</b>
	- путем постановки пломбы из цементов на основе полиакриловой или другой органической кислоты	03.059.03.2.2
	- путем постановки пломбы из ненаполненных полимерных материалов	03.059.03.2.4
	<b><i>Лечение кариеса дентина зубов</i></b>	<b><i>03.059.03.3</i></b>
	- путем наложения лечебной и изолирующей прокладки с последующим замещением дефекта	03.059.03.3.1
	<b><i>Терапевтическое лечение сошлифовывания зубов (абразивного износа)</i></b>	<b><i>03.059.03.5</i></b>
	Лечение при начальных проявлениях клиновидного дефекта путем применения препаратов, повышающих резистентность эмали	03.059.03.5.1
	Лечение при наличии выраженных клиновидных дефектов	03.059.03.5.2
	- путем пломбирования	03.059.03.5.2.1
	<b><i>Терапевтическое лечение эрозии зубов</i></b>	<b><i>03.059.03.6</i></b>
	Лечение активной стадии эрозии зубов путем реминерализирующей терапии	03.059.03.6.1
	Лечение стабилизированной стадии эрозии зубов	03.059.03.6.2
	- путем трехкратной обработки пораженной поверхности абразивной фтористой пастой	03.059.03.6.2.1
	- путем постановки пломбы с обязательной предварительной реминерализирующей терапией	03.059.03.6.2.2
	<b><i>Снятие отложений (нарослов) на зубах</i></b>	<b><i>03.059.03.7</i></b>
	Снятие мягкого и пигментированного налета на зубах	03.059.03.7.1
	- путем использования абразивных паст, щеток, резинок и штрипсов	03.059.03.7.1.2
	Снятие наддесневого зубного камня (с последующей полировкой поверхности зубов)	03.059.03.7.2
	- с помощью ручных скейлеров	03.059.03.7.2.1
	<b><i>Терапевтическое лечение чувствительного дентина (гиперестезии) зубов</i></b>	<b><i>03.059.03.9</i></b>
	Лечение путем реминерализирующей терапии	03.059.03.9.1
	<b>Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периапикальных тканей</b>	<b>03.059.05</b>
	Лечение путем механической и медикаментозной обработки корневых каналов	03.059.05.1

Разряд ЛПУ	Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении	Код по КУРТ Т.2004
	- при помощи ручных инструментов	03.059.05.1.1
	- пастами при помощи каналонаполнителя	03.059.05.2.1
	<b>Терапевтическое лечение гингивита и болезней пародонта</b>	<b>03.059.06</b>
	Лечение с применением препаратов местного действия путем аппликации и инстилляций	03.059.06.1
	<b>Профилактика стоматологических заболеваний</b>	<b>03.059.18</b>
	Оценка гигиенического состояния полости рта	03.059.18.01
	Обучение правилам рациональной гигиены полости рта	03.059.18.02
	Проведение контролируемой чистки зубов	03.059.18.03
	Проведение профессиональной гигиены полости рта	03.059.18.04
	Оценка кариесогенной ситуации в полости рта	03.059.18.05
	Проведение профилактики кариеса и некариозных поражений зубов	03.059.18.06
<b>II</b>	Объем помощи, оказываемой в учреждениях I-го разряда	
	<b>Терапевтическое лечение кариеса и других болезней твердых тканей зубов</b>	<b>03.059.03</b>
	<i>Лечение кариеса эмали в стадии пятна (начальный кариес)</i>	<i>03.059.03.1</i>
	- методом глубокого фторирования	03.059.03.1.2
	<i>Лечение кариеса эмали и дентина зубов</i>	<i>03.059.03.2</i>
	- путем постановки пломбы из наполненных полимерных материалов химического отверждения	03.059.03.2.5.1
	- путем постановки пломбы из металлических пломбировочных материалов	03.059.03.2.6
	- путем реставрации зубов с использованием композиционных материалов химического отверждения	03.059.03.2.7.1
	<b>Снятие отложений (нарослов) на зубах</b>	<b>03.059.03.7</b>
	Снятие наддесневого зубного камня (с последующей полировкой поверхности зубов)	03.059.03.7.2.2
	с помощью механических скейлеров	03.059.03.9.1
	<b>Консервативное лечение болезней пульпы</b>	<b>03.059.04</b>
	Лечение начального (гиперемии) и острого пульпита биологическим методом	03.059.04.1

Разряд ЛПУ	Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении	Код по КУРТ Т.2004
	- путем непрямого покрытия пульпы лечебными прокладками	03.059.04.1.1
	- путем прямого покрытия пульпы лечебными прокладками	03.059.04.1.2
	Лечение начального (гиперемии) и острого пульпита методом витальной ампутации пульпы, с последующим покрытием корневой пульпы лечебными прокладками	03.059.04.2
	<b>Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периапикальных тканей</b>	<b>03.059.05</b>
	Лечение путем механической и медикаментозной обработки корневых каналов при помощи машинных инструментов	03.059.05.1.2
	Лечение путем временного пломбирования лечебными пастами	03.059.05.4
	<b>Консервативное лечение поражений десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой</b>	<b>03.059.07</b>
	<b>Консервативное лечение стоматита и родственных поражений</b>	<b>03.059.09</b>
	<b>Профилактика стоматологических заболеваний</b>	<b>03.059.18</b>
	Оценка состояния пародонта	03.059.18.07
	Проведение профилактики заболеваний пародонта	03.059.18.08
<b>III</b>	Объем помощи, оказываемой в учреждениях I-го и II-го разрядов	
	<b>Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область</b>	<b>03.059.01</b>
	Интралигаментарная анестезия	03.059.01.1.2.1.4
	<b>Терапевтическое лечение нарушений развития и прорезывания зубов</b>	<b>03.059.02</b>
	Замещение дефекта при адентии зубов с помощью стекловолоконных армирующих и композиционных материалов путем непрямого изготовления конструкций	03.059.02.1.1
	Лечение путем изготовления виниров из композиционных материалов методом прямой реставрации	03.059.02.2.1.1
	Лечение путем изготовления виниров из композиционных материалов методом прямой	03.059.02.2.1.1

Разряд ЛПУ	Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении	Код по КУРТ Т.2004
	реставрации	
	<b><i>Лечение кариеса эмали и дентина зубов</i></b>	<b>03.059.03.2</b>
	- путем постановки пломбы из композиционно-иономерного (компомера) материала	03.059.03.2.3
	- путем постановки пломбы из наполненных полимерных материалов светового отверждения	03.059.03.2.5.2
	- путем замещения дефектов твердых тканей вкладками	03.059.03.2.8
	<b><i>Лечение кариеса дентина зубов</i></b>	<b>03.059.03.3</b>
	- путем наложения пломбы из наполненных полимерных материалов светового отверждения безпрокладочным методом (герметизация дентинных канальцев адгезивными системами)	03.059.03.3.2
	- с помощью глубокого фторирования, с последующим замещением дефекта	03.059.03.3.3
	<b><i>Терапевтическое лечение повышенного стирания зубов</i></b>	<b>03.059.03.4</b>
	Лечение путем реставрации зубов пакуемыми композитными материалами	03.059.03.4.1
	Лечение путем изготовления вкладок из металлических материалов	03.059.03.4.2.1
	<b><i>Снятие отложений (наростов) на зубах</i></b>	<b>03.059.03.7</b>
	Снятие наддесневого зубного камня (с последующей полировкой поверхности зубов) с помощью ультразвуковых, пьезоэлектрических и акустических скейлеров	03.059.03.7.2.3
	Снятие поддесневого зубного камня с помощью ручных скейлеров с последующей полировкой поверхности зубов	03.059.03.7.3
	<b><i>Терапевтическое лечение изменения цвета зубов после прорезывания</i></b>	<b>03.059.03.8</b>
	Терапевтическое лечение путем наружного отбеливания путем применения химических препаратов	03.059.03.8.1.1
	Терапевтическое лечение путем внутрикоронкового отбеливания	03.059.03.8.2
	<b><i>Терапевтическое лечение чувствительного дентина (гиперестезии) зубов</i></b>	<b>03.059.03.9</b>
	Лечение методом глубокого фторирования	03.059.03.9.2



<b>Разряд ЛПУ</b>	<b>Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении</b>	<b>Код по КУРТ Т.2004</b>
	Лечение путем применения препаратов, герметизирующих поверхность дентина и цемента	03.059.03.9.3
	Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периапикальных тканей	03.059.05
	Лечение путем obturации каналов	03.059.05.2
	- методом вертикальной конденсации	03.059.05.2.2
	- методом латеральной конденсации	03.059.05.2.3
	Терапевтическое лечение гингивита и болезней пародонта	03.059.06
	Лечение путем коагуляции тканей пародонта	03.059.06.2
	Лечение болезней губ, языка и лейкоплакии	03.059.010
	Консервативное симптоматическое лечение проявлений некоторых инфекционных и паразитарных болезней в полости рта	03.059.011
	Консервативное симптоматическое лечение проявлений в полости рта болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм	03.059.13
	Профилактика стоматологических заболеваний	03.059.18
	Оценка состояния эмали перед ортодонтическим лечением	03.059.18.09
	Проведение профилактики при ортодонтическом лечении	03.059.18.10
<b>IV</b>	Объем помощи, оказываемой в учреждениях I-го, II-го и III-го разрядов	
	<b>Терапевтическое лечение нарушений развития и прорезывания зубов</b>	<b>03.059.02</b>
	Замещение дефекта при адентии зубов с помощью стекловолоконных армирующих и композиционных материалов путем непрямого изготовления конструкций	03.059.02.1.2
	Лечение путем изготовления виниров из композиционных материалов методом не прямой реставрации	03.059.02.2.1.2
	из керамических материалов в лаборатории	03.059.02.2.2.1
	<b>Лечение кариеса эмали и дентина зубов</b>	<b>03.059.03.2</b>
	путем реставрации зубов с использованием композитных материалов светового отверждения	03.059.03.2.7.2
	<b>Терапевтическое лечение повышенного</b>	<b>03.059.03.4</b>

<b>Разряд ЛПУ</b>	<b>Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении</b>	<b>Код по КУРТ Т.2004</b>
	<b><i>стирания зубов</i></b>	
	Лечение путем изготовления вкладок из керамических материалов	03.059.03.4.2.2
	Терапевтическое лечение сошлифовывания зубов (абразивного износа)	03.059.03.5
	Лечение при наличии выраженных клиновидных дефектов путем пломбирования	03.059.03.5.2.1
	<b><i>Терапевтическое лечение эрозии зубов</i></b>	<b><i>03.059.03.6</i></b>
	Лечение стабилизированной стадии эрозии зубов	03.059.03.6.2
	- путем реставрации зубов с использованием композиционных материалов с обязательной предварительной реминерализующей терапией	03.059.03.6.2.3
	- путем непрямого изготовления виниров из керамических материалов с обязательной предварительной реминерализующей терапией	03.059.03.6.2.4
	<b><i>Снятие отложений (нарослов) на зубах</i></b>	<b><i>03.059.03.7</i></b>
	Снятие мягкого и пигментированного налета на зубах путем использования воздушноабразивных систем и карбонадсодержащих порошков	03.059.03.7.1.1
	<b><i>Терапевтическое лечение изменения цвета зубов после прорезывания</i></b>	<b><i>03.059.03.8</i></b>
	Лечение путем реставрации зубов с использованием композиционных материалов	03.059.03.8.3
	Лечение путем непрямого изготовления виниров из керамических материалов	03.059.03.8.4
	<b><i>Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периапикальных тканей</i></b>	<b><i>03.059.05</i></b>
	Лечение путем механической и медикаментозной обработки корневых каналов при помощи ультразвуковых инструментов	03.059.05.1.3
	Лечение путем obturation каналов эндодонтическими obtураторами, покрытыми термопластифицируемой гуттаперчей	03.059.05.2.4
	Лечение методом депофореза гидроокиси меди-кальция	03.059.05.3
	<b><i>Терапевтическое лечение гингивита и болезней пародонта</i></b>	<b><i>03.059.06</i></b>

Разряд ЛПУ	Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении	Код по КУРТ Т.2004
	Лечение путем применения стекловолоконных армирующих и композиционных материалов	03.059.06.3
	Консервативное лечение болезней слюнных желез	03.059.08
	Консервативное симптоматическое лечение злокачественных и доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области	03.059.12
	Консервативное симптоматическое лечение проявлений в полости рта болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ	03.059.14
	Консервативное симптоматическое лечение проявлений в полости рта болезней системы кровообращения	03.059.15
	Консервативное симптоматическое лечение проявлений в полости рта болезней кожи и подкожной клетчатки	03.059.16
	Консервативное симптоматическое лечение проявлений в полости рта болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани	03.059.17
V	Объем помощи, оказываемой в учреждениях I-IV-го разрядов	
	Терапевтическое лечение нарушений развития и прорезывания зубов	03.059.02
	Лечение путем изготовления виниров из керамических материалов с помощью кабинетного аппарата	03.059.02.2.2.2
	<i>Терапевтическое лечение изменения цвета зубов после прорезывания</i>	03.059.03.8
	Терапевтическое лечение путем наружного отбеливания путем применения химических препаратов, активизирующихся при помощи света (аппаратное отбеливание)	03.059.03.8.1.2
	Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периапикальных тканей	03.059.05
	Лечение путем obturации каналов	03.059.05.2
	- при помощи инъекционной техники введения термопластической гуттаперчи	03.059.05.2.5

Разряд ЛПУ	Услуги, работы и технологии в стоматологическом учреждении	Код по КУРТ Т.2004
	- трехмерным пломбированием гуттаперчей	03.059.05.2.6

Особое место в структуре городской стоматологической службы занимают стоматологические поликлиники [93, 94]. Положение «О стоматологической поликлинике» было утверждено **Приказом МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 10.12.1976г. № 1166** (Приложение № 4).

**Извлечения  
из Приложения № 4  
к приказу Министерства Здравоохранения СССР  
от 10 декабря 1976г. № 1166**

- стоматологическая поликлиника – лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области;

- стоматологическая поликлиника организуется в установленном порядке и осуществляет свою деятельность среди населения, на промышленных предприятиях, в высших и средних учебных заведениях, строительных и других организациях, в том числе в соответствующих случаях в детских коллективах;

- границы района деятельности поликлиники – перечень организаций, которые она обслуживает, устанавливаются органом здравоохранения по подчиненности поликлиники.

***Основными задачами поликлиники являются:***

- проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в организованных коллективах;

- организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;

- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи населению.

***Для осуществления основных задач поликлиника организует и проводит:***

- в плановом порядке, по графикам, согласованным с руководителями предприятий и организаций, профилактические осмотры работников промышленных предприятий, строительных организаций, учащихся высших и средних учебных заведений, работников и учащихся других организованных коллективов с одновременным осуществлением лечения выявленных больных;

- осуществление полной санации полости рта всем лицам, обращающимся в поликлинику по вопросам оказания стоматологической помощи;

- полную санацию полости рта у допризывных и призывных контингентов;
- оказание экстренной медицинской помощи больным при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- диспансерное наблюдение за определенными контингентами больных стоматологического профиля;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи с осуществлением своевременной госпитализации лиц, нуждающихся в стационарном лечении;
- экспертизу временной нетрудоспособности больным, выдачу больничных листов и рекомендаций по рациональному трудоустройству, направление во врачебно-трудовые экспертные комиссии лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- весь комплекс реабилитационного лечения патологий челюстно-лицевой области и, прежде всего, зубное протезирование и ортодонтическое лечение;
- анализ заболеваемости населения стоматологическими болезнями, в том числе заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих, работающих на промышленных предприятиях, расположенных на территории обслуживаемого района, а также, разработка мероприятий по понижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;
- внедрение современных методов диагностики и лечения, новой медицинской технологии и аппаратуры, лекарственных средств;
- санитарно-просветительную работу среди населения с использованием всех средств массовой информации (печать, телевидение, радиовещание, средства наглядной агитации и т. д.);
- мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Для осуществления плановых профилактических, а также лечебных мероприятий в организованных коллективах, стоматологическая поликлиника использует предоставляемые для этих целей администрацией промышленных предприятий и других организаций помещения, а также стоматологические кабинеты (на промышленных предприятиях с числом работающих 1500 и выше и в высших, средних учебных заведениях с числом учащихся 800 и выше).

В Российской Федерации сохраняется структура сети стоматологических поликлиник на основе административно-территориального деления.

**Приказом МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12 июня 1984г. № 670** (Приложение 4) утверждено Положение о стоматологической поликлинике республиканского, областного (краевого) назначения, где указано, что стоматологическая поликлиника республиканского, областного (краевого) назначения предназначена для оказания высококвалифицированной стоматологической помощи территориально прикрепленному населению,

консультативно-диагностической помощи больным, направленным из лечебно-профилактических учреждений республики, области (края), а также для организационно-методического руководства стоматологическими поликлиниками, отделениями и кабинетами, находящимися в структуре других лечебно-профилактических учреждений республики, области (края).

В пункте 2 Положения 4 подчеркнута, что деятельность стоматологической поликлиники республиканского, областного (краевого) подчинения, направленная на профилактику и лечение стоматологических заболеваний среди территориально прикрепленного населения, определяется «Положением о стоматологической поликлинике», утвержденным приказом МЗ СССР от 10.12.1976 г. № 1166 (Приложение 4), а организационно-методическая работа среди стоматологических подразделений республики, области (края) настоящим положением.

*Республиканская, областная (краевая) стоматологическая поликлиника* функционирует в столице республики, в областном центре, в центральном городе края.

Примерная структура республиканской, областной (краевой) стоматологической поликлиники приведена на схеме 1.

Схема 1

### Структура республиканской, областной (краевой) стоматологической поликлиники



Основными её задачами являются:

- реализация мероприятий по первичной профилактике стоматологических заболеваний среди населения;
- организационное руководство по обеспечению в полном объеме высококвалифицированной помощи населению республики, области (края);
- координация организационно-методической работы, проводимой лечебно-профилактическими учреждениями республики, области (края);
- организация и контроль над проведением статистического учета и отчетности по стоматологии в лечебно-профилактических учреждениях республики, области (края);
- обеспечение и контроль над внедрением новых методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний;
- повышение квалификации врача-стоматолога и среднего медицинского персонала.

***Профилактические и лечебные отделения оказывают:***

- профилактическую и лечебную стоматологическую помощь больным на современном уровне;
- организуют выезды специалистов в населенные пункты для проведения профилактических и лечебных мероприятий;
- дают медицинские заключения больным с указанием диагноза, плана лечения и дальнейших рекомендаций;
- при расхождении диагнозов и допущенных ошибках врачами стоматологических учреждений своевременно составляют материалы для информационных писем.

***Организационно-методический отдел:***

- организует и проводит изучение заболеваемости среди населения;
- изучает по материалам статистических отчетов, проверок работу стоматологических учреждений республики, области (края) и состояние стоматологической помощи населению;
- проводит анализ деятельности стоматологических учреждений по устранению имеющихся недостатков в работе и практических мероприятий по повышению культуры и качества медицинского обслуживания населения республики, области (края);
- несет непосредственную ответственность за изучение и обобщение опыта работы лучших стоматологических учреждений республики, области (края);
- разрабатывает организационно-методические материалы по важнейшим разделам работы лечебно-профилактических учреждений (диспансеризация населения, профилактическая и лечебная работа) и доводит до сведения руководства, медицинских работников учреждений здравоохранения республики, области (края);

- осуществляет консультативную помощь врачам-стоматологам по вопросам организационной работы и повышению качества медицинского обслуживания населения;
- проверяет организацию учета и отчетности в стоматологических учреждениях и проводит необходимые мероприятия по устранению недостатков, выявленных при обследовании;
- участвует в приеме органами здравоохранения государственных статистических отчетов, обобщает и анализирует эти отчеты, составляет сводный отчет по стоматологической службе республики, области (края);
- несет ответственность за качество статистического учета и отчетности в республике, области (крае) по стоматологии.

Стоматологическая поликлиника республиканского, областного (краевого) подчинения является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением, имеет необходимое помещение, территорию, оборудование и другое имущество.

Стоматологическая поликлиника республиканского, областного (краевого) подчинения пользуется правами юридического лица, имеет круглую гербовую печать и штамп с указанием своего полного наименования.

**Городские стоматологические поликлиники** располагаются в городах республиканского, краевого, областного подчинения. Они осуществляют организационно-методическое руководство межрайонными и районными стоматологическими поликлиниками данного города и оказывают лечебно-консультативную помощь.

Примерная структура городской стоматологической поликлиники приведена на схеме 2.

Схема 2

### Структура городской стоматологической поликлиники





В поликлиниках могут быть организованы отделения (кабинеты) по оказанию узкоспециализированной стоматологической помощи больным. К ним относят аллергологический кабинет, кабинет функциональной диагностики, кабинет анестезиологии, профилактики, иглорефлексотерапии, гирудотерапии, имплантологии, реставрационной терапии, эндодонтии и др.

В положении о стоматологической поликлинике (**приложение 4 к приказу МЗ СССР № 1166 от 10.12.1976г.**) указано, что «конкретная структура поликлиники устанавливается органом здравоохранения по подчиненности».

В организации слаженной работы поликлиники определенную роль играет каждое подразделение.

**Регистратура** участвует в организации приема и регулировании потока больных, которое осуществляется выдачей талонов или предварительной записью на прием. Первичные талоны выдаются к терапевту-стоматологу, хирургу-стоматологу, врачу-стоматологу детскому, а также узким специалистам – пародонтологу, физиотерапевту и др. Регистраторами заполняются следующие документы: паспортная часть медицинской карты стоматологического больного, талон на прием к врачу, книга регистрации листков временной нетрудоспособности, журнал вызовов врача на дом.

Важными функциями регистратуры являются оформление и хранение медицинских карт стоматологического больного, их подбор, доставка в кабинеты и раскладка после приема.

**Дежурному стоматологу** принадлежит значительная роль в организации приема больных в стоматологической поликлинике. Он оказывает при необходимости неотложную стоматологическую помощь, осматривает пациента и определяет объем необходимой ему дальнейшей стоматологической помощи, направляет больных к стоматологам-терапевтам, хирургам для последующего лечения, обеспечивая равномерную нагрузку врачей. Повторные посещения больными поликлиники назначаются и регулируются лечащими врачами. Лечение больного должно заканчиваться полной санацией.

**Пункты неотложной стоматологической помощи** являются новыми структурными подразделениями крупных стоматологических поликлиник. Они организованы в городах административных территорий для обеспечения круглосуточной помощи всем лицам, обращающимся по поводу острой боли, кровотечений, острых воспалительных процессов, травматических повреждений зубов, челюстей и другой остропротекающей патологии.

Большое значение при организации стоматологической помощи отводится внедрению новой формы помощи населению – **по участковому принципу**. Он позволяет врачу-стоматологу изучить у населения основные показатели заболеваемости (распространенность, интенсивность и прирост интенсивности кариеса), своевременно выявить факторы риска заболеваний полости рта, ранние формы патологии и разработать план профилактических и лечебных мероприятий.

В условиях города сложилась традиция оказания стоматологической помощи населению в виде двух форм: **централизованной и децентрализованной.**

**При централизованной форме** оказания помощи прием населения ведется непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом отделении (кабинете) территориальной поликлиники. Стоматологические отделения (кабинеты) территориальных поликлиник работают под организационно-методическим руководством районной или городской стоматологической поликлиники, подчиняясь административно главному врачу территориальной поликлиники.

**При децентрализованной форме** создаются постоянно действующие стоматологические кабинеты на промышленных предприятиях, в высших и средних учебных заведениях и т. д. Преимущество этой формы заключается в том, что, во-первых, обслуживание населения происходит на месте и постоянно; во-вторых, имеется возможность полного медицинского обслуживания работающих и учащихся; в-третьих, увеличивается возможность более тесного контакта врача с пациентом.

Состав, набор и минимально рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации изложены в Приложении 2 к СанПиН 2.1.3.2630-10 и утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010г. №58– см. в табл. 2.

Таблица 2

**Состав, набор и минимальные рекомендуемые площади помещений стоматологической медицинской организации <2>**

<b>Наименование помещений</b>	<b>Минимальная площадь в кв. м</b>	<b>Примечания</b>
Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальной	10	На каждого взрослого пациента по 1,2 кв. м. На каждого ребенка с учетом пребывания одного из родителей – 2 кв. м
Кабинет врача (стоматолога терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога)	14	С увеличением на 10 кв. м на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 кв. м на дополнительное стоматологическое кресло без установки)
Кабинет врача в общеобразовательных учреждениях	12	
Кабинет гигиены рта		С учетом ограниченного объема

Наименование помещений	Минимальная площадь в кв. м	Примечания
	10	Лечебной работы
<p>Операционный блок:  предоперационная  операционная  комната временного пребывания пациента после операции</p>	<p>6  20  4</p>	<p>При отсутствии центральной стерилизационной инструментарий из операционной поступает на стерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается как минимум на 2 кв. м.</p>
<p>Рентгеновский кабинет на один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков</p>	6 <1>	<p>Уменьшение площади возможно при соблюдении пунктов 7.2.1. настоящих Правил</p>
<p>Стерилизационная</p>	6	<p>Площадь принимается в соответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и пр.), но не менее 6 кв. м</p>
<p>Зуботехническая лаборатория:  помещение зубных техников  специализированные помещения:  полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная  литейная</p>	<p>7  7  4</p>	<p>4 кв. м на одного техника, но не более 10 техников в одном помещении  При наличии зуботехнической лаборатории на 1-2 штатных единицы зубных техников возможно ее размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом – рабочее место зубного техника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 кв. м.  В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь</p>

Наименование помещений	Минимальная площадь в кв. м	Примечания
		может быть изменена
Физиотерапевтическое отделение: кабинет электросветолечения, лазеротерапии кабинет гидротерапии кабинет УВЧ, СВЧ и ультрафиолетового облучения кабинет физиотерапии	12  12 12  12	6 кв. м на один аппарат  6 кв. м на один аппарат 6 кв. м на один аппарат  6 кв. м на один аппарат
Административные, подсобные и вспомогательные помещения: кабинет заведующего (администратора) комната персонала с гардеробом  кабинет старшей медицинской сестры помещение хранения медикаментов и наркотических материалов  помещения хранения изделий медицинского назначения кладовая грязного белья кладовая чистого белья	8  6  8 6  6 3 3	На каждого работающего в смену по 1,5 кв. м. Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе  Может быть объединена с кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшей медсестры не увеличивается  Могут размещаться в шкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях
Туалет для пациентов	3	

Наименование помещений	Минимальная площадь в кв. м	Примечания
Туалет для персонала	3	При количестве
		стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие одного туалета для пациентов и персонала

<1> Площади для других кабинетов и вспомогательных помещений рентгенологического отделения см. в действующих санитарных правилах, регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений.

<2> В минимальный набор помещений для работы стоматологической медицинской организации входят – вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет, кладовая.

***Основными разделами работы врача-стоматолога поликлиники для взрослого населения являются:***

- оказание лечебно-профилактической, хирургической и ортопедической помощи по обращаемости;
- проведение консультаций для врачей других специальностей;
- диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных;
- проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов больных;
- ведение учетно-отчетной документации;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- санитарно-просветительная работа.

Стоматологическую поликлинику возглавляет главный врач. Положение о главном враче стоматологической поликлиники республиканского, краевого, областного, городского подчинения утверждено **Приказом МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12 июля 1984г. № 670**. Квалификационные характеристики главного врача, специалистов и служащих стоматологических организаций представлены в **Приказе Минздравсоцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»**. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» от 06.11.2009г. № 869. Квалификационные характеристики содержат три раздела: «Должностные обязанности», «Должны знать» и «Требования к квалификации».

В оказании стоматологической помощи детям большая роль принадлежит *детской стоматологической поликлинике*.

Положение об организации деятельности детской стоматологической поликлиники утверждено **Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009г. №946н** (Приложение 1).

**Извлечения из Приложения 1  
к Приказу Министерства Здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 03.12.2009г. № 946н.**

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности детской стоматологической поликлиники.

2. Детская стоматологическая поликлиника является самостоятельным учреждением здравоохранения для оказания первичной медико-санитарной и специализированной стоматологической помощи детскому населению в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями, утвержденным настоящим Приказом.

3. Организация деятельности поликлиники, ее мощность определяются органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований с учетом их особенностей и потребностей.

4. Структура и штатная численность медицинского и иного персонала детской стоматологической поликлиники устанавливаются ее руководителем в зависимости от объема проводимой лечебно-профилактической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 2 к Порядку оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями, утвержденному настоящим Приказом.

5. Для обеспечения функций детской стоматологической поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать:

- отделение терапевтической стоматологии с кабинетами пародонтологии и лечения заболеваний слизистой оболочки рта;
- отделение (кабинет) хирургической стоматологии;
- ортодонтическое отделение (кабинет);
- лечебно-профилактическое отделение оказания стоматологической помощи детям в образовательных учреждениях;
- рентгенологический кабинет;
- физиотерапевтический кабинет;
- комната гигиены;
- регистратура;
- кабинет логопеда;
- кабинет психолога детского;

- централизованная стерилизационная;
- ортодонтическая зуботехническая лаборатория;
- технические службы;
- кабинет медицинской статистики;
- административно-хозяйственная часть.

6. Руководитель детской стоматологической поликлиники, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации, назначается на должность и освобождается от нее органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Руководитель детской стоматологической поликлиники, находящейся в ведении муниципального образования, назначается на должность и освобождается от нее органом управления здравоохранением муниципального образования.

7. Детская стоматологическая поликлиника осуществляет профилактическую, консультативно-диагностическую и лечебную помощь детям путем:

- обеспечения в структурных отделениях поликлиники лечебно-диагностического процесса детям, страдающим стоматологическими заболеваниями;
- организации и проведения в плановом порядке профилактических осмотров и санации полости рта детей в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования согласно положению № 8 к Порядку оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями, утвержденному настоящим Приказом;
- оказания экстренной стоматологической помощи детям при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- организации диспансерного наблюдения за детьми с патологией зубочелюстной системы с оценкой уровня стоматологического здоровья;
- направления в установленном порядке детей на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения;
- проведения комплексного ортодонтического лечения детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями;
- анализа стоматологической заболеваемости детей и разработки мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;
- внедрения современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области у детей;
- проведения санитарно-просветительской работы среди населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, педагогического персонала школ и дошкольных учреждений, родителей с использованием средств массовой информации;

- ведения учетной и отчетной документации и представления отчетов о своей деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

8. Детская стоматологическая поликлиника может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений высшего, дополнительного и среднего медицинского образования, а также научных организаций.

Одноименным приказом утверждены штатные нормативы медицинского персонала детской стоматологической поликлиники (извлечение из Приложения № 2 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н. – см. в табл. 3).

Таблица 3

**Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала  
детской стоматологической поликлиники**

<b>1. Врачебный персонал</b>	
<i>1</i>	<i>2</i>
Врач-стоматолог детский	0,8 должности на 1000 <*> детей в городах 0,5 должности на 1000 <*> детей в сельских населенных пунктах
Врач-ортодонт	0,15 должности на 1000 детей
Врач-стоматолог хирург	1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов детских
Врач-физиотерапевт	0,1 должности на 15 тыс. детей
Врач-рентгенолог	1 должность на 15 тыс. рентгеновских снимков год
Врач анестезиолог-реаниматолог	1 должность на 20 должностей врачей-стоматологов
Заведующий детским стоматологическим отделением	1 должность на 12 должностей врачей-стоматологов
Заместитель главного врача по медицинской части	1 должность на 40 должностей врачей-стоматологов
Заведующий организационно-методическим кабинетом – врач-методист стоматолог	0,5 должности на 100 тыс. детей
<b>2. Средний медицинский персонал</b>	
Медицинская сестра (врачебного кабинета)	1 должность на каждую должность врача-стоматолога детского, стоматолога-хирурга, ортодонта



Медицинская сестра (физиотерапевтического кабинета)	1 должность на 15 тыс. условных процедурных единиц в год
Медицинская сестра-анестезист	1,5 должности на 1 должность врача анестезиолога-реаниматолога
Рентгенолаборант	1 должность в смену
Гигиенист стоматологический	1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов всех наименований; 1 должность в стоматологическом кабинете образовательного учреждения; 1 должность в Центре здоровья
Медицинский статистик	1 должность на 20 должностей врачей-стоматологов
Медицинский регистратор	1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов
Зубной техник	должность устанавливается в зависимости от объема работы
Старший зубной техник	1 должность на каждые 10 должностей зубных техников, но не менее 1 должности
Заведующий зуботехнической лабораторией	1 должность в поликлинике при штатных нормативах не менее 15 должностей зубных техников. При меньшем количестве должностей зубных техников эта должность вводится вместо 1 должности старшего зубного техника
Старшая медицинская сестра	1 должность на 1 должность заведующего отделением
Главная медицинская сестра	1 должность

### 3. Младший медицинский персонал

Сестра хозяйка	1 должность
Санитарка	на 1 должность врача-стоматолога хирурга; на 3 должности врача-стоматолога детского; на 3 должности врача-ортодонта; на 2 должности медицинских сестер отделения физиотерапии; 1 должность в регистратуру; 1 должность в зуботехническую лабораторию

<\*> Должность врача-стоматолога детского в штатном расписании может быть при необходимости заменена на должность зубного врача, выполняющего свои должностные обязанности в соответствии с действующим законодательством.

<\*> Включая детей в образовательных учреждениях.

В Приложении № 3 к этому же приказу изложен порядок оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями.

**Извлечение из Приложения № 3  
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н**

**I. Порядок оказания медицинской помощи детям  
с заболеваниями зубов, тканей пародонта и слизистой  
оболочки рта**

1. Настоящий порядок регулирует оказание медицинской помощи детям с заболеваниями зубов, тканей пародонта, слизистой оболочки рта в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

2. Оказание медицинской помощи детям с заболеваниями зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки рта осуществляется в рамках последовательного лечебно-диагностического процесса и реабилитации, начинающегося с осмотра педиатром в лечебно-профилактическом учреждении после рождения детей.

В случае выявления стоматологической патологии педиатр направляет ребенка к стоматологу в детскую стоматологическую поликлинику, осуществляющую свою деятельность в соответствии с приложениями № 1-9 к настоящему Порядку, или стоматологическое отделение многопрофильной детской поликлиники, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями № 10-13 к настоящему Порядку.

3. При наличии медицинских показаний, выявленных при обследовании и лечении детей со стоматологическими заболеваниями, дети направляются на консультацию врачей-специалистов детских лечебно-профилактических учреждений в соответствии с номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009г. № 210н (зарегистрирован Минюстом России 5 июня 2009г., регистрационный № 14032).

4. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием стоматологической помощи детям, может повлечь возникновение болевых ощущений у ребенка, такие манипуляции должны проводиться с обезболиванием.

5. Осмотр детей стоматологом детским осуществляется: на первом году жизни – 2 раза в год, в последующем – 1 раз в год.

6. Оказание стоматологической помощи детям на доврачебном этапе осуществляется гигиенистом стоматологическим в стоматологическом

кабинете детских дошкольных учреждений, образовательных учреждений и заключается в раннем выявлении факторов риска возникновения стоматологических заболеваний и их профилактике.

7. Медицинская помощь детям с острой болью оказывается в детской стоматологической поликлинике, стоматологическом отделении детской многопрофильной поликлиники, стоматологическом кабинете образовательного учреждения, а также федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

Медицинские процедуры, направленные на устранение или облегчение боли у ребенка, должны быть проведены в возможно короткий срок с момента обращения пациента в учреждение здравоохранения.

8. Оказание медицинской помощи детям, имеющим кариес зубов, осуществляется в детских стоматологических поликлиниках, детских стоматологических отделениях (кабинетах) детских медицинских организаций, стоматологических кабинетах образовательных учреждений, мобильных стоматологических кабинетах, а также федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

Дети, имеющие множественное поражение зубов кариесом с показателем интенсивности поражения более трех, получают медицинскую помощь в детской стоматологической поликлинике, детском стоматологическом отделении (кабинете) многопрофильной детской поликлиники, федеральном учреждении, оказывающем стоматологическую помощь детям.

Дети с множественным кариесом находятся на диспансерном учете в детских стоматологических поликлиниках, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям, где им проводятся комплексные лечебно-профилактические мероприятия.

9. Оказание медицинской помощи детям с осложненными формами кариеса осуществляется в детских стоматологических поликлиниках, детских стоматологических отделениях детских медицинских организаций и федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

10. Детям с пороками развития твердых тканей зубов оказание стоматологической помощи проводится в детской стоматологической поликлинике или федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

Детям с пороками развития твердых тканей зубов при наличии медицинских показаний проводится консультация врача-педиатра, эндокринолога, генетика, врача-ортодонта.

При наследственных заболеваниях твердых тканей зубов врач-стоматолог детский направляет детей в медико-генетическую консультацию.

11. Санация детей до 3-х лет при наличии множественных осложнений кариеса проводится под общим обезболиванием в специализированном стоматологическом отделении (кабинете) детской стоматологической поликлиники, детском отделении челюстно-лицевой хирургии многопрофильной больницы и федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

12. Оказание медицинской помощи детям с заболеваниями тканей пародонта осуществляется в детской стоматологической поликлинике, детском стоматологическом отделении (кабинете) многопрофильной детской поликлиники, федеральном учреждении, оказывающем стоматологическую помощь детям, с последующим диспансерным наблюдением в амбулаторных условиях. При генерализованных формах заболеваний пародонта врач-стоматолог детский направляет детей на консультацию врача-ортодонта, педиатра, эндокринолога, гематолога, онколога, иммунолога детских медицинских организаций.

13. Оказание медицинской помощи детям с заболеваниями слизистой оболочки рта проводится в детской стоматологической поликлинике, детском стоматологическом отделении многопрофильной детской поликлиники, федеральном учреждении, оказывающем стоматологическую помощь детям.

При наличии медицинских показаний врач-стоматолог детский направляет детей на консультацию педиатра, оториноларинголога, инфекциониста, аллерголога, дерматолога, невролога, генетика детских медицинских организаций.

14. В случае средней и (или) тяжелой степени течения заболеваний слизистой оболочки рта лечение ребенка проводится в стоматологических отделениях детских многопрофильных больниц, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям. При возникновении инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта детей госпитализируют в соответствующее отделение детской инфекционной больницы.

15. Санацию полости рта детям с заболеваниями крови в состоянии гематологической ремиссии проводят в детской стоматологической поликлинике, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

В случае обострения основного заболевания неотложную стоматологическую помощь оказывает врач-стоматолог детский в учреждении здравоохранения, оказывающем медицинскую помощь по профилю основного заболевания.

16. Стоматологическая помощь детям с ограниченными возможностями, а также с врожденными расщелинами губы и неба осуществляется под общим обезболиванием при наличии медицинских показаний в детской стоматологической поликлинике и федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

## **II. Порядок оказания медицинской помощи детям с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития**

17. Диагностика с целью выявления детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития осуществляется в рамках последовательного лечебно-диагностического процесса, начинающегося в стоматологической детской поликлинике, стоматологическом отделении (кабинете) многопрофильной детской поликлиники, стоматологических кабинетах в образовательных учреждениях, стационарных отделениях

челюстно-лицевой хирургии и федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

18. Детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, разрушением коронок зубов, ранним удалением зубов, нарушением целостности зубных рядов врач-стоматолог детский направляет к врачам-ортодонтам детских стоматологических поликлиник и федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям.

19. Обследование и лечение детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, разрушением коронок зубов, ранним удалением зубов, нарушением целостности зубных рядов осуществляют врачи-ортодонты детских стоматологических поликлиник и федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям.

20. Профилактика и оказание медицинской помощи детям с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями на уровне предпосылок их развития, протезирование зубов и зубных рядов осуществляется врачами-ортодонтами детских стоматологических поликлиник и федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям.

При наличии медицинских показаний детей направляют на консультации врачей-специалистов детских лечебно-профилактических учреждений в соответствии с номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009г. № 210н (зарегистрирован Минюстом России 5 июня 2009г., регистрационный № 14032).

21. Мероприятия по нормализации функций роста зубочелюстно-лицевой системы осуществляют врачи-ортодонты детских стоматологических поликлиник и федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям.

22. После первичного приема для уточнения диагноза при наличии медицинских показаний врач-ортодонт направляет ребенка на функциональные и (или) рентгенологические методы исследования.

23. После постановки диагноза врач-ортодонт составляет долгосрочный комплексный план реабилитации ребенка.

При наличии медицинских показаний реабилитация ребенка проводится совместно с врачами-специалистами детских лечебно-профилактических учреждений в соответствии с номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009г. № 210н (зарегистрирован Минюстом России 5 июня 2009г., регистрационный № 14032).

24. На основании составленного плана ортодонтического лечения по назначению врача-ортодонта в ортодонтической зуботехнической лаборатории детских стоматологических поликлиник и федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям, зубными техниками изготавливаются искусственные коронки зубов и зубные протезы.

25. Повторные приемы детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, разрушением коронок зубов, ранним удалением зубов, нарушением целостности зубных рядов осуществляет врач-ортодонт детской стоматологической поликлиники, федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям, по индивидуально составленному плану ортодонтического лечения.

Одновременно врачом-ортодонтом проводятся мероприятия долгосрочного комплексного плана реабилитации совместно с педиатрами, логопедами, оториноларингологами, эндокринологами, психологами, неврологами многопрофильных детских поликлиник, федеральных учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям, а также медико-генетических консультаций.

26. При наличии медицинских показаний к хирургическому лечению ребенок с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями направляется врачом-ортодонтом и (или) врачом-стоматологом хирургом в отделение челюстно-лицевой хирургии детской больницы, федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям, для хирургической промежуточной реабилитации с предшествующим и последующим ортодонтическим лечением.

27. После достижения морфологического и функционального оптимума в зубочелюстно-лицевой области челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог хирург направляют детей на лечение к врачу-ортодону детской стоматологической поликлиники, федерального учреждения, оказывающего стоматологическую помощь детям, для диспансерного наблюдения.

### **III. Порядок оказания медицинской помощи детям с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями, острой травмой, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями, онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области**

28. Оказание медицинской помощи детям с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями, с острой травмой, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями, онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области осуществляется последовательно: в детских стоматологических поликлиниках, стоматологических отделениях (кабинетах) детских поликлиник, детских отделениях челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

29. После рождения ребенок осматривается в родильном доме неонатологом и (или) педиатром. В сроки 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев ребенка осматривает педиатр детских медицинских организаций для диагностики отклонений в развитии, в том числе челюстно-лицевой области.

В 9 и 12 месяцев ребенка осматривает врач-стоматолог детский для диагностики врожденных пороков развития челюстно-лицевой области, языка, наличия тяжелей и образований слизистой оболочки рта, раннего прорезывания зубов, щелевидных дефектов твердого и мягкого неба, углов рта и других

пороков развития, при выявлении которых врач-стоматолог детский и (или) врач-стоматолог хирург решает вопрос об этапности и порядке оказания помощи ребенку в детской стоматологической поликлинике, детском отделении челюстно-лицевой хирургии многопрофильной больницы, федеральном учреждении, оказывающем стоматологическую помощь детям.

30. Оказание медицинской помощи детям с острыми и обострениями хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области осуществляется в детских стоматологических поликлиниках, детских отделениях челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям, где проводятся дополнительные методы обследования, устанавливается диагноз, определяется и проводится комплексное лечение.

При затруднениях в постановке диагноза дети до 3-х летнего возраста, дети с тяжелым течением острого и обострениями хронических воспалительных процессов, а также дети, имеющие сопутствующие заболевания других органов и систем, направляются на диагностику и лечение в стационар.

31. Оказание неотложной помощи по профилю хирургической стоматологии детям при кровотечениях в челюстно-лицевой области, острых воспалительных процессах проводится в детских стоматологических поликлиниках, детских отделениях челюстно-лицевой хирургии многопрофильных больниц, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям, где врач-стоматолог хирург и (или) челюстно-лицевой хирург в возможно короткий срок с момента обращения пациента оценивает тяжесть состояния ребенка и направляет его при наличии медицинских показаний на госпитализацию.

32. Дети с острой травмой зубов, челюстных костей и сочетанной травмой челюстно-лицевой области различного генеза осматриваются хирургом-стоматологом в детской стоматологической поликлинике, стоматологическом отделении (кабинете) детского лечебно-профилактического учреждения, федерального учреждения, оказывающего стоматологическую помощь и помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии детям, где после комплексного клинического и рентгенологического обследования, а при неврологической симптоматике - консультации невролога, оказывается первичная медицинская помощь.

В зависимости от тяжести и характера травмы челюстно-лицевой области лечение ребенка проводится амбулаторно или стационарно.

33. Дети с тяжелыми и сочетанными повреждениями челюстно-лицевой области с нарушением витальных функций госпитализируются в блок интенсивной терапии и реанимации детской многопрофильной больницы.

Больным с признаками черепно-мозговой травмы проводится консультация нейрохирурга, после чего принимается решение о тактике дальнейшего лечения или переводе в специализированное неврологическое отделение.

Больным с термическими повреждениями проводится консультация врача-специалиста, осуществляющего лечение указанной категории больных.

34. Лечение детей с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний слюнных желез проводится в детских стоматологических поликлиниках. При частых и тяжело протекающих рецидивах хронического паротита, слюннокаменной болезни медицинская помощь оказывается в стационаре.

При наличии медицинских показаний дети направляются на консультацию педиатра, оториноларинголога, иммунолога, аллерголога многопрофильных детских поликлиник, а также на санацию хронических очагов инфекции.

35. Оказание медицинской помощи детям со сверхкомплектными, ретенированными и дистопированными зубами, одонтогенными воспалительными и первичными кистами челюстных костей осуществляется в детской стоматологической поликлинике, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям, с последующим диспансерным наблюдением и комплексной реабилитацией с участием врача-стоматолога хирурга, врача-ортодонта, врача-стоматолога детского.

36. Хирургическое лечение детей с врожденными аномалиями развития слизистой оболочки рта осуществляется в хирургическом отделении (кабинете) детской стоматологической поликлиники, федеральном учреждении, оказывающем стоматологическую помощь детям.

37. Оказание медицинской помощи детям с доброкачественными новообразованиями челюстно-лицевой области осуществляется в детских стоматологических поликлиниках, детских отделениях челюстно-лицевой хирургии в многопрофильных больницах, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям.

При наличии медицинских показаний ребенка направляют на консультацию к педиатру в многопрофильную детскую поликлинику.

38. Оказание медицинской помощи детям с доброкачественными опухолями и мальформациями челюстно-лицевой области осуществляется в условиях детского отделения челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице, федеральных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь детям.

При наличии медицинских показаний лечение проводят с привлечением врачей-специалистов детских лечебно-профилактических учреждений в соответствии с номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009г. № 210н (зарегистрирован Минюстом России 5 июня 2009г., регистрационный № 14032). После выписки из стационара дети направляются на диспансерное наблюдение к врачу-стоматологу хирургу в детскую стоматологическую поликлинику.

39. При выявлении злокачественных новообразований в детской стоматологической поликлинике детей направляют на диагностику и лечение в специализированные онкологические учреждения, федеральные учреждения,



оказывающие стоматологическую помощь детям и имеющие лицензию на выполнение работ (услуг) по онкологии.

При наличии медицинских показаний для реконструкции органов челюстно-лицевой области детей направляют в специализированные онкологические учреждения, в детские отделения челюстно-лицевой хирургии многопрофильных больниц или федеральные учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям по профилю челюстно-лицевой хирургии.

40. Оказание медицинской помощи детям с воспалительными и функционально-дистензионными заболеваниями, а также костной патологией височно-нижнечелюстного сустава (далее – ВНЧС) осуществляется в детской стоматологической поликлинике, детском отделении челюстно-лицевой хирургии многопрофильной больницы, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь или помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии детям.

Реабилитация данной группы детей осуществляется в детской стоматологической поликлинике.

41. Оказание медицинской помощи детям с врожденными и наследственными пороками развития лица и челюстей осуществляется в федеральных учреждениях, учреждениях субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь детям или помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии, с момента рождения и (или) диагностики в период всего детского возраста.

При наличии медицинских показаний лечение осуществляется с привлечением специалистов, необходимых для жизнеобеспечения и восстановления функций сосания, глотания, жевания, внешнего дыхания и речи.

42. При врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области у детей их лечение проводится в детском отделении челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице, федеральных учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь или помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии детям, челюстно-лицевыми хирургами, врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре; в детских стоматологических поликлиниках – врачами-ортодонтами.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Порядок оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009 г. № 946н утверждены Положения об организации деятельности врача-стоматолога детского, врача-ортодонта, врача-стоматолога хирурга, гигиениста стоматологического.

### **Извлечение из Приложения № 3**

#### **к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н**

#### **Положение об организации деятельности врача-стоматолога детского**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность врача-стоматолога детского.

2. Профессиональную деятельность в должности врача-стоматолога детского осуществляет специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009г., регистрационный № 14292), по специальности «стоматология детская».

3. Врач-стоматолог детский осуществляет свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

4. Врач-стоматолог детский подчиняется руководителю медицинской организации, его заместителю и заведующему отделением.

5. Врач-стоматолог детский осуществляет:

- профилактическую, диагностическую, лечебную и санитарно-просветительскую работу, направленную на оптимальное развитие зубочелюстной системы детей;

- анализ стоматологической заболеваемости прикрепленного контингента детского населения;

- внедрение новых медицинских технологий диагностики и лечения стоматологических заболеваний у детей, разрешенных к применению в установленном порядке;

- проведение плановой санации полости рта детей в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования;

- проведение диспансеризации детей, страдающих стоматологическими заболеваниями;

- выявление детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и предпосылками их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов с направлением к врачу-ортодонту в детскую стоматологическую поликлинику;

- оказание неотложной стоматологической помощи в амбулаторных условиях;

- направление детей с патологией челюстно-лицевой области на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения и федеральные учреждения, оказывающие стоматологическую помощь детям;

- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;

- анализ эффективности диспансеризации детей с оценкой уровня их стоматологического здоровья;

- взаимодействие в деятельности с врачами-педиатрами, врачами-специалистами детских поликлиник, врачами-стоматологами школьных стоматологических кабинетов, медицинским персоналом и администрацией

учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования;

- оценку работы среднего и младшего медицинского персонала;
- участие в гигиеническом воспитании населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, в том числе с привлечением возможностей средств массовой информации.

**Извлечение из Приложения № 4  
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н**

**Положение об организации деятельности врача-ортодонта**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность врача-ортодонта.

2. Профессиональную деятельность в должности врача-ортодонта осуществляет специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009г., регистрационный № 14292), по специальности «ортодонтия».

3. Врач-ортодонт осуществляет свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

4. Врач-ортодонт подчиняется руководителю медицинской стоматологической организации, его заместителю и заведующему отделением.

5. Врач-ортодонт осуществляет:

- профилактическую, лечебно-диагностическую работу на основании распространенности зубочелюстных и лицевых аномалий детского населения, начиная с периода новорожденности;
- проведение диспансеризации детей с зубочелюстными и лицевыми аномалиями, дефектами коронок зубов и зубных рядов;
- направление детей на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения и федеральные учреждения, оказывающие стоматологическую помощь детям;
- внедрение новых медицинских технологий диагностики и лечения зубочелюстных и лицевых аномалий у детей, протезирование коронок зубов и зубных рядов, разрешенных к применению в установленном порядке;
- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;
- проведение анализа эффективности диспансеризации детей и взрослых с зубочелюстными и лицевыми аномалиями с оценкой уровня их стоматологического здоровья;
- взаимодействие в деятельности с врачами-педиатрами, врачами-специалистами детских медицинских организаций, врачами-стоматологами

школьных стоматологических кабинетов, медицинским персоналом и администрацией учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования;

- оценку работы среднего и младшего медицинского персонала;
- участие в гигиеническом воспитании населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, в том числе с привлечением возможностей средств массовой информации.

**Извлечение из Приложения № 5  
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н**

**Положение об организации деятельности врача-стоматолога хирурга  
по оказанию медицинской помощи детям**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность врача-стоматолога хирурга по оказанию медицинской помощи детям.

2. Профессиональную деятельность в должности врача-стоматолога хирурга осуществляет специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009г., регистрационный № 14292), по специальности «стоматология хирургическая».

3. Врач-стоматолог хирург осуществляет свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

4. Врач-стоматолог хирург подчиняется руководителю медицинской организации, его заместителю и заведующему отделением.

5. Врач-стоматолог хирург осуществляет:

- профилактику, диагностику и лечение хирургических заболеваний челюстно-лицевой области у детей, снижение распространенности, интенсивности и прироста интенсивности хирургических заболеваний челюстно-лицевой области у детей;

- проведение диспансеризации детей с хирургическими заболеваниями челюстно-лицевой области;

- оказание неотложной стоматологической помощи хирургического профиля в амбулаторных условиях и в условиях стационара;

- направление в установленном порядке детей с хирургическими заболеваниями челюстно-лицевой области на стационарное лечение в челюстно-лицевое хирургическое отделение, федеральные учреждения, оказывающие стоматологическую помощь или помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии детям;

- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;

- анализ эффективности диспансеризации детей с хирургическими заболеваниями челюстно-лицевой области в соответствии с оценкой уровня их стоматологического здоровья;
- взаимодействие в деятельности с врачами-педиатрами и врачами-специалистами детских поликлиник;
- оценку работы среднего и младшего медицинского персонала;
- участие в гигиеническом воспитании населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, в том числе с привлечением возможностей средств массовой информации.

**Извлечение из Приложения № 6  
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н**

**Положение об организации  
деятельности гигиениста стоматологического  
по оказанию медицинской помощи детям**

1. Настоящее положение регулирует деятельность гигиениста стоматологического по оказанию медицинской помощи детям.

2. Профессиональную деятельность в должности гигиениста стоматологического осуществляет специалист, получивший среднее медицинское образование по специальности «стоматология профилактическая» в соответствии с требованиями образовательного стандарта, типовой программы и учебного плана и имеющий сертификат специалиста.

3. Гигиенист стоматологический осуществляет свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

4. Гигиенист стоматологический подчиняется руководителю лечебно-профилактического учреждения, его заместителю, заведующему отделением и врачу-стоматологу, руководящему его работой.

5. Гигиенист стоматологический осуществляет:

- проведение стоматологического профилактического осмотра детей разных возрастных групп и регистрацию стоматологического статуса;
- регистрацию стоматологического статуса во время эпидемиологического обследования детского населения с помощью индексов и критериев, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения;
- определение состояния гигиены полости рта у детей разных возрастных групп;
- обучение методике чистки зубов детей разных возрастных групп;
- помощь детям разных возрастных групп в подборе средств индивидуальной гигиены полости рта;
- обучение чистке зубов детей разных возрастных групп в организованных коллективах;
- проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта под руководством врача-стоматолога, а также самостоятельно в рамках своей компетенции;

- оказание больным и пострадавшим детям доврачебной помощи;
- проведение санитарно-просветительной работы, пропаганды здорового образа жизни, рационального питания; бесед, уроков здоровья о профилактике стоматологических заболеваний в образовательных учреждениях, женских консультациях, центрах здоровья, поликлиниках;
  - взаимодействие с врачами-педиатрами, врачами-специалистами детских поликлиник, врачами-стоматологами стоматологических кабинетов в образовательных учреждениях, медицинским персоналом и администрацией учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования;
  - ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

### ***1.1.2. Отделения и функциональные кабинеты стоматологических поликлиник***

#### ***1.1.2.1. Стоматологический кабинет. Стандарт оснащения***

В оптимальном варианте стоматологический кабинет – это структурная единица стоматологических поликлиник и отделений, размещенных в типовых зданиях. Однако при соблюдении требований санитарных правил и нормативов допускается размещение стоматологических медицинских организаций не только в отдельно стоящих зданиях, но и в приспособленных помещениях, встроенных (встроено-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения (СанПиН 2.1.3.2630-10).

Кабинеты могут быть организованы также в общих поликлиниках, больницах, санаториях, школах и других учреждениях, где требуется оказание стоматологической помощи.

В современных условиях стоматологический кабинет должны быть обеспечен централизованным водоснабжением и канализацией, иметь естественное освещение и высоту не менее 2,6м (от пола до потолка).

Площадь кабинета на одну стоматологическую установку составляет 14 кв. м, на каждую последующую 10 кв. м (на стоматологическое кресло без бормашины 7 кв. м).

В кабинете оборудуется система общеобменной механической вентиляции (приточно-вытяжной) с кратностью воздухообмена 3 раза в час по вытяжке и 2 раза в час по притоку. Независимо от наличия общеобменной вентиляции в кабинете должны быть легко открывающиеся фрамуги или форточки.

Сегодняшний стоматологический кабинет должен быть эффективно оборудован. Под эффективным оборудованием понимают создание единого целого с функциональной точки зрения, обеспечение высокой степени гигиены, комфорта для пациента, эстетики [33].

В стоматологическом кабинете не должно размещаться более трех кресел при условии разделения рабочих мест непрозрачными перегородками до 1,5м высотой.

Мировой уровень лечения стоматологических заболеваний предусматривает работу на установках с помощником врача [33].

**Рабочее место врача** оснащено стоматологической установкой, стоматологическим креслом и стулом. Наиболее рациональной позой врача при работе является положение сидя. Однако стул для врача должен иметь регулируемую высоту с опорой для спины и ног, быть устойчивым при боковых и передне-задних движениях, легко перемещаться по отношению к установке.

По конструкции стоматологическая установка вместе с креслом пациента должна быть простой, что облегчает проведение дезинфекции. Кресло должно быть гладким, округлые поверхности – без швов, удобным для пациента. Стоматологическое кресло предусматривает возможность придания пациенту сидячего, полулежачего и лежачего положения, что обеспечивает удобство работы врача.

Современная стоматологическая установка представляет собой комплекс пневматических, электрических, гидравлических и электронных узлов. Установка должна иметь модульный блок врачебных инструментов минимум на три выхода (микромотор, высокоскоростная турбина, универсальный воздушный пистолет). Более сложные модульные блоки имеют дополнительные выходы для пневматических скеллеров и дополнительных микромоторов. Кроме того, установка должна быть оснащена блоком-плевательницей с автосмывателем, отсосо-дренажной системой, системой для наполнения стакана, слюноотсосом, пылеулавливателем, светильником с регулировкой положения и интенсивности освещения, блоком ассистента.

**Рабочее место медицинской сестры** или помощника врача имеет:

- передвижной столик, снабженный выдвижными ящиками для хранения материалов, лекарств;
- шкаф с вмонтированной кварцевой лампой для хранения стерильного инструментария;
- стул, отвечающий тем же требованиям, что и стул врача.

Кроме того, в кабинете должен быть шкаф для хранения инструментария, материалов, лекарственных веществ и аптечки неотложной помощи, шкаф для хранения ядовитых (А) и сильнодействующих (Б) лекарственных средств, письменный стол врача.

**Для работы санитарки** необходимы стол для сортировки использованных инструментов, раковина для мойки инструментов, помещение для хранения уборочного инвентаря.

Основным критерием при выборе мебели является качество ее поверхности. Необходимым условием при этом является простота влажной протирки и дезинфекции. Рабочая доска должна быть устойчивой к действию химикатов и легко дезинфицируемой.

Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний требуют наличия дополнительного стоматологического оборудования в кабинете, к которому относят:

- негатоскоп;
- аппарат для электроодонтодиагностики или витальный тестер состояния пульпы зуба или диагнодент;
- ультразвуковой или пневматический скеллер;
- эндодонтический наконечник;
- апекслокатор;
- аппарат для ультразвуковой обработки каналов;
- прибор для внутриканального электрофореза;
- прибор для диатермокоагуляции;
- прибор для внутриканальной лазеротерапии;
- прибор для депофореза гидроокиси Са;
- печь для разогрева гуттаперчи или термофил;
- набор внутриканальных штифтов;
- лампа для светополимеризации пломбировочного материала с таймером и защитным экраном для глаз;
- зубоорачебные наконечники;
- турбинные микромоторы;
- радиовизиограф.

К необходимому оснащению стоматологического кабинета относят наборы инструментов для:

- проведения профессиональной гигиены;
- лечения заболеваний твердых тканей зубов;
- консервативного лечения заболеваний пародонта;
- избирательного шлифования зубов.

Мелкий инструментарий:

- боры, периополиры, периоторы;
- эндодонтические инструменты;
- полировочные средства (диски, щетки, полоски);
- шприцы для инъекций.

Лечение стоматологических заболеваний предусматривает использование материалов и медикаментов:

- пломбировочных материалов;
- оттискных масс;
- шинирующих нитей;
- медикаментозных средств для местного лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;
- препараты для временного шинирования зубов (Fibruspan, GlasSpan, Ribond);
- препараты остеотропного действия;



- препараты фтора (фтористый гель, фтористый лак, реминерализующие растворы).

Современная эпидемиологическая обстановка требует использования одноразовых индивидуальных аксессуаров:

- защитные экраны;
- маски;
- перчатки;
- салфетки;
- стаканы;
- насадки на слюноотсосы и пылеулавливатели.

При наличии в поликлиниках, отделениях, кабинетах по оказанию узкоспециализированной стоматологической помощи больным их оснащение дополняется аппаратурой, инструментами, лекарственными средствами в зависимости от специфики. К таким кабинетам относятся пародонтологический, кабинет для приема и лечения больных с патологией слизистой оболочки полости рта, кабинет анестезиологии, иглорефлексотерапии, функциональной диагностики, гирудотерапии и др.

### *1.1.2.2. Терапевтическое отделение*

Отделение терапевтической стоматологии может быть структурной единицей стоматологической поликлиники (республиканской, краевой, областной, городской, районной). Оно может быть организовано при центральной районной больнице, при медико-санитарных частях предприятий и ведомств.

Нередко в состав терапевтического отделения входят пародонтологический и физиотерапевтический кабинеты.

Требования в терапевтическом отделении по организации оснащения оборудованием, инструментарием, пломбирочными материалами, а также по соблюдению санитарно-гигиенических норм аналогичны стоматологическому кабинету.

В терапевтическом отделении может размещаться от четырех и более стоматологических установок, отделенных друг от друга непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5м. Врачи отделения терапевтической стоматологии работают в две смены, продолжительность работы при пятидневной рабочей неделе 6,5 часов.

Запись на прием к врачу осуществляется через регистратуру в соответствии с нормативами, принятыми в поликлинике. Обычно каждому врачу ежедневно выдается 5-6 талонов для первичных больных, повторные больные распределяются самим врачом.

Наиболее эффективной организационной формой оказания терапевтической стоматологической помощи населению является участково-территориальный принцип. Он позволяет повысить качество лечения,

проводить комплекс профилактических мероприятий с учетом условий жизни, профессиональной деятельности больного.

**Основными обязанностями врача терапевтического отделения являются:**

- оказание квалифицированной стоматологической помощи населению;
- изучение стоматологической заболеваемости (распространенность, интенсивность и прирост интенсивности кариеса);
- организация и проведение первичной профилактики кариеса зубов, патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта (рациональное питание, правильный режим труда и отдыха, санитарно-просветительная работа по выработке мотивации к проведению ухода за полостью рта);
- организация и проведение специфической профилактики кариеса зубов (обработка зубов реминерализующими средствами: лаки, гели, растворы, зубные пасты);
- проведение вторичной профилактики (санация полости рта);
- заполнение и анализ учетно-отчетной документации.

В целях развития стоматологической помощи населению, упорядочения системы учета труда врачей стоматологического профиля и ориентации их работы на конечные результаты **Приказом МЗ СССР «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» от 21.01.1988г. № 50** введена система учета труда врачей, основанная на измерении объема их работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Интенсификация труда врача, направленная на оказание максимальной помощи в одно посещение, сокращает непроизводительные затраты времени, связанные с повторными посещениями. Учет труда по УЕТ позволяет поднять заинтересованность врачей в конечных результатах собственного труда, стимулировать рост производительности и развивать профилактическую направленность в работе.

Извлечение из приложения № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 25 января 1988г. № 50 приведено в табл. 4.

Таблица 4

**Условные единицы учета трудоемкости работы (УЕТ)  
врачей-стоматологов и зубных врачей**

№ п/п	Виды работ	Оценка в условных единицах трудоемкости (УЕТ)
<i>1. Взрослый прием</i> <i>А. На общие виды работ</i>		
1.	Консультация	0,5
2.	Совет (если больной обратился только за советом)	0,5

№ п/п	Виды работ	Оценка в условных единицах трудоемкости (УЕТ)
3.	Анестезия (исключая при удалении зубов)	0,5
4.	Инъекция (исключая при удалении зубов)	0,5
5.	Анестезия аппликационная (исключая при удалении зубов)	0,25
6.	Избирательное пришлифовывание 4-х зубов	1,0
7.	Шлифовка и полировка амальгамовой пломбы	0,25
<b><i>Б. На приеме больных терапевтического профиля &lt;*&gt;</i></b>		
1.	Осмотр полости рта первичного больного, сбор анамнеза заболевания	0,5
2.	Оформление документации первичного больного	0,5
3.	Оформление документации при повторном посещении (пункты 1-3 - только для заболеваний слизистой оболочки полости рта)	0,25
4.	Наложение пломбы при поверхностном или среднем кариесе	1,0
5.	Наложение двух пломб при поверхностном или среднем кариесе (в одно посещение)	2,0
6.	Наложение трех пломб при поверхностном или среднем кариесе (в одно посещение)	3,0
7.	Наложение пломбы при глубоком кариесе	1,5
8.	Лечение пульпита однокорневого зуба двухкорневого зуба трехкорневого зуба (в одно посещение)	4,0 5,0 6,0
9.	Лечение периодонтита однокорневого зуба двухкорневого зуба трехкорневого зуба (в одно посещение)	3,5 4,5 5,5
10.	Лечение пульпита однокорневого зуба двухкорневого зуба трехкорневого зуба (в два посещения)	3,5 4,5 5,5
11.	Лечение периодонтита однокорневого зуба двухкорневого зуба трехкорневого зуба (в два-три посещения)	3,0 4,0 5,0

№ п/п	Виды работ	Оценка в условных единицах трудоемкости (УЕТ)
12.	Распломбирование корневых каналов зубов:	
	12.1. Однокорневой зуб	
	а) канал пломбирован пастой на окись-цинковой основе	2,0
	б) канал пломбирован пастой полимеризующейся (резорц.-форм.)	5,0
	в) канал пломбирован цементом (фосфат-цемент и т. п.)	6,0
	12.2. Двухкорневой зуб	
	а) каналы пломбированы пастой на окись-цинковой основе	3,0
	б) каналы пломбированы пастой (полимеризующейся резорц.-форм.)	6,5
	в) каналы пломбированы цементом (фосфат и т. п.)	7,5
	12.3. Трехкорневой зуб	
	а) каналы пломбированы пастой на окись-цинковой основе	3,5
	б) каналы пломбированы пастой (полимеризующейся резорц.-форм.)	8,0
	в) каналы пломбированы цементом (фосфат и т. п.)	9,0
13.	Извлечение инородного тела:	
	а) из канала фронтального зуба	4,0
	б) из канала коренного зуба	8,0
14.	Лечение с внутриканальной разорбцией:	
	а) фронтального зуба	4,0
	б) коренного зуба	7,0
15.	Восстановление разрушенной коронки с помощью проволочного каркаса фиксированного в парапульпарных каналах, пластмассы или композитных материалов:	
	а) однокорневого зуба	5,0
	б) многокорневого зуба	6,0
16.	Снятие пломбы	1,0

№ п/п	Виды работ	Оценка в условных единицах трудоемкости (УЕТ)
17.	Изготовление культевой вкладки в:	
	а) однокорневом зубе	2,0
	б) многокорневом зубе	5,0
18.	Терапевтическое лечение травмы однокорневого зуба:	
	а) скол части коронки зуба с сохранившейся пульпой (изготовление каркаса-скобы из нержавеющей стали, создание парапальпарных каналов, восстановление зуба пломбой)	5,0
	б) перелом корня зуба (репозиция отломков штифтом) с сохранившейся коронкой	6,0
	в) то же с частично сколотой коронкой	6,5
19.	Закрытие перфорации канала корня амальгамой с перепломбировкой корневого канала	6,0
20.	Устранение дефекта пломбы	1,0
<*> - При заболеваниях зубов трудозатраты на оформление документации, осмотры и полировку пломб (за исключением амальгамовых) включены в условных ЕТ по каждому соответствующему виду работ.		
<b><i>В. На приеме больных с заболеваниями пародонта</i></b>		
1.	Осмотр полости рта, характеристика статуса пародонта или электрооднотометрия зубов	0,5
2.	Опрос и осмотр повторного больного с заболеванием пародонта	0,5
3.	Оформление документации первичного больного (с заболеванием пародонта)	1,0
4.	Определение гигиенических индексов	1,5
5.	Вакуум-терапия (1 сеанс)	0,5
6.	Удаление зубного камня у всех зубов (в 2 или 4 посещения): а) ручным способом б) с помощью ультразвуковой аппаратуры	4,0 3,0
7.	Медикаментозная обработка патологических десневых карманов (орошение, аппликация, инстилляция, повязки и т. п.)	1,0
8.	Кюретаж пародонтальных карманов в области	1,0

№ п/п	Виды работ	Оценка в условных единицах трудоемкости (УЕТ)
	2-х зубов	
9.	Временное шинирование 6-8 зубов	1,5
10.	Вскрытие пародонтального абсцесса	0,5
11.	Гингивопластика в области 6 зубов	4,5
12.	Вестибулопластика	2,5
13.	Вестибулопластика с аутотрансплантацией	4,0
14.	Ампутация корня	2,0
15.	Удаление пародонтальной кисты:	
	а) в области 1-2 зубов	2,5
	б) в области 3-4 зубов	4,0

В связи с широко развивающимся в последнее десятилетие процессом освоения новых технологий профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний, внедрения современных материалов, инструментов, аппаратуры в целях повышения эффективности работы и улучшения качества стоматологической помощи населению был издан **Приказ МЗ Российской Федерации «О совершенствовании системы учета труда врачей стоматологического профиля» от 2 октября 1997г. № 289**. Им было разрешено руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации разрабатывать и утверждать:

- условные единицы учета трудоемкости работы (УЕТ) врачей-стоматологов и зубных врачей на виды работ с применением новых технологий их производства, не предусмотренные приказом МЗ СССР от 25.01.1988 г. № 50;

- нормы расхода на новые виды стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника в год.

Администрации ЛПУ приказ позволил определять нагрузки врачей-стоматологов различного профиля на основе хронометража лечебно-профилактических процедур [33].

В целях же повышения эффективности работы стоматологических учреждений и улучшения качества стоматологической помощи населению, а также соблюдения единых подходов к расчетам УЕТ и финансирования для бюджетных стоматологических учреждений был издан **Приказ МЗ Российской Федерации «Об утверждении инструкции по расчету условных единиц трудоемкости врачей-стоматологов и зубных врачей» от 15.11.2001г. № 408** (Приложение №4).

Для учета своего труда врачи терапевтического отделения должны пользоваться «Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)», представленного в Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, разработанных на основании **Постановления Правительства Российской Федерации № 550 от 24.07.2001г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»** Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Министерством финансов Российской Федерации (таблица 5).

Таблица 5

**Классификатор основных стоматологических  
лечебно-диагностических мероприятий и технологий,  
выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)**

Код		Виды работ	УЕТ	
			взрослый прием	детский прием
<b>1. Общие виды работ</b>				
1	1	Осмотр (без проведения лечебно-диагностических процедур)	0,50	0,50
1	2	Консультация специалиста (осмотр, сбор анамнеза, оформление документации, подключение дополнительных лечебных и диагностических процедур, консультативное заключение)	1,50	1,50
1	3	Обследование стоматологического статуса первичного больного (осмотр, сбор анамнеза, заполнение зубной формулы, определение индексов КПУ, кп, КПп, кпп, ИГ, ПМА, состояние прикуса, степени активности кариеса)	3,00	3,00
1	4	Оформление эпикриза в карте диспансерного больного (при взятии на «Д» учет и годовой)	1,00	1,00
1	5	Оформление выписки из медицинской карты стоматологического больного	1,00	1,00
1	6	Помощь при неотложных стоматологических состояниях (включая осмотр)	1,00	1,00

Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
1	7		Оказание разовой стоматологической помощи на дому (плюсуется к выполненному объему)	5,00	5,00
1	8		Определение индекса	0,50	0,50
1	9		Витальное окрашивание кариозного пятна	0,50	0,50
1	10		Одонтометрия одного зуба	0,50	0,50
1	11		Обезболивание (плюсуется к видам работ):		
1	11	1	Анестезия аппликационная	0,25	0,25
1	11	2	Анестезия внутривидовая (инфильтрационная, проводниковая, внутрипульпарная, интралигаментарная)	0,50	0,50
1	11	3	Внеротовая анестезия (блокада)	1,50	1,50
1	12		Премедикация	1,00	1,00
1	13		Снятие искусственной коронки	0,80	1,00
1	14		Снятие цельнолитой коронки	1,00	0,80
1	15		Ультразвуковая обработка тканей (1 сеанс)	0,50	0,50
1	16		Аппликация лекарственного препарата на СОПР (1 сеанс)	0,50	0,50
1	17		Диатермокоагуляция одного десневого сосочка, содержимого 1 канала	0,50	0,50
1	18		Снятие пломбы	1,00	1,00
1	19		Трепанация зуба, искусственной коронки	1,00	1,00
1	20		Электрометрия одной фиссуры	1,00	1,00
1	21		Определение кариесогенности зубного налета (окрашивание)	1,00	1,00
1	22		Обучение гигиене полости рта	0,50	0,50
1	23		Обучение, санитарное просвещение, консультация матери, сопровождающих лиц	1,00	1,00
1	24		Проведение профессиональной гигиены одного зуба (снятие над-, поддесневого зубного камня, шлифовка, полировка)	0,25	0,00
1	25		Проведение профессиональной гигиены одного зуба при заболеваниях пародонта (снятие над-, поддесневого зубного камня,	0,50	0,50



Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
			шлифовка, полировка)		
1	26		Проведение профессиональной гигиены у детей (всех зубов)	0,00	3,00
1	27		Местное применение реминерализующих и фторсодержащих препаратов (1-4 зубов)	0,25	0,25
1	28		Покрытие зубов фторлаком, фторгелем	2,00	2,00
1	29		Полоскание реминерализующими и фторсодержащими препаратами (1 сеанс)	0,50	0,50
1	30		Гирудотерапия (1 сеанс)	2,00	2,00
1	31		Взятие материала на исследование	0,50	0,50
1	32		Лечение зубов под наркозом (плюсуется к каждому законченному виду работ):	0,50	0,50
1	33		Криотерапия (1 сеанс)	0,50	0,50
1	34		Электрофорез одного корневого канала (1 сеанс)	1,00	1,00
1	35		Депозитивное лечение одного корневого канала (1 сеанс)	1,50	1,50
1	36		Чтение одной дентальной рентгенограммы	0,50	0,50
1	37		Наложение коффердама, раббердама	0,75	0,75
1	38		Наложение минидама, квикдама	0,50	0,50
<b>2. Виды работ на терапевтическом приеме</b>					
2	1		Кариес и некариозные поражения твердых тканей зубов		
2	1	1	Расшлифовка одной фиссуры, сошлифовка некротических масс при кариесе в стадии пятна одного зуба	0,50	0,50
2	1	2	Закрытие одной фиссуры герметиком из химиоотверждаемого композита	1,50	1,50
2	1	3	Закрытие одной фиссуры герметиком из светоотверждаемого композита	2,00	2,00
2	1	4	Лечение поверхностного кариеса методом серебрения	0,25	0,25
2	1	5	Наложение одной пломбы из цемента при поверхностном и среднем кариесе 1 и 5 класса по Блэку, кариес цемента корня	1,00	1,25
2	1	6	Наложение одной пломбы из цемента при	1,50	1,75

Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
			поверхностном и среднем кариесе 2 и 3 класса по Блэку		
2	1	7	Наложение одной пломбы из цемента при поверхностном и среднем кариесе 4 класс по Блэку	2,00	2,25
2	1	8	Наложение одной пломбы из композитов химического отверждения при поверхностном и среднем кариесе 1 и 5 класса по Блэку, кариес цемента корня	2,00	2,25
2	1	9	Наложение одной пломбы из композитов химического отверждения при поверхностном и среднем кариесе 2 и 3 класса по Блэку	2,50	2,75
2	1	10	Наложение одной пломбы из композитов химического отверждения при поверхностном и среднем кариесе 4 класса по Блэку	3,50	4,00
2	1	11	Наложение лечебной прокладки при глубоком кариесе	0,50	0,50
2	2		Отбеливание коронки зуба (1 сеанс)	1,00	1,25
2	3		Лечение заболеваний твердых тканей зубов с использованием фотополимеров		
2	3	1	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе 1 и 5 класса по Блэку, кариесе цемента корня (линейная техника)	3,00	3,50
2	3	2	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе 1 и 5 класса по Блэку, кариесе цемента корня (сэндвич-техника)	4,00	4,50
2	3	3	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе 2 и 3 класса по Блэку, кариесе цемента корня (линейная техника)	4,00	4,50
2	3	4	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе 2 и 3 класса по Блэку, кариесе цемента корня	5,00	5,50

Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
			(сэндвич-техника)		
2	3	5	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе 4 класса по Блэку, кариесе цемента корня (линейная техника)	5,50	6,00
2	3	6	Наложение одной пломбы при поверхностном и среднем кариесе 4 класса по Блэку, кариесе цемента корня (сэндвич-техника)	6,50	7,00
2	3	7	Лечение с применением пина в зависимости от вида полости (суммируется с основным видом работ)	1,00	1,50
2	3	8	Восстановление цвета и формы зуба при некариозных поражениях твердых тканей зубов (эрозия, клиновидный дефект, гипоплазия)	3,00	3,50
2	3	9	Восстановление цвета эмали	5,50	6,00
2	3	10	Восстановление формы зуба при отсутствии твердых тканей до 1/2 коронки зуба	7,00	7,50
2	3	11	Восстановление формы зуба при полном отсутствии коронки зуба (включена работа по подготовке корневого канала для рамки, поста)	15,0	16,0
2	3	12	Реставрация зубных рядов: за каждый зуб (тремы, диастемы)	6,00	6,50
2	3	13	Реставрация при врожденных аномалиях формы зуба	7,00	8,00
2	3	14	Полировка пломбы из композита при лечении кариозных полостей 1, 2, 3, 5 класса по Блэку	0,50	0,50
2	3	15	Полировка пломбы из композита при лечении кариозных полостей 4 класса по Блэку	2,00	2,00
2	4		Эндодонтические виды работ		
2	4	1	Фиксация поста в корневом канале	1,00	1,25
2	4	2	Лечение пульпита ампутационным	2,00	2,75

Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
			методом без наложения пломбы		
2	4	3	Лечение периодонтита импрегнационным методом без наложения пломбы	2,00	2,75
2	4	4	Лечение одного хорошо проходимого канала без применения средств резорбции	2,50	3,00
2	4	5	Лечение одного хорошо проходимого канала с применением механического и химического расширения	4,00	4,50
2	4	6	Введение лекарственных средств в корневой канал при лечении деструктивных форм периодонтитов	2,00	2,50
2	4	7	Подготовка и obturation одного корневого канала гуттаперчей	4,00	4,50
2	4	8	Распломбировка одного корневого канала пломбированного цинк-эвгеноловой пастой	2,00	2,50
2	4	9	Распломбировка одного корневого канала пломбированного резорцин-формалиновой пастой	5,00	5,50
2	4	10	Распломбировка одного корневого канала пломбированного фосфат-цементом	6,00	6,50
2	4	11	Извлечение фиксированного инородного тела из одного корневого канала	4,00	5,00
2	4	12	Распломбировка одного канала под штифт	1,00	1,50
2	5	1	Удаление назубных отложений ручным способом полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы	0,75	0,75
2	5	2	Удаление назубных отложений с помощью ультразвуковой аппаратуры полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы	1,00	1,00
2	5	3	Вакуум-терапия (1 сеанс, проводится врачом)	0,50	0,50
2	5	4	Снятие и анализ окклюдодограммы	0,50	0,50
2	5	5	Сошлифовка эмали со ската бугра одного зуба	0,25	0,25

Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
2	5	6	Наложение одного звена шины из лигатурной проволоки	1,00	1,00
2	5	7	Шинирование зубов с применением композита (в области одного зуба)	1,00	1,00
2	5	8	Гидромассаж десен	0,50	0,50
2	5	9	Шинирование двух зубов штифтами с внутриканальной фиксации	2,00	2,50
2	5	10	Кюретаж пародонтальных карманов в области 2-х зубов без отслаивания лоскута	1,00	1,50
2	5	11	Кюретаж пародонтальных карманов в области 2-х зубов с отслаиванием лоскута	4,00	4,00
2	5	12	Лечебная повязка на слизистую оболочку полости рта (1 сеанс)	0,50	0,50
2	5	13	Медикаментозная обработка патологических десневых карманов: орошение	0,50	0,50
2	5	14	Медикаментозная обработка патологических десневых карманов: аппликация	0,50	0,50
2	5	15	Медикаментозная обработка патологических десневых карманов: инстилляция	0,50	0,50
2	5	16	Медикаментозная обработка патологических десневых карманов: повязка	0,50	0,50
2	5	17	Вскрытие пародонтального абсцесса	0,50	0,50
2	5	18	Гингивопластика в области шести зубов	4,50	4,50
2	5	19	Вестибулопластика в области шести зубов	4,00	4,00
2	5	20	Вестибулопластика с аутотрансплантацией (до шести зубов)	6,00	6,00
2	5	21	Шинирование зубов с применением стекловолоконных материалов (риббонд и другие), крепление к коронке одного зуба	3,50	3,50
2	5	22	Забор содержимого пародонтальных карманов для микробиологического исследования	1,50	1,50
2	6	1	Восстановление одной единицы дефекта зубного ряда с применением	12,0	12,0

Код			Виды работ	УЕТ	
				взрослый прием	детский прием
			стекловолоконных материалов и фотополимером прямым способом: в области фронтальных зубов		
2	6	2	Восстановление одной единицы дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимером прямым способом: в области премоляров	14,0	14,0
2	6	3	Восстановление одной единицы дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимером прямым способом: в области моляров	16,0	16,0
2	6	4	Восстановление одной единицы дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимером непрямым способом: в области фронтальных зубов	25,0	25,0
2	6	5	Восстановление одной единицы дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимером непрямым способом: в области премоляров	27,0	27,0
2	6	6	Восстановление одной единицы включенного дефекта зубного ряда с применением стекловолоконных материалов и фотополимером непрямым способом: в области моляров	29,0	29,0
2	6	7	Фиксация конструкции к коронке одного зуба (суммируется с п. 2.6.4., 2.6.5., 2.6.6.)	3,50	3,50
			Восстановление фасетки на металлической ортопедической конструкции фотополимером	5,00	5,00
2	7		Заболевания слизистой оболочки полости рта		
2	7	1	Начато	1,50	1,50
2	7	2	Сеанс лечения	1,00	1,00

**Примечание:** за 1 УЕТ на терапевтическом, хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (1 класс по Блэку), завершено наложением пломбы из цемента.

В отделении терапевтической стоматологии осуществляется прием населения района обслуживания по обращаемости, при необходимости проводится плановая санация полости рта у организованных групп населения. Врачи принимают участие в диспансеризации больных, состоящих на учете у других специалистов, ведут диспансеризацию больных со стоматологической патологией, оказывают стоматологическую помощь больным на дому.

Объем проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий врачом отделения терапевтической стоматологии должен соответствовать требованиям квалификационной характеристики.

Для оказания стоматологической помощи требуется разнообразное сложное и дорогостоящее оборудование. За последние годы значительно усовершенствовалось так называемое стационарное техническое оснащение – универсальные стоматологические установки (УСУ). Большие изменения претерпевает и стоматологическое кресло. Предложен ряд конструкций стула для врача. Значительно вырос арсенал боров. Внедрены в практику врачами-стоматологами-терапевтами современные эндодонтические инструменты, эндоканальные конструкции и др.

Сегодня по-прежнему актуальны многие позиции **Приказа МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12 июня 1984г. № 670.**

Им было предусмотрено:

- дальнейшее развитие сети стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов;
- укомплектование стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов врачами и средним медицинским персоналом, систематическое повышение их профессиональной квалификации;
- оснащение стоматологических поликлиник (отделений и кабинетов) средствами медицинской техники, инструментами и материалами;
- организация стоматологических кабинетов на всех промышленных предприятиях с числом работающих 1500 и более и во всех высших и средних учебных заведениях с числом учащихся 800 и более;
- внедрение программы комплексной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта;
- внедрение в практику современных методов местного и общего обезболивания; запретить проведение болезненных стоматологических вмешательств, в первую очередь при пульпитах, острых периодонтитах, развившихся заболеваниях пародонта; обработка витальных зубов, без проведения соответствующей анестезии, а по показаниям – премедикации; установить, что показанием для проведения общей анестезии является невозможность оказания стоматологической помощи под местным

обезболиванием; централизовать оказание анестезиологической помощи в крупных стоматологических поликлиниках.

Этим же приказом было утверждено Приложение № 1 «Временные нормы расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника в год». Однако, за прошедшие 25 лет в практику стоматологических медицинских организаций внедрены новые технологии диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний. В связи с этим Совет СтАР от 14.09.2004 г. наряду с разработкой ранжирования стоматологических медицинских учреждений утвердил таблицу оснащения рабочего места врача-стоматолога для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности «стоматология терапевтическая» (см. табл. 6)

Таблица 6

**Табель оснащения рабочего места врача-стоматолога для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальности «стоматология терапевтическая» [40]**

№ п/п	Наименование оборудования, инструментария	Разряд ЛПУ
1.	Автоклав	I-V
2.	Аквадистиллятор	I-V
3.	Аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы (ЭОД, Одонтометр, Диджитест)	III-V
4.	Аппарат для определения глубины корневого канала (Апекслокатор, Форматрон)	III-V
5.	Аппарат лазерный терапевтический	V
6.	Аппарат для изготовления капп, используемых для отбеливания	IV-V
7.	Аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений	IV-V
8.	Бормашина электрическая	I-V
9.	Бормашина передвижная с компрессором	II-V
10.	Ведро педальное	I-V
11.	Видеокамера интраоральная	V
12.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)	III-V
13.	Дентин-герметизирующий ликвид	II-V
14.	Держатели для салфеток нагрудных для пациентов	II-V
15.	Диатермокоагулятор стоматологический	III-V
16.	Дополнительные аксессуары (ретракционные нити, кольца, материалы для регистрации окклюзии)	III-V



№ п/п	Наименование оборудования, инструментария	Разряд ЛПУ
17.	Инструменты режущие: - боры - полиры - финиры - головки фасонные и круги - диски операционные - фрезы	I-V
18.	Инъектор карпульный	II-V
19.	Камеры для хранения стерильных инструментов («Ультравиол», «Панмед», «Ультралайт»)	I-V
20.	Компьютер	IV-V
21.	Коффердам (роббердам)	III-V
22.	Кресло стоматологическое	I-V
23.	Лампа для проведения кабинетного отбеливания	IV-V
24.	Лампа для полимеризации	III-V
25.	Лампа бактерицидная	I-V
26.	Лупа бинокулярная	I-V
27.	Массы самотвердеющие для повязок	V
28.	Материалы для эндодонтии: - девитализирующие - очищающие - расширяющие - дезинфицирующие - obturating	I-V
29.	Матричные системы	II-V
30.	Машина упаковочная	III-V
31.	Набор для депофореза	IV-V
32.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях	I-V
33.	Наборы зондов Боумена для зондирования (бужирования) протоков слюнных желез	IV-V
34.	Набор для шлифования и полирования	I-V
35.	Набор инструментов для трахеостомии	I-V
36.	Набор инструментов для осмотра полости рта (базовый): - тазик почкообразный или лоток - зеркало стоматологическое - зонд стоматологический остроконечный - зонд стоматологический пуговчатый - пинцет зубохирургический - экскаваторы зубные	I-V

№ п/п	Наименование оборудования, инструментария	Разряд ЛПУ
	- гладилки	
37.	Набор медикаментов для профилактики инфицирования (аптечка Анти-СПИД)	I-V
38.	Набор реактивов для контроля дезинфекции и стерилизации	I-V
39.	Набор ручных инструментов для снятия поддесневых зубных отложений	V
40.	Набор инструментов для снятия назубных отложений	II-V
41.	Наборы микробиологические для проведения тестов на кислотообразующую микрофлору	V
42.	Наконечники: - прямой для микромотора - угловой для микромотора - турбинный без фиброоптики - турбинный с фиброоптикой - эндодонтический	I-V I-V II-V III-V IV-V
43.	Негатоскоп	III-V
44.	Ножницы в ассортименте	I-V
45.	Отсасыватель слюны электрический	II-V
46.	Отсасыватель пыли электрический	III-V
47.	Очиститель ультразвуковой («Серьга», «Флюкса»)	III-V
48.	Очки защитные для врача и ассистента	II-V
49.	Перчатки резиновые	I-V
50.	Пинцеты	I-V
51.	Плевательница	I-V
52.	Пломбирочные материалы в ассортименте	I-V
53.	Прибор для измерения выносливости пародонта (гнатодинамометр)	V
54.	Прибор для определения степени подвижности зубов (Периотест)	V
55.	Прибор для разогревания гуттаперчи	IV-V
56.	Приборы для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов	I-V
57.	Прибор для очистки и смазки наконечников	IV-V
58.	Респираторы (маски)	I-V
59.	Салфетки нагрудные для пациентов	III-V
60.	Светильник стоматологический	I-V
61.	Средства индивидуальной гигиены: - зубные щетки - зубные пасты - флоссы, ершики, ирригаторы, межзубные стимуляторы	I-V

№ п/п	Наименование оборудования, инструментария	Разряд ЛПУ
	- ополаскиватели	
62.	Средства и емкости для дезинфекции	I-V
63.	Средства наглядной агитации (стенды, плакаты, проспекты)	I-V
64.	Стекла для замешивания материалов	I-V
65.	Стерилизатор суховоздушный	I-V
66.	Стерилизатор гласперленовый	III-V
67.	Стол письменный для врача	I-V
68.	Столик стоматологический	I-V
69.	Стоматологические материалы и медикаментозные средства: - раствор Шиллера-Писарева - раствор Люголя - 1%, 2% раствор метиленового синего - 0,1% раствор метиленового красного - 2% раствор фуксина - красители налета - 96% медицинский спирт - 3% раствор перекиси водорода - 0,02-2% растворы хлоргексидина - растворы, содержащие препараты растительного происхождения - 2-4% водные растворы фторида натрия - фторсодержащие лаки и гели - «эмальгерметизирующий ликвид», «дентингерметизирующий ликвид» - герметики - кальцийсодержащие препараты - многокомпонентные препараты - десенситайзеры - отбеливающие системы - желатиновые пленки с наполнителем - препараты для ротовых ванночек и лечебных повязок	I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V I-V II-V II-V I-V I-V I-V III-V III-V II-V II-V
70.	Стул для ассистента врача	II-V
71.	Стул для врача	I-V
72.	Стул	I-V
73.	Сухожаровой шкаф	I-V
74.	Установка стоматологическая с микро мотором и турбинным	II-V

№ п/п	Наименование оборудования, инструментария	Разряд ЛПУ
	наконечником	
75.	Фармакологические средства: - анестетики - кровоостанавливающие средства - дезодорирующие и антисептические препараты - противовоспалительные препараты	I-V
76.	Шкаф для медицинской сестры	I-V
77.	Шпатели для замешивания пломбировочного материала	I-V
78.	Шприцы и иглы для проведения инъекций	I-V
79.	Щитки защитные для врача и персонала	II-V
80.	Эндодонтические материалы: - каналонаполнитель - спредер - плагер - штифты гуттаперчевые - силанты - obturаторы, покрытые термопластической гуттаперчей	I-V III-V III-V III-V III-V IV-V

Приказом МЗ СССР от 12 июня 1984г. № 670 было утверждено также Приложение № 2 «Основные положения программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта среди населения».

Целью программы являлось снижение уровня распространенности кариеса зубов и болезней пародонта среди населения. При планировании программы необходимо было учитывать данные о характере и уровне распространенности стоматологических заболеваний.

Программа должна была реализовываться среди беременных женщин, детей и подростков на базе женских консультаций, в дошкольных детских учреждениях, в школах, в профессионально-технических училищах, в стоматологических поликлиниках, отделениях и кабинетах, обслуживающих перечисленный контингент населения. К основным методам программы профилактики стоматологических заболеваний были отнесены:

- действенное санитарно-гигиеническое воспитание детей, подростков; пропаганда санитарно-гигиенических знаний среди родителей, педагогов, воспитателей и медицинских работников, занятых обслуживанием беременных женщин, детей и подростков с широким использованием бюллетеней, брошюр, плакатов, листовок, аудиовизуальных пособий.

- при недостаточном содержании фтора в питьевой воде и высоком уровне интенсивности кариеса зубов у детей рекомендовалось назначение

фторсодержащих таблеток, витафтора; по соответствующим показаниям – местная обработка зубов противокариозными средствами.

Основные положения программы сохранили актуальность до настоящего времени и являются основными составляющими в стратегии и планировании стоматологической профилактики в условиях переходной экономики [21].

Ускорению и совершенствованию стоматологической помощи населению способствовал **Приказ Министерства здравоохранения СССР «О комплексной программе развития стоматологической помощи населению» от 18 ноября 1988г. № 830.**

Этим документом была утверждена комплексная программа развития стоматологической помощи в стране до 2000 года.

Программа содержала 13 разделов, которыми были определены основные направления совершенствования стоматологии и предусматривалось:

- увеличение численности врачей-стоматологов из расчета до 5,9 должностей на 10 тыс. населения;
- увеличение числа стоматологических поликлиник, в том числе хозрасчетных;
- развитие стационарной стоматологической помощи и увеличение норматива до 0,5 койки на 10 тыс. взрослого и до 0,4 койки на 10 тыс. детского населения;
- развитие материально-технического оснащения стоматологической службы;
- увеличение численности стоматологических сестер (при соотношении между врачами-стоматологами и сестрами 1:1);
- открытие новых стоматологических факультетов, факультетов усовершенствования врачей, подготовка научных кадров;
- развитие детской стоматологии, особенно ортодонтической помощи и профилактики;
- разработка и выпуск новых пломбировочных материалов;
- увеличение объема помощи при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки рта;
- широкое внедрение анестезиологических пособий в стоматологическую практику;
- создание центров по оказанию помощи больным с врожденными и приобретенными дефектами, деформациями лица и челюстей;
- разработка и внедрение мероприятий по профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей челюстно-лицевой локализации;
- укрепление ортопедических отделений и зуботехнических лабораторий;
- совершенствование методов диагностики (рентгенология, функциональная диагностика и др.).

### ***1.1.2.3. Хирургическое отделение***

В состав республиканских, краевых, областных, городских, городских районных стоматологических поликлиник входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет [100].

При планировании хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники необходимо руководствоваться санитарно-гигиеническими требованиями к стоматологическим медицинским организациям (СанПиН 2.1.3.2630-10), ОСТ 42-21-2-85, пособиями по проектированию учреждений здравоохранения (ПСНиП 2.08.02.89).

#### **Извлечения из санитарно-гигиенических требований стоматологических медицинских организаций (СанПиН 2.1.3.2630-10)**

#### ***2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций***

2.11. Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляется медицинская деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условиях операционного блока. При этом оборудуется помещение для временного пребывания пациента после операции. В операционной, при необходимости, обеспечивается подача медицинских газов.

2.12. Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделения потоков «чистых» (плановых) и «гнойных» вмешательств. Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

#### ***3. Требования к внутренней отделке помещений***

3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другими, разрешенными для этих целей, материалами.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются водоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.7. Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов и зуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых

тонов, не мешающих правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбирочных и зубопротезных материалов.

#### **4. Требования к оборудованию**

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются отдельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационных устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

#### **5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции**

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в том числе по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключая скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50% рабочего времени или более 2 часов непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей 1 СанПиН 2.1.3.2630-10.

5.6. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из «грязных» зон в «чистые».

5.7. Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологических медицинских организаций не должны превышать предельно-допустимые концентрации для них, утвержденные в установленном порядке.

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.11. Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений: операционных с предоперационными,

стерилизационных, рентгенкабинетов (отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

### ***6. Требования к естественному и искусственному освещению***

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение, выполненное люминесцентными лампами или лампами накаливания.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются в соответствии с главой 1 СанПиН 2.1.3.2630-10.

Отделение хирургической стоматологии должно иметь не менее 5 помещений:

- помещение для ожидания больных из расчета 1,2 кв.м на одного взрослого пациента, на каждого ребенка с учетом пребывания одного из родителей – 2 кв.м.

#### ***Операционный блок:***

- предоперационная 6 кв.м;
- при отсутствии центральной стерилизационной инструментарий из операционной поступает в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается как минимум на 2 кв.м. Минимальная площадь стерилизационной 6 кв. м;
- операционная 20 кв.м;
- комната временного пребывания пациента после операции.

В стоматологических поликлиниках при наличии хирургического кабинета должно быть не менее 3 помещений:

- помещение для ожидания больных (допускается ожидание больного в общем помещении);
- комната с вытяжным шкафом площадью не менее 10 кв.м для стерилизации инструментов, приготовления материалов, подготовки персонала (мытьё рук, переодевание);
- операционная площадью не менее 14 кв.м на одно кресло и 7 кв.м на каждое последующее кресло для удаления зубов и выполнения других амбулаторных операций.



Стены кабинетов хирургического отделения стоматологической поликлиники должны быть гладкими, без щелей; стены должны облицовываться на высоту не ниже 1,8м, а в операционной – на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэстирола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлорированным материалом (линолеум) или покрывают керамической плиткой, а в операционной – полимерцементной мастикой или керамической плиткой.

Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены вододисперсионными, масляными или клеевыми красками, двери и окна – глифталевыми эмалями и масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию.

Хирургические кабинеты в стоматологических поликлиниках оборудуются водопроводом, центральным отоплением и горячим водоснабжением. В них устанавливается приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением; должны быть фрамуги и форточки. Обеззараживание воздуха осуществляется бактерицидным облучателем до начала и после окончания работы с обязательной механической вентиляцией. Очистку и обеззараживание воздуха проводят также воздухоочистителем ОМ-22.

Оснащение хирургического отделения (кабинета) значительное время проводилось согласно таблице оборудования больниц и поликлиник с учетом «Временных норм расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника» (извлечение из Приложения № 1 к Приказу МЗ СССР № 670 от 12.06.1984г. – см. в табл. 7).

Таблица 7

**Временные нормы расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника**

№ п/п	Аппараты, приборы, инструментарий	Количество
1	2	3
<b>Хирургический прием</b>		
<b>А. Аппараты и приборы</b>		
1.	Наконечник для бормашины прямой	2 шт.
2.	Наконечник для бормашины угловой	1 шт.
3.	Шнур для бормашины: - бесшовный для жесткого рукава - со швом для гибкого рукава	8 шт. 2 шт.
<b>Б. Медицинский инструментарий</b>		
1.	Боры стальные для прямого наконечника	250 шт.
2.	Боры стальные для углового наконечника	125 шт.
3.	Фрезы хирургические разные	80 шт.

1	2	3
4.	Щипцы для удаления верхних зубов	10 шт.
5.	Щипцы для удаления нижних зубов	10 шт.
6.	Элеватор зубной угловой правый	5 шт.
7.	Элеватор зубной угловой левый	5 шт.
8.	Элеватор зубной прямой	5 шт.
9.	Кусачки костные стоматологические	2 шт.
10.	Ножницы тупоконечные прямые	5 шт.
11.	Ножницы вертикально изогнутые остроконечные	5 шт.
12.	Ножницы вертикально изогнутые тупоконечные	5 шт.
13.	Зажим кровоостанавливающий типа «Москит» изогнутый по плоскости и прямой	40 шт.
14.	Распатор стоматологический	10 шт.
15.	Ложка для выскабливания свищей двусторонняя	25 шт.
16.	Скальпель брюшистый малый	5 шт.
17.	Скальпель остроконечный средний	5 шт.
18.	Скальпель для операций на глубоких полостях	5 шт.
19.	Ножницы для перевязочного материала	3 шт.
20.	Пинцет пластинчатый хирургический общего назначения	10 шт.
21.	Пинцет зубной изогнутый, нерж. ст.	16 шт.
22.	Пинцет анатомический глазной, зубчатый	5 шт.
23.	Пинцет хирургический глазной прямой	10 шт.
24.	Шпатель для языка, прямой, плоский, двусторонний	5 шт.
25.	Гладилка двусторонняя серповидная	25 шт.
26.	Зеркало зубное (без ручки)	20 шт.
27.	Ручка для зубного зеркала	15 шт.
28.	Шприц типа «Рекорд» с взаимозаменяемыми поршнями, допускающие стерилизацию при температуре 200°C, емкостью 5 мл	30 шт.
29.	Шприц типа «Рекорд» с взаимозаменяемыми поршнями, допускающие стерилизацию при температуре 200°C, емкостью 10 мл	20 шт.
30.	Иглодержатель	15 шт.
31.	Иглы хирургические разные	50 шт.
32.	Материалы для соединения тканей (кетгут, нити лавсановые разных размеров)	15 упак.
33.	Проволока алюминиевая диаметром 2мм для шинирования	1 упак.
34.	Проволока бронзо-алюминиевая лигатурная	1 упак.

1	2	3
	для шинирования	
35.	Иглы инъекционные (разные)	100 шт.
36.	Щипцы крампонные	1 шт.

Пересмотр норм расхода стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на хирургическом приеме вызван требованиями времени.

В хирургическом отделении (кабинете) необходимо иметь стоматологические кресла, бестеневые лампы, столики для инструментария, круглые винтовые табуреты со спинками и без них, электрическую бормашину с наконечниками, бактерицидные и ультрафиолетовые лампы.

Стоматологический инструментарий включает шприцы разной вместимости, держатели для карпулированных анестетиков, одноразовые инъекционные иглы; пинцеты – стоматологические, хирургические, анатомические, глазные; зеркала и шпатели, наборы щипцов и элеваторов, скальпели и их держатели, наборы острых и тупых крючков, распаторов, кюретажных ложек, долот, молотков, костных кусачек, ножниц, кровоостанавливающих зажимов, игл и иглодержателей. Среди инструментария должны быть иглы с тупыми концами, зонды прямые, изогнутые под углом, пуговчатые, зонды для исследования слюнных желез.

В хирургическом отделении (кабинете, операционной) должна быть бормашина с набором боров, фрез, дрелей. Необходимы наборы для шинирования, стандартных шин, повязок, языкодержатели, роторасширители, трахеотомические трубки, пародонтологические и эндодонтические наборы.

В крупных стоматологических поликлиниках в операционной желательно иметь лазерный скальпель.

Все кабинеты должны иметь естественное освещение и две системы искусственного освещения: общее, соответствующее санитарным требованиям, и рабочее в виде специальных рефлекторов.

Мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов. Рабочие столы покрывают стеклом, пластиковым материалом, окрашенным нитроэмалевой краской или нитролаком.

В отделениях (кабинетах) хирургической стоматологии следует строго соблюдать требования по санитарному содержанию помещений.

Влажная уборка проводится не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания.

Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

### Извлечения из СанПиН 2.1.3.2630-10

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений.

Для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия.

Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются требования глав 1 и 2 настоящих правил.

При лечении хирургических стоматологических больных обязательно соблюдение правил асептики, в том числе при обработке рук врачей разными методами.

Осмотр больного и все манипуляции врач проводит в маске, защитных очках, резиновых перчатках, а в операционной – в стерильном халате и бахилах.

Стерилизационная должна располагаться в отдельном помещении, в котором подача инструментария осуществляется с помощью специального лифта, или находится рядом с хирургическим кабинетом, чтобы подача инструментария осуществлялась через окно.

В поликлинике, где работает один хирург в смену, наиболее опытного врача надо использовать в ту смену, когда на прием приходит наибольшее количество больных. Объем и характер хирургических вмешательств должны зависеть от уровня квалификации хирурга, работающего в отделении.

После проверки санитарного состояния хирургического кабинета медицинская сестра перед каждой сменой обязана накрыть два стерильных стола (для инструментов и для перевязочного материала).

Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать как из регистратуры, так и из терапевтического и ортопедического отделений. Тяжелобольные и больные с повышенной температурой тела должны быть приняты в первую очередь с обязательным оформлением истории болезни.

При необходимости хирургического лечения устанавливают сроки, объем, место и характер предоперационной подготовки больного.

В поликлинических условиях могут быть произведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении родственников поехать домой. Из таких операций наиболее распространенной является удаление зуба.

К сложным операциям в поликлинике относятся [100]:

- удаление дистопированных, полуретенированных, ретенированных зубов;

- вскрытие и хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, абсцессах, лимфаденитах;
- наложение швов на раны мягких тканей;
- репозиция отломков костей лицевого скелета и иммобилизация при переломах челюстей;
- вправление вывиха нижней челюсти.

Перечисленные операции являются неплановыми.

В поликлиническом отделении могут быть проведены следующие плановые оперативные вмешательства:

- реплантация, трансплантация, имплантация зубов;
- гемисекция;
- резекция верхушки корня зуба;
- удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области;
- взятие ткани для биопсии;
- операции по поводу пародонтита;
- операции по поводу кисты челюстей;
- удаление слюнного камня из протока;
- несложные пластические операции при незначительных деформациях мягких тканей и челюстей;
- секвестрэктомия;
- удаление инородных тел.

Плановые операции назначаются на специально предусмотренный операционный день. Для проведения операции хирургу необходим ассистент, роль которого может выполнить опытная медицинская сестра или врач.

В хирургическом отделении (кабинете) проводится динамическое наблюдение лиц, подлежащих диспансеризации у хирурга-стоматолога. В базовых стоматологических поликлиниках могут быть кабинеты восстановительного лечения и реабилитации.

Ежедневно проводится учет объема работы врача. Отчеты о работе врачей и выдачу листков временной нетрудоспособности ежемесячно анализирует руководитель. Количество выданных листков временной нетрудоспособности, длительность освобождения от работы и диагноз, на основании которого больной освобожден от работы, должны быть отмечены в специальной учетной книге. Для учета объема работы хирургических стоматологических отделений (кабинетов) поликлиники используют сводные ведомости. Заведующий отделением проводит анализ работы за месяц, полугодие, год и дает качественную оценку.

В своей работе врачи-стоматологи-хирурги должны руководствоваться «Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)» (см. табл. 8).

**Классификатор основных стоматологических  
лечебно-диагностических мероприятий и технологий,  
выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)**

Код		Виды работ	УЕТ	
			взрослый прием	детский прием
<b>3. Виды работ на хирургическом приеме (без учета анестезии)</b>				
3	1	Удаление временного зуба	0,50	0,50
3	2	Удаление постоянного зуба	1,00	1,00
3	3	Сложное удаление с разъединением корней	1,50	1,50
3	4	Сложное удаление зуба с выкраиванием слизисто-надкостничного лоскута и резекцией костной пластинки	3,50	4,50
3	5	Удаление ретенированного, но дистопированного зуба	4,50	5,00
3	6	Коррекция альвеолярного отростка для подготовки к протезированию	3,50	4,50
3	7	Удаление одного зуба с применением трансплантата при заболеваниях пародонта	4,00	4,00
3	8	Перевязка раны в полости рта	1,00	1,50
3	9	Лечение альвеолита с ревизией лунки	1,25	1,50
3	10	Остановка кровотечения	1,00	1,50
3	11	Внутриротовой разрез с дренированием раны	2,00	2,50
3	12	Внеротовой разрез, дренирование	3,00	3,50
3	13	Перевязка после внеротового разреза	1,00	1,00
3	14	Секвестрэктомия	3,00	1,50
3	15	Резекция верхушки корня одного зуба	3,00	3,50
3	16	Резекция верхушки корня двух и более зубов	4,00	4,50
3	17	Цистэктомия	4,00	4,50
3	18	Иссечение доброкачественного новообразования мягких тканей полости рта (папиллома, фиброма, эпулис, гипертрофический гингивит)	3,00	3,50
3	19	Удаление ретенционной кисты – цистэктомия	3,00	3,50
3	20	Удаление ретенционной кисты – цистотомия	2,00	2,50
3	21	Удаление доброкачественного образования кости (одонтома, остеома и др.)	5,00	5,50
3	22	Иссечение капюшона	1,25	1,75
3	23	Коррекция уздечки языка, губы	2,50	3,00
3	24	Рассечение уздечки языка	0,50	0,50

Код		Виды работ	УЕТ	
			взрослый прием	детский прием
3	25	Иссечение доброкачественного образования кожи	2,00	2,50
3	26	Шинирование при переломах челюстей без смещения отломков	8,00	8,50
3	27	Шинирование при переломах челюстей со смещением отломков	9,00	9,50
3	28	Лигатурное скрепление при вывихах зубов (один зуб)	3,00	3,50
3	29	Снятие шины с одной челюсти	1,00	1,00
3	30	ПХО раны без наложения швов	2,00	2,00
3	31	Наложение одного шва	0,25	0,50
3	32	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4,00	4,50
3	33	Биопсия слизистой оболочки полости рта	1,50	1,50
3	34	Биопсия кожи	1,00	1,00
3	35	Биопсия кости	2,00	2,00
3	36	Биопсия пункционная	0,50	0,50
3	37	Бужирование протока слюнной железы	0,75	1,00
3	38	Удаление камня из протока слюнной железы	4,50	4,50
3	39	Сиалография	1,50	1,50
3	40	Склерозирующая терапия	1,50	0,00
3	41	Наложение повязки, компресса с участием врача	0,50	0,50
3	42	Вправление вывиха нижней челюсти	2,00	2,00
3	43	Компактоостеотомия в области двух зубов	2,00	2,50
3	44	Гемисекция, ампутация корня зуба без выкраивания слизисто-надкостничного лоскута	3,50	0,00
3	45	Гемисекция, ампутация корня зуба с выкраивания слизисто-надкостничного лоскута	3,50	0,00
3	46	Короно-радикулярная сепарация	3,00	0,00
3	47	Снятие швов	0,50	0,75
3	48	Реплантация однокорневого зуба или зачатка зуба	4,00	4,50
3	49	Реплантация многокорневого зуба	5,00	5,50

Код		Виды работ	УЕТ	
			взрослый прием	детский прием
3	50	Иссечение рубца на коже	3,50	4,00
3	51	Пластика слюнного свища	5,50	0,00
3	52	Лечение заболеваний слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава – первое посещение	2,50	2,00
3	53	Лечение заболеваний слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава – последующее посещение	1,00	1,00
3	54	Введение лекарственных веществ в височно-нижнечелюстной сустав	1,00	1,50
3	55	Операция имплантации (введение одного имплантата)	25,00	0,00
3	56	Удаление имплантата – простое	1,00	1,00
3	57	Удаление имплантата – сложное	3,50	0,00

#### ***1.1.2.4. Ортопедическое отделение с зуботехнической лабораторией***

Отделение (кабинет) ортопедической стоматологии может развертываться в составе стоматологических поликлиник, многопрофильных поликлиник, крупных больничных учреждений, медико-санитарных частей, ведомственных лечебных и санаторно-курортных учреждений. Такие отделения (кабинеты) могут быть открыты в частных клиниках, в учреждениях, организациях и на предприятиях с различными формами собственности.

Отделение (кабинет) ортопедической стоматологии организуется и функционирует в строгом соответствии с «Санитарными правилами устройства, оборудования, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала» (постановление президиума от 31.03.83 г. протокол № 15) и утвержденными заместителем Главного государственного санитарного врача СССР 28.12.83г. № 2956-83, Постановлением Главного санитарного врача РФ от 18 мая 2010г. №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10».

В составе ортопедического отделения имеются лечебные кабинеты, предназначенные для приема больных, и зуботехническая лаборатория, в которой непосредственно изготавливаются ортопедические конструкции.



Согласно СанПиН ортопедическое отделение (кабинет) и зуботехническая лаборатория должны быть ориентированы на северные направления (север, северо-запад, северо-восток). В крупных стоматологических поликлиниках отделение обычно размещают на отдельном этаже или в одном крыле здания. В поликлиниках с небольшим количеством врачей и зубных техников (1-2) при недостатке площадей зуботехническая лаборатория размещается в одной комнате с выделением функциональных зон для определенных видов работ.

Кабинет врача-стоматолога-ортопеда должен иметь площадь 14 кв. м на одну стоматологическую установку, на каждую последующую установку площадь увеличивается на 10 кв. м (на 7 кв. м увеличивается площадь кабинета на одно стоматологическое кресло без установки).

Набор вспомогательных помещений и их площадей в зуботехнической лаборатории:

- помещение зубных техников: 4 кв. м на одного техника, но не более 10 техников в одном помещении;
- специализированные помещения: полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная 7 кв.м;
- при наличии зуботехнической лаборатории на 1-2 штатные единицы зубных техников возможно её размещение в 2-х кабинетах – в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом – рабочее место зубного техника. Площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 кв.м;
- литейная - 4 кв.м. В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена.

Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом, верхней одеждой и ожидающей должны иметь минимальную площадь 10 кв.м (на каждого взрослого пациента 1,2 кв.м).

В отделении (кабинете) должны быть централизованное горячее и холодное водоснабжение, канализация, электроснабжение.

В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему, в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры.

Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов, допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжной вентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающих очистку воздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокаталитические фильтры и др.).

Технологическое оборудование зуботехнических лабораторий, в состав которого входят секции для очистки удаляемого воздуха от данного оборудования, а также оборудование замкнутого цикла, не требует дополнительных местных отсосов.

В зуботехнических лабораториях, в зависимости от технологической части проекта, предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, от шлифовальных моторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными приборами и рабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу, следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования и материалов.

Системы местных отсосов следует проектировать автономными от систем общеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.

Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняются работы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение и обжиг керамической массы, обточка и другие работы) допускается размещать в жилых и общественных зданиях.

Допускается неорганизованный воздухообмен в помещении путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжной вентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал с выходом на кровлю или на наружную стену без световых проемов.

Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которых проводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса из сточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).

Во всех помещениях должно быть достаточное естественное освещение в дневное время и необходимое количество дополнительных источников освещения (лампы люминесцентные или накаливания) в вечернее время. Местное освещение в виде светильников устанавливается на каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.

Требования к отделке стен, потолка, полов в отделении (кабинете) ортопедической стоматологии аналогичны требованиям, предъявляемым к отделению терапевтической стоматологии.

Потолки стоматологических кабинетов и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются вододисперсионными, масляными или силикатными клеевыми красками в белый цвет. В специальных производственных помещениях зуботехнической лаборатории стены на высоту двери облицовываются глазурованной плиткой. Выше панели производится окраска силикатными клеевыми красками.

Пол в основных помещениях зуботехнической лаборатории должен быть из рулонных поливинилхлоридных материалов (линолеум), в специальных – из керамической плитки.

Двери и окна во всех помещениях окрашиваются эмалями или масляной краской в белый цвет. Фурнитура дверей и окон должна быть гладкой, легко поддающаяся чистке.

Оснащение отделения (кабинета) ортопедической стоматологии должно проводиться, по мнению В. Д. Вагнер, В. М. Семенюк, О. В. Чекунова (2004), в соответствии с выделением нескольких функциональных зон:

- основная рабочая зона врача;
- основная рабочая зона медицинской сестры;
- дополнительная лечебно-диагностическая зона;
- зона дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

**В основной рабочей зоне врача** выполняется максимальный объем лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Эта зона представлена стоматологическим креслом и стоматологической установкой. Светильник является важным элементом рабочей зоны врача, обеспечивающим освещенность рабочего поля и по своей мощности должен соответствовать требованиям санитарных норм. Обязательным элементом является столик врача-стоматолога, письменный стол для оформления учетно-отчетной документации.

**Для проведения одонтопрепарирования зубов** врачу-стоматологу-ортопеду необходимо иметь набор наконечников (турбинный, прямой и угловой для микромоторов).

**Для чтения рентгеновских снимков** необходимо иметь негатоскоп (им может быть снабжена стоматологическая установка) и бинокулярная лупа. В достаточном количестве (ориентировочно 10 комплектов на 1 врачебную должность) необходимо иметь наборы инструментов.

**В стандартный набор инструментов входят:** зубоврачебное зеркало, зонд стоматологический остроконечный, пинцет зубоврачебный, экскаваторы зубные, гладилки различной модификации, шпателя.

**Для проведения анестезии** необходимо иметь одноразовые карпульные шприцы. В достаточном ассортименте должны быть режущие инструменты: алмазные и твердосплавные боры, фрезы, диски, виниры, полиры.

**Для снятия слепков** нужны оттискные ложки различных форм и размеров. Они могут быть металлическими, пластмассовыми, перфорированными.

К обязательным аксессуарам для работы в ортопедическом кабинете относят: коронкосниматели, крампонные щипцы, наковальня, молоточек, резиновые чашки для замешивания сыпучих материалов, различные виды оттискных масс, гипс, спиртовые горелки, ретракционные нити, пломбирочный материал для проведения несложных реставраций зубов и починки протезов, цементы для временной и постоянной фиксации конструкций зубных протезов.

Отделение оснащается в зависимости от числа стоматологических установок одним-двумя масляными компрессорами.

**Рабочая зона медицинской сестры** оснащается:

- медицинским столиком;
- стулом;

- шкафом или полкой для хранения стоматологических лекарственных средств и материалов;
- полкой для хранения стерильного инструментария («Ультравиол», «Ультралайт», «Панмед» и др.);
- шкафом или полкой для хранения аппаратов, инструментов, материалов и лекарственных препаратов для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, аптечки анти-СПИД.

Новые технологии ортопедического лечения связаны с рядом дополнительных методов диагностики и использованием в лечебном процессе различных аппаратов и приборов. Арсенал их расположен в дополнительной **лечебно-диагностической зоне**.

Одним из таких аппаратов является аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы – ЭОД-2, одонтометр, диджи-тест и др. Для определения длины корневого канала используют апекслокатор, форматрон и др. При протезировании больных с патологией пародонта для определения его выносливости и жевательного давления применяют гнатодинамометр. В последние годы из новых конструкций используют электронный гнатодинамометр «Визир».

Для определения мышечного тонуса предназначен миотонометр. В настоящее время в ЦНИИС широко используют более совершенный метод определения биоэлектрической активности мышц с помощью 4-канального электромиографа (МГ-42) фирмы «Медикор» (Венгрия) с компьютерным обеспечением на базе процессора Pentium, разработанного научно-медицинской фирмой «Статокин» и ЦНИИ стоматологии МЗ России [6].

Для определения центрального соотношения челюстей используют аппарат АОЦО. Он позволяет смоделировать будущие нагрузки на ткани протезного ложа.

Наряду с современной диагностической аппаратурой врачи-стоматологи-ортопеды используют такие аппараты как параллелометр и артикулятор с лицевой дугой. При патологии пародонта с целью определения степени подвижности зубов находят применение аппарат «Периотест».

При применении современных технологий (виниры, вкладки), связанных с использованием светокомпозиционных материалов необходимо наличие в отделении аппарата для фотополимеризации.

**Работа в зоне дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации стоматологических инструментов, материалов и мелкого инструментария** может быть организована или непосредственно в кабинете, или в ЦСО (централизованное стерилизационное отделение). В случае проведения всех этапов обработки в кабинете необходимо иметь:

- емкость для дезинфекции и предстерилизационной очистки;
- ультразвуковые очистители («Серьга», «Флюкса»);
- упаковочную машину;
- стерилизатор горячевоздушный, низкотемпературный;

- терминатор (прибор для дезинфекции стоматологических наконечников);
- аппарат «Ассистина» для промывки и смазывания наконечников;
- реактивы для проведения азопирамовой, фенолфталеиновой и амидопириновой проб;
- бактерицидные лампы.

Оснащение зуботехнической лаборатории оборудованием зависит от того, какие виды ортопедических конструкций будут в ней изготавливаться [6].

Так, список аппаратов и приборов для изготовления металлокерамических протезов выглядит следующим образом:

1. Стол зуботехнический
2. Стул зубного техника
3. Бокс пылесборник для зуботехнических работ
4. Зуботехническая бормашина (электрический блок управления)
5. Газовая горелка или спиртовка
6. Электрошпатель
7. Прибор для подогрева воска
8. Воскотопка
9. Стереомикроскоп с адаптером лампы
10. Светильник индивидуальный бестеневого
11. Артикулятор с лицевой дугой
12. Параллелометр
13. Фрезерный станок со столиком
14. Печь для обжига и прессования металлокерамики
15. Гелиополимеризатор
16. Вакуумный смеситель
17. Вибростол
18. Триммер с карборундовым диском.
19. МТ-2 триммер (без диска)
20. Электронные весы
21. Циркулярная пила
22. Пароструйный аппарат
23. Лазерпин
24. Аппарат для вываривания воска
25. Шлифовальный мотор с вытяжным боксом
26. Гидропресс
27. Прибор для полимеризации
28. Универсальный термопресс для полимеризации MINI-2000
29. Литейная установка с агрегатом циркулярного охлаждения
30. Муфельная печь для прессования керамики ЭМП 11 СБ
31. Муфельная печь Programix-50
32. Сушильный шкаф-печь для выжигания воска
33. Точечная электросварка
34. Пескоструйный аппарат с пылесосом

- 35. Пескоструйный аппарат для грубой обработки
- 36. Аппарат для электрохимической полировки
- 37. Долото для удаления гипса и паковочной массы
- 38. Наборы инструментов для металлокерамических работ
- 39. Рабочие столы в гипсовочную, паяльную, полимеризационную, литейную.

Следует заметить, что до настоящего времени руководители государственных муниципальных ЛПУ ориентируются на Приложение № 1 к приказу МЗ СССР от 12 июня 1984г. № 670 «Временные нормы расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника в год», извлечение из которого приведено в табл. 9 и 10.

Таблица 9

**Временные нормы расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника в год**

№ п/п	Наименование изделия	Кол-во на одну врачебную должность
<b>Ортопедический прием</b>		
<b>А. Материалы</b>		
1.	Зубы пластмассовые, в т. ч.: 14/14 (28) гарнитуров 14/0 8/8 0/8 6/6 6/0	3500 шт. 61 шт. 49 шт. 41 шт. 12 шт. 25 шт. 9 шт.
2.	Зубы фарфоровые, в т. ч.: 14/14 (28) гарнитуров 14/0 6/6 6/0	100 шт. 2 шт. 1 шт. 2 шт. 1 шт.
3.	Гильзы стальные для коронок, в т. ч.: № 5, 6 № 7, 8, 9, 10 № 11, 12, 13, 14, 15 № 16, 17, 18, 19, 20	1300 шт. 65 шт. 975 шт. 195 шт. 65 шт.
4.	Литых зубов*, в том числе: жевательных для верхней челюсти жевательных для нижней челюсти	235 шт. 104 шт. 131 шт.

№ п/п	Наименование изделия	Кол-во на одну врачебную должность
5.	Стальных каркасов для фасеток, в том числе: - для верхней челюсти жевательных фронтальных - для нижней челюсти жевательных фронтальных	445 шт. 315 шт. 160 шт. 155 шт. 130 шт. 38 шт. 92 шт.
6.	Пластмасса базисная Пластмасса мостовидная	13 кор. 6 кор.
7.	Оттискные массы (кроме гипса)	34 кор.
8.	Цементы для фиксации протезов	28 кор.
<b>Б. Аппараты и приборы</b>		
1.	Наконечник для бормашины прямой	3 шт.
2.	Наконечник для бормашины угловой	1 шт.
3.	Кресло стоматологическое	1 шт.
4.	Рукав гибкий к бормашине	4 шт.
5.	Шнур для бормашины: - бесшовный для жесткого рукава - со швом для гибкого рукава	15 шт. 5 шт.
<b>В. Медицинский инструментарий</b>		
1.	Бор зубной колесовидный для прямого наконечника № 5	350 шт.
2.	Бор зубной конусный фиссурный для прямого наконечника № 1, 3	80 шт.
3.	Бор зубной шаровидный для прямого наконечника № 7, 9	70 шт.
4.	Воздуходувка (пустер)	1 шт.
5.	Головки фасонные шлифовальные для прямого наконечника	50 шт.
6.	Головки фасонные шлифовальные для углового наконечника	20 шт.
7.	Головки сменные для турбинного наконечника	1 комп.
8.	Головки алмазные стоматологические для турбинного наконечника разной формы	5 комп.
9.	Головки алмазные стоматологические для углового наконечника разной формы	2 комп.
10.	Головки алмазные стоматологические разной формы для	3 комп.

№ п/п	Наименование изделия	Кол-во на одну врачебную должность
	прямого наконечника	
11.	Головка защитная для дисковых пил к прямому наконечнику	1 комп.
12.	Диск вулканитовый (карборундовый) для сепарации зубов	200 шт.
13.	Диск металлический для сепарации зубов	500 шт.
14.	Диск алмазный стоматологический односторонний Ø 20мм	7 шт.
15.	Диск алмазный стоматологический односторонний Ø 16мм	7 шт.
16.	Диск алмазный стоматологический двусторонний Ø 16мм	7 шт.
17.	Диск алмазный стоматологический двусторонний Ø 20мм	7 шт.
18.	Диск алмазный стоматологический вогнутый Ø 18мм	7 шт.
19.	Дискодержатель для прямого наконечника с правой резьбой	45 шт.
20.	Дискодержатель для углового наконечника с правой резьбой	10 шт.
21.	Дискодержатель для углового наконечника с левой резьбой	10 шт.
22.	Зеркало зубное (без ручки)	15 шт.
23.	Ручка для зубного зеркала	5 шт.
24.	Зонд зубной, изогнутый пол углом	10 шт.
25.	Круг алмазный стоматологический	20 шт.
26.	Круг карборундовый для бормашин	300 шт.
27.	Круг эластичный шлифовальный для бормашин	20 шт.
28.	Нож для гипса	1 шт.
29.	Нож шпатель зуботехнический	1 шт.
30.	Пинцет зубной изогнутый, н. с.	5 шт.
31.	Пинцет анатомический общего назначения длиной 200мм	1 шт.
32.	Пластинка стеклянная для замешивания цемента	10 шт.
33.	Фрезы шлифовальные для зуботехнических работ по 10 шт. в коробке	3 кор.
34.	Фрезы зуботехнические цилиндрические № 1, 2	15 кор.
35.	Фрезы зуботехнические для прямого наконечника № 1, 2	10 кор.
36.	Фрезы зуботехнические для прямого наконечника	15 кор.



№ п/п	Наименование изделия	Кол-во на одну врачебную должность
	колесовидные	
37.	Шпатель зубо врачебный для цемента двусторонний	5 шт.
38.	Шпатель для замешивания гипса	5 шт.
39.	Щипцы клювовидные для коронок, н. с.	1 шт.
40.	Щипцы краптонные, н. с.	1 шт.

\* Данные изделия могут не использоваться при наличии централизованных литейных, обеспечивающих стоматологические учреждения индивидуальным литьем.

Таблица 10

**Временные нормы расхода материалов и инструментов на единицу изделия при изготовлении зубных протезов**

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<b>А. СЪЕМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ</b>			
<b>На один зуб в съемном протезе:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	110
2.	Воск	г	4,0
3.	Пластмасса базисная (порошок)	г	1,0
4.	Кламмера	шт.	2 на 8 зубов в частичных протезах
5.	Круги шлифовальные (карборундовые) для шлифмашин	шт.	1 на 100 зубов
6.	Круги шлифовальные (карборундовые) для бормашин	шт.	1 на 100 зубов
7.	Головки шлифовальные стоматологические	шт.	1 на 100 зубов
8.	Фрезы зуботехнические	шт.	1 на 300 зубов
9.	Боры стальные	шт.	1 на 20 зубов
10.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 300 зубов

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
11.	Фильцы	шт.	1 на 100 зубов
12.	Щетки нитяные для шлифмашин	шт.	1 на 1000 зубов
13.	Порошок полировочный	г	1,25
14.	Паста полировочная	г	1 на 2 кламмера
	Примечание: - на 100 поставленных пластмассовых или фарфоровых зубов допускается расходовать 105 зубов; - средняя норма возврата отходов воска от изготовления съемного протеза из расчета на один зуб – 2,4 г.		
<b>На одну индивидуальную ложку:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	150
2.	Пластмасса (порошок)	г	25
3.	Воск	г	20
	Примечание: - расход материалов на индивидуальную ложку дан в зависимости от ее характеристики (восковая или жесткая); - средняя норма возврата отходов воска от изготовления одной индивидуальной ложки – 17,5 г.		
<b>На одну починку съемного протеза:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	150
2.	Воск	г	2,8
3.	Пластмасса самотвердеющая (порошок)	г	4,0
4.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 50 протезов
5.	Порошок полировочный	г	3,0
<b>Б. НЕСЪЕМНЫЕ ПАЯНЫЕ ПРОТЕЗЫ</b>			
<b>На одну коронку стальную:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	150
2.	Воск	г	0,8
3.	Сплав легкоплавкий	г	0,6
4.	Гильзы из нержавеющей стали	шт.	110 на 100

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
			коронки
5.	Мольдин	г	1,0
6.	Круги шлифовальные (карборундовые) для бормашин	шт.	1 на 30 коронок
7.	Круги шлифовальные эластичные для шлифмашин	шт.	1 на 50 коронок
8.	Фильцы	шт.	1 на 150 коронок
9.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 150 коронок
10.	Щетки нитяные	шт.	1 на 500 коронок
11.	Паста полировочная	г	1,0
	Примечание: - на одну коронку золотую расходуются те же материалы и в том же количестве, за исключением материалов, указанных в п.п. 4, 6, 7.		
<b>На один зуб литой стальной или под пластмассовую фасетку:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	150
2.	Воск	г	1,3
3.	Сталь нержавеющая	г	4,0
4.	Припой серебряный (типа Цитрина)	г	0,15 на одну пайку
5.	Этилсиликат	мл	0,4
6.	Спирт этиловый	г	0,2
7.	Кварц пылевидный (маршалит)	г	1,0
8.	Едкий натрий	г	150 на 100 зубов
9.	Круги-диски прорезные Ø 150мм	шт.	1 на 50 зубов
10.	Круги-диски прорезные Ø 40мм	шт.	1 на 25 зубов
11.	Круги шлифовальные (карборундовые) для шлифмашин	шт.	1 на 100 зубов
12.	Круги шлифовальные (карборундовые) для бормашин	шт.	1 на 5 зубов
13.	Диски сепарационные вулканитовые	шт.	1 на 2 спайки

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
14.	Боры стальные	шт.	1 на 5 зубов
15.	Круги шлифовальные эластичные для шлифмашин	шт.	1 на 50 зубов
16.	Фильцы	шт.	1 на 100 зубов
17.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 100 зубов
18.	Щетки нитяные	шт.	1 на 500 зубов
19.	Паста полировочная	г	1,5
	<p>Примечание:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на один зуб литой золотой или под пластмассовую фасетку расходуются те же материалы и в том же количестве, за исключением материалов, указанных в п.п. 3, 4, 9, 10, 11, 12, 15;</li> <li>- при литье зубов из золота с применением формовочных масс типа «Эксподента» расход массы 20г на один зуб;</li> <li>- на один зуб литой под пластмассовую фасетку расход стали нержавеющей – 3,0г</li> </ul>		
<b>На одну фасетку из пластмассы или коронку из пластмассы:</b>			
1.	Гипс	г	30
2.	Воск	г	1,25
3.	Пластмасса для несъемного протеза (порошок)	г	1,0
4.	Круги шлифовальные (карборундовые) для бормашин	шт.	1 на 20 фасеток
5.	Диски сепарационные вулканитовые	шт.	1 на 5 фасеток
6.	Боры стальные	шт.	1 на 10 фасеток
7.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 150 фасеток
8.	Порошок полировочный	г	1,5
	<p>Примечание:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на один зуб из пластмассы в мостовидном протезе из пластмассы расходуются те же материалы и в том же количестве</li> </ul>		

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
<b>В. БЮГЕЛЬНЫЕ ПРОТЕЗЫ</b>			
<b>На один каркас при моделировании на гипсовой модели:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	300
2.	Воск	г	10,0
3.	Этилсиликат	мл	4,0
4.	Спирт этиловый	г	2,0
5.	Кварц пылевидный (маршалит)	г	10,0
6.	Сплав кобальтохромовый	г	20,0
7.	Едкий натрий	г	150 на 15 каркасов
8.	Электрокорунд	г	75,0
9.	Круги-диски прорезные Ø 150мм	шт.	1 на 10 каркасов
10.	Круги прорезные Ø 40мм	шт.	1 на 10 каркасов
11.	Круги шлифовальные (карборундовые) для шлифмашин	шт.	1 на 20 каркасов
12.	Круги шлифовальные разного профиля для обработки КХС	шт.	2
13.	Головки фасонные шлифовальные для обработки КХС	шт.	2
14.	Диски сепарационные вулканитовые	шт.	2
15.	Круги шлифовальные эластичные для шлифмашин	шт.	1 на 10 каркасов
16.	Круги полировальные гибкие для бормашин	шт.	1 на 2 каркаса
17.	Фильцы	шт.	1 на 20 каркасов
18.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 15 каркасов
19.	Щетки нитяные	шт.	1 на 30 каркасов
20.	Паста полировочная	г	10,0
21.	Тигли для плавки	шт.	1 на 50 каркасов
	Примечание:		

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
	- расход материалов на изготовление базиса бюгельного протеза определяется по нормам расхода «на один зуб в съёмном протезе»		
<b>На один каркас при моделировании на огнеупорной модели:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	450
2.	Гипс высокопрочный	г	150
3.	Воск	г	17,0
4.	Масса огнеупорная для моделей и форм	г	300
5.	Масса дубликатная	г	100
6.	Сплав кобальтохромовый	г	60,0
7.	Едкий натрий	г	150 на 1 каркас
8.	Электрокорунд	г	100
9.	Круги-диски прорезные Ø 150мм	шт.	1 на 5 каркасов
10.	Круги прорезные Ø 40мм	шт.	1 на 5 каркасов
11.	Круги шлифовальные (карборундовые) для шлифмашин	шт.	1 на 10 каркасов
12.	Круги шлифовальные разного профиля для обработки КХС	шт.	4
13.	Головки фасонные шлифовальные для обработки КХС	шт.	5
14.	Головки алмазные	шт.	1
15.	Диски сепарационные вулканитовые	шт.	5
16.	Круги шлифовальные эластичные для шлиф-машин	шт.	1 на 5 каркасов
17.	Круги шлифовальные гибкие для бормашин	шт.	1
18.	Фильцы	шт.	1 на 15 каркасов
19.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 10 каркасов
20.	Щетки нитяные	шт.	1 на 20 каркасов
21.	Паста полировочная	г	15,0

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
22.	Тигли для плавки	шт.	1 на 10 каркасов
	Примечание: - расход материалов на изготовление базиса бюгельного протеза определяется по нормам расхода «на один зуб в съемном протезе»; - при изготовлении первого слоя антагонизирующей модели из высокопрочного гипса расход высокопрочного гипса – 50 г на одну модель; - норма расхода массы огнеупорной дана при безопасном способе формовки. На формовку в металлическую кювету (опоку) дополнительный расход массы огнеупорной – 200 г на один каркас; - при электролитической полировке расход электролита – 20 мл на один каркас.		
<b>Г. ПРОТЕЗЫ ИЗ ФАРФОРА И МЕТАЛЛОКЕРАМИКИ</b>			
<b>На одну фарфоровую коронку:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	350
2.	Гипс высокопрочный	г	5,0
3.	Лак изоляционный	г	1,5 на 25 коронок
4.	Спирт этиловый	г	1,5
5.	Глицерин	г	1,0
6.	Краситель	г	1,0 на 25 коронок
7.	Масса фарфоровая	г	2,0
8.	Кисточки	шт.	1 на 50 коронок
9.	Головки алмазные	шт.	1 на 20 коронок
<b>На одну металлокерамическую коронку или зуб:</b>			
1.	Гипс медицинский	г	250
2.	Гипс высокопрочный	г	100
3.	Воск	г	5,0
4.	Пленка компенсационная (в пластинках)	шт.	10 на 4

№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
			коронки
5.	Лак компенсационный	г	2,0 на 5 коронок
6.	Лак изоляционный	г	3,0 на 25 зубов
7.	Лак сепарационный	г	1,5 на 10 зубов
8.	Спирт этиловый	г	2,0
9.	Сплав кобальтохромовый	г	4,0
10.	Масса огнеупорная формовочная	г	50,0
11.	Электрокорунд	г	5,0
12.	Пемза-минутник (порошок)	г	5,0
13.	Паста полировочная	г	1,0
14.	Масса фарфоровая	г	2,0
15.	Кисточки	шт.	1 на 50 зубов
16.	Круги-диски прорезные Ø 150мм	шт.	1 на 35 зубов
17.	Круги прорезные Ø 40мм	шт.	1 на 35 зубов
18.	Круги шлифовальные разного профиля для обработки КХС	шт.	1 на 15 зубов
19.	Диски сепарационные вулканитовые	шт.	1 на 10 зубов
20.	Головки фасонные шлифовальные для обработки КХС	шт.	1 на 3 зуба
21.	Головки алмазные	шт.	1 на 10 зубов
22.	Диски алмазные	шт.	1 на 10 зубов
23.	Круги шлифовальные эластичные для шлифмашин	шт.	1 на 50 зубов
24.	Круги полировальные гибкие для бормашин	шт.	1 на 10 зубов
25.	Фильцы	шт.	1 на 250 зубов
26.	Щетки щетинные зуботехнические	шт.	1 на 50 зубов
27.	Щетки нитяные	шт.	1 на 250 зубов
28.	Паста полировочная	г	1,0
29.	Тигли керамические	шт.	1 на 30 зубов
30.	Тигли графитовые	шт.	1 на 20



№ п/п	Наименование материалов и инструментов	Единица измерения	Расход на единицу измерения
1	2	3	4
			зубов
31.	Боры твердосплавные	шт.	1 на 10 зубов
	Примечание: - расход гипса высокопрочного рассчитан на первый слой рабочей и антагонизирующей моделей независимо от количества		
<b>Д. НЕСЪЕМНЫЕ ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ ПРОТЕЗЫ</b>			
<b>На одну цельнолитую коронку или зуб, облицованные пластмассой:</b>			
1.	Пластмасса для облицовки	г	2,0
2.	Спирт этиловый	г	1,0
3.	Лак ретенционный	г	1,5 на 10 зубов
4.	Шарики ретенционные	шт.	15
	Примечание: - на изготовление металлической части одной цельнолитой коронки или зуба расходуются материалы по нормативам подраздела «на одну металлокерамическую коронку или зуб», за исключением материалов, указанных в п.п. 7, 8, 12, 14.		

Применение современных технологий лечения в ортопедической стоматологии предъявляет новые требования к материально-техническому обеспечению лечебно-диагностического процесса [6].

В монографии В. Д. Вагнер, В. М. Семенюк, О. В. Чекунов «Путеводитель по стоматологии ортопедической» (2004) приводятся нормы расходных материалов по ортопедической стоматологии, рассчитанные к.э.н. М. Б. Кузьминой и соавт.

Нормы рассчитаны на базе отдела ортопедической стоматологии ЦНИИС (руководитель отдела д.м.н., проф. А. Н. Ряховский). Авторы считают, что они пригодны для учета и списания материалов в лечебно-профилактических учреждениях любой формы собственности.

При учете своего труда врачи-стоматологи-ортопеды пользуются «Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)» (см. табл. 11).

**Классификатор основных стоматологических  
лечебно-диагностических мероприятий и технологий,  
выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)**

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
<b>5. Виды работ на ортопедическом приеме</b>				
5	1	Укрепление коронки с применением цемента	0,50	1,50
5	2	Укрепление коронки с применением фотополимеров	1,50	4,50
5	3	Коррекция протеза	0,50	1,50
5	4	Индивидуальная ложка	4,00	12,00
5	5	Починка протеза	0,50	1,50
5	6	Контрольная модель	0,50	1,50
5	7	Коронка металлическая (штампованная)	1,00	3,00
5	8	Оклюзионная накладка в мостовидном протезе	0,20	0,50
5	9	Коронка пластмассовая	1,50	4,50
5	10	Коронка пластмассовая с послойной моделировкой	2,00	6,00
5	11	Коронка комбинированная	1,50	4,50
5	12	Коронка телескопическая	2,00	6,00
5	13	Коронка бюгельная	1,00	3,00
5	14	Коронка цельнолитая	4,00	12,00
5	15	Коронка металлоакриловая (на цельнолитом каркасе)	8,00	24,00
5	16	Коронка металлоакриловая (на штампованном колпачке)	6,00	18,00
5	17	Коронка металлокерамическая	8,00	24,00
5	18	Коронка фарфоровая	8,00	24,00
5	19	Коронка Рокатек, Таргис, Артглас	8,00	24,00
5	20	Спайка, лапка	0,20	0,50
5	21	Лапка	0,20	0,50
5	22	Зуб пластмассовый	1,00	3,00
5	23	Зуб металлоакриловый	4,00	12,00
5	24	Зуб металлокерамический	6,00	18,00

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
5	25	Зуб Рокатек, Таргис, Артглас	6,00	18,00
5	26	Зуб литой металлический	0,50	1,50
5	27	Литое звено	0,50	1,50
5	28	Штифтовая конструкция	4,00	12,00
5	29	Простой штифтовый зуб	1,50	4,50
5	30	Фасетка	1,00	3,00
5	31	Вкладка	4,00	12,00
5	32	Полный съемный протез	3,00	9,00
5	33	Перебазировка съемного протеза	2,00	6,00
5	34	Перебазировка одной единицы несъемной конструкции	0,20	0,50
5	35	Эластическая подкладка	1,00	3,00
5	36	Частичный съемный протез	4,00	12,00
5	37	Накусочная пластинка	2,00	2,00
5	38	Боксерская шина	3,00	3,00
5	39	Бюгельный протез	6,00	18,00
5	40	Замок в бюгельном протезе отечественный	2,00	6,00
5	41	Замок в бюгельном протезе импортный	4,00	12,00
5	42	Сложно-челюстной протез	6,00	18,00
5	43	Подготовка канала под штифт	2,00	6,00
5	44	Восстановление культи зуба композитом с применением поста	4,00	12,00
5	45	Снятие 2 оттисков альгинатных	0,50	1,50
5	46	Снятие 2 оттисков силиконовых	1,00	3,00
5	47	Реставрация одной металлокерамической единицы фотополимерами (прямым способом)	2,00	6,00
5	48	Реставрация фасетки композитами (прямым способом)	2,00	6,00
5	49	Пришлифовка бугров (4 зуба)	1,00	3,00
5	50	Снятие цельнолитой коронки	0,40	1,00
5	51	Снятие искусственной коронки	0,25	0,80

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
5	52	Консультация	1,00	3,00
<b>6. Виды зуботехнических работ</b>				
6	1	Коронка металлическая (штампованная)	1,00	1,00
6	2	Коронка пластмассовая	2,00	2,00
6	3	Коронка комбинированная сложная	3,00	3,00
6	4	Коронка комбинированная	3,00	3,00
6	5	Коронка металлоакриловая	8,00	8,00
6	6	Коронка Рокатек, Таргис, Артглас	8,00	8,00
6	7	Коронка металлокерамическая	10,00	10,00
6	8	Коронка фарфоровая	10,00	10,00
6	9	Коронка цельнолитая	4,00	4,00
6	10	Коронка бюгельная	1,50	1,50
6	11	Зуб пластмассовый простой	1,00	1,00
6	12	Зуб пластмассовый сложный	1,50	1,50
6	13	Зуб металлоакриловый	8,00	8,00
6	14	Зуб металлокерамический	10,00	10,00
6	15	Зуб Рокатек, Таргис, Артглас	8,00	8,00
6	16	Зуб литой (металлический)	1,00	1,00
6	17	Фасетка	3,00	3,00
6	18	Штифтовый зуб	2,00	2,00
6	19	Штифтовая конструкция	4,00	4,00
6	20	Лапка 3 шт.	1,00	1,00
6	21	Спайка (одна)	0,50	0,75
6	22	Звено 4 шт.	1,00	1,00
6	23	Индивидуальная ложка	2,00	2,00
6	24	Полный съемный протез	10,00	10,00
6	25	Изоляция торуса	0,30	0,30
6	26	Двухслойный базис (эластическая подкладка)	1,50	1,50
6	27	Полный протез с фарфоровыми зубами	12,00	12,00
6	28	Частичный съемный протез	8,00	3,00
6	29	Частичный съемный протез с фарфоровыми зубами	10,00	10,00
6	30	Бюгельный каркас	11,00	11,00

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
6	31	Литой базис	10,00	10,00
6	32	Зуб литой в бюгельном протезе	1,00	1,00
6	33	Фасетка в бюгельном протезе	1,50	1,50
6	34	Ответвление в бюгеле	0,50	0,50
6	35	Армированная дуга (литая)	5,00	5,00
6	36	Седло	2,00	2,00
6	37	Ограничитель базиса	0,50	0,50
6	38	Литой кламмер (опорно-удерживающий)	1,00	1,00
6	39	Кламмер Роуча	1,50	1,50
6	40	Окклюзионная накладка в мостовидном протезе	0,30	0,30
6	41	Контрольные модели	0,20	0,20
6	42	Починка перелома базиса базисной пластмассой	2,00	1,75
6	43	Починка двух переломов базиса базисной пластмассой	2,00	2,00
6	44	Перебазировка съемного протеза лабораторным методом	1,50	1,50
6	45	Приварка одного кламмера	2,00	2,00
6	46	Приварка одного зуба и одного кламмера	2,50	2,50
6	47	Приварка одного зуба	2,00	0,10
6	48	Приварка двух кламмеров	2,25	2,25
6	49	Съемная пластинка из пластмассы без элементов (накусочная пластинка)	4,50	4,50
6	50	Каждый элемент	0,75	0,75
6	51	Кламмер гнутый из стальной проволоки	0,75	0,75
6	52	Боксерская шина	4,00	4,00
6	53	Контрольная модель с оформлением цоколя		0,45
6	54	Коронка ортодонтическая		1,00
6	55	Кольцо ортодонтическое		1,40
6	56	Спайка		0,15
6	57	Ортодонтическая пластинка базисная без элементов		1,75

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
6	58	Кламмер круглый		0,15
6	59	Кламмер Адамса		0,20
6	60	Пелот на металлическом каркасе		1,00
6	61	Дуга вестибулярная		0,40
6	62	Дуга вестибулярная с дополнительными изгибами		1,05
6	63	Пружина		0,35
6	64	Установка винта		0,41
6	65	Пластинка вестибулярная		2,75
6	66	Пластинка с окклюзионными накладками		3,20
6	67	Пластинка с заслоном для языка (без кламмеров)		2,25
6	68	Аппарат Андресена-Гойпля		4,60
6	69	Аппарат Френкеля		9,57
6	70	Аппарат Брюкля		2,53
6		Починка аппарата		
6	71	а) перелом базиса		0,76
6	72	б) замена элемента (крепление)		1,53
6	73	в) замена (крепление) двух элементов		1,70
6		Изготовление Осаму-ретейнера		
6	74	а) по стандартным моделям		2,35
6	75	б) по Set-up		4,75
6		Изготовление элайнера		
6	76	а) по стандартным моделям		1,91
6	77	б) по Set-up		4,25
6		Изготовление позиционера		
6	78	а) по стандартным моделям		2,55
6	79	б) по Set-up		4,95

Примечание: на ортопедическом приеме за 1 УЕТ принят объем работы врача, необходимый при изготовлении одной металлической коронки (штампованной). При изготовлении зубных протезов из драгоценных металлов применяется по всем видам работ повышающий коэффициент – 1,3.

**Приказом МЗ СССР «Об утверждении Инструкции о порядке использования и учета стоматологическими учреждениями драгоценных**

**металлов для зубного протезирования» от 11.02.72г. № 107** утверждена инструкция, которая регламентирует расчеты с пациентами, обмен старых золотых зубных протезов, монет и опилок на зуботехнические полуфабрикаты, сбор и сдачу отходов, оформление заказов и учет драгоценных металлов, медико-технические требования, предъявляемые к протезам из золота, порядок их переделки. Этой инструкцией утверждаются формы учетно-отчетной документации. По мнению В. Д. Вагнера и соавт. (2009) данная инструкция является устаревшей. Проводится работа над проектом новой Инструкции по работе с драгоценными металлами.

При работе с благородными металлами в лаборатории должны быть аналитические весы и золотопылеуловители. Для изготовления штампованных коронок необходимо иметь пресс винтовой, аппарат для калибровки гильз «Самсон», аппарат для пайки, аппарат для штамповки коронок. В полимеризационной комнате устанавливается электронагревательная плитка. При отсутствии централизованной подачи сжатого воздуха приобретается необходимое количество компрессоров.

**Приказом Министерства здравоохранения СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических и зубопротезных отделений больничных поликлиник» от 04.02.50г. № 87** (Приложение 2) определены нормы нагрузки на одного врача-протезиста в производственных зубопротезных единицах в год: при работе со смотровым врачом в среднем 2150 (минимум 1950, максимум 2300 – в зависимости от стажа работы); при работе без смотрового врача в среднем 1950 (минимум 1750, максимум 2100) и нормы расчета производственных зубопротезных единиц для врача. Известно, что в настоящее время в государственной системе здравоохранения до сих пор при планировании руководствуются этими нормативами.

В целях дальнейшего совершенствования ортопедической помощи населению и внедрения в практику методов лечения с использованием имплантатов **Приказом МЗ СССР «О мерах по внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов» от 04.03.86г. № 310** в штаты стоматологических учреждений в пределах общей численности должностей вводятся должности стоматолога-хирурга, стоматолога-ортопеда, двух зубных техников и операционной медицинской сестры в отделение имплантологии.

**Приказом МЗ СССР «О дополнении единых ведомственных норм времени и расценок на зуботехнические работы» от 14.10.1987г. № 767** утверждены нормы времени и расценки на зуботехнические работы по изготовлению имплантатов.

Опыт работы крупных стоматологических поликлиник показывает, что оптимальной формой организации ортопедического приема является выделение смотрового кабинета или дежурного врача. Высококвалифицированный специалист смотрового кабинета проводит опрос и осмотр пациента, направленного из регистратуры, а также по показаниям назначает дополнительные методы обследования, и при наличии подготовленной полости рта к протезированию назначает к соответствующему ортопеду. Врач

смотрового кабинета также сам может оказать ортопедическую помощь пациенту (снять старые зубные протезы, провести коррекцию съемного протеза, подогнуть или отогнуть кламмер, дать совет пациенту по уходу за полостью рта). При отсутствии смотрового кабинета или дежурного врача больной из регистратуры направляется к конкретному специалисту согласно расписанию. Заведующий отделением составляет расписание работы врачей-ортопедов таким образом, чтобы каждый из них принимал ежедневно двух-трех первичных пациентов. Работает ортопедическое отделение обычно в две смены по принципу утро-вечер с чередованием через день. К назначению повторных больных надо подходить рационально, равномерно распределяя их в течение рабочего дня. Больных требующих особого внимания, или имеющих значительный объем препарирования зубов лучше назначать в начале смены.

Для качественной работы отделения ортопедической стоматологии необходимы правильное планирование объемов работы, контроль выполнения плана, своевременный сбор информации о проведенной работе за определенный период времени, анализ результатов работы.

#### ***1.1.2.5. Отделение детской стоматологии***

Структурной единицей детской стоматологической поликлиники является стоматологическое отделение (кабинет). Порядок его организации был утвержден **Приказом Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации «Порядок оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009г. № 946н.**

#### **Положение об организации деятельности детского стоматологического отделения (кабинета)**

(Приложение № 10 к Приказу Минздравсоцразвития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н)

1. Настоящее Положение регулирует деятельность детского стоматологического отделения (кабинета) в организации, оказывающей медицинскую помощь детям.

2. Структура и штатная численность медицинского и иного персонала детского стоматологического отделения (кабинета) утверждается руководителем медицинской организации в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической работы.

3. Деятельность детского стоматологического отделения (кабинета) направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение детей с болезнями челюстно-лицевой области.

4. Стоматологическая помощь детям, оказываемая в детских стоматологических отделениях (кабинетах) медицинских организаций, включает:



- организацию лечебно-диагностического процесса детям, страдающим стоматологическими заболеваниями;

- организацию и проведение в плановом порядке профилактических осмотров и санации полости рта детей, в т. ч. в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования;

- диспансерное наблюдение за детьми с патологией зубочелюстной системы и анализ его эффективности с оценкой уровня стоматологического здоровья детей;

- выявление детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов с последующим их направлением к врачу-ортодонту в детскую стоматологическую поликлинику;

- направление детей на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения и федеральные учреждения, оказывающие стоматологическую помощь детям;

- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области у детей;

- проведение санитарно-гигиенического обучения населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, педагогического персонала школ и дошкольных учреждений, родителей с использованием средств массовой информации.

Стандарты оснащения отделений и кабинетов детской стоматологической поликлиники определены в Приложении № 7 вышеуказанного приказа (см. табл. 12-19).

Таблица 12

### 1. Стандарт оснащения терапевтического отделения (кабинета)

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
1.	Автоклав для стерилизации наконечников	1
2.	Аппарат для диагностики кариеса фиссур	1
3.	Аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)	1
4.	Аппарат для заточки инструментов	1
5.	Базовый набор инструментов для осмотра	10 на 1 рабочее место
6.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)	1
7.	Диатермокоагулятор стоматологический	1
8.	Инструменты и материалы для пломбирования	по требованию
9.	Инструменты и материалы для эндодонтии	по требованию
10.	Инструменты режущие	2 набора на 1 кресло
11.	Инъектор карпульный	2
12.	Камера для хранения стерильных инструментов	1

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
13.	Компрессор (если установка не укомплектована)	1
14.	Лампа бактерицидная	1
15.	Лампа для полимеризации	2
16.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях. Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных средств <*>.	1 набор на кабинет
17.	Наконечник стоматологический (прямой и угловой для микромотора, турбинный, эндодонтический)	6 на одно рабочее место
18.	Негатоскоп	1 на 3 кресла
19.	Прибор для очистки и смазки наконечников	1
20.	Прибор для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов	1
21.	Стерилизатор гласперленовый	1
22.	Рабочее место врача-стоматолога	1
23.	Установка стоматологическая универсальная (кресло, бормашина, гидроблок, светильник)	1

<\*> Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных средств по оказанию неотложной медицинской помощи комплектуется по отдельным синдромам с описью и инструкцией по применению.

Таблица 13

## 2. Стандарт оснащения ортодонтического отделения

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
1.	Автоклав для наконечников	1
2.	Аппарат для дезинфекции оттисков	1 на кабинет
3.	Аппарат контактной сварки	1
4.	Артикулятор с лицевой дугой	1
5.	Базовый набор инструментов для осмотра	10 наборов на 1 рабочее место
6.	Биксы	2 на один кабинет
7.	Инструменты	10 на одно рабочее место
8.	Инъектор карпульный	6 на одно рабочее место
9.	Камера для хранения стерильных инструментов	1
10.	Комплект для позиционирования лингвальных брекетов	по требованию

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
11.	Компрессор (если установка не укомплектована)	1 на каждое рабочее место или общий на отделение
12.	Контейнеры для изготовленных аппаратов, силиконовых ложек с позиционированными лингвальными брекетами	1 на кабинет
13.	Лампа бактерицидная	1
14.	Лампа для полимеризации	1 на одно рабочее место
15.	Медицинский инструментарий (режущие, ротационные инструменты)	10 наборов на одно рабочее место
16.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях. Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных средств	1 на кабинет
17.	Набор диагностических приборов и инструментов	1 набор приборов на один кабинет
18.	Набор инструментов для несъемной аппаратуры	10 наборов на одно рабочее место
19.	Набор инструментов для съемной аппаратуры	10 наборов на одно рабочее место
<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
20.	Набор щипцов ортодонтических и зажимов	20 наборов на одно рабочее место
21.	Наборы инструментов для работы с металлическими коронками и кольцами	4 набора на одно рабочее место
22.	Наконечник стоматологический (прямой и угловой для микромотора, турбинный)	6 на одно рабочее место
23.	Негатоскоп	1
24.	Оборудование и приспособления для работы с гипсом и оттискными материалами	по требованию
25.	Стерилизатор гласперленовый	1 на одно рабочее место
26.	Стерилизатор суховоздушный	1 на один кабинет (при отсутствии ЦСО)
27.	Рабочее место врача-стоматолога	1

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
28.	Установка стоматологическая универсальная	1

Таблица 14

### 3. Стандарт оснащения мобильного стоматологического кабинета

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
1.	Аппарат для диагностики кариеса фиссур	1
2.	Базовый набор инструментов для осмотра	20
3.	Биксы для стерильного материала	4
4.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)	1
5.	Емкости для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов	5
6.	Инструменты и материалы для пломбирования	по требованию
7.	Инструменты и материалы для эндодонтии	по требованию
8.	Инструменты режущие	по требованию
9.	Иньектор карпульный	2
10.	Камера для хранения стерильных инструментов	1
11.	Коагулятор стоматологический	1
12.	Лампа бактерицидная	1
13.	Лампа для полимеризации	1
14.	Набор инструментов и медикаментов для снятия зубных отложений	5
15.	Наконечник стоматологический (прямой и угловой для микромотора, турбинный, эндодонтический)	6 штук на 1 рабочее место
16.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях. Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных средств <*>	1
17.	Прибор для очистки и смазки наконечников	1
18.	Радиовизиограф	1
19.	Стерилизатор гласперленовый	1
20.	Рабочее место врача-стоматолога	1
21.	Стоматологический инструментарий	
22.	Установка стоматологическая универсальная	1

**4. Стандарт оснащения ортодонтической зуботехнической лаборатории**

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
1.	Аппарат для вертикального разрезания моделей	1
2.	Аппарат для горячей полимеризации пластмассы	1
3.	Аппарат для лазерной сварки	1
4.	Аппарат для электропневмовакuumного штампования	1
5.	Вибростол	1
6.	Воскотопка	1
7.	Горелка с подводом газа или спиртовка, электрошпатель	1 на одно рабочее место
8.	Инструменты стоматологические	по требованию
9.	Набор инструментов и материалов для фиксации ортодонтических аттачменов	1 на одно рабочее место
10.	Керамическая печь	1
11.	Компрессор для полимеризатора	1
12.	Компрессор дополнительный	1
13.	Литейная установка	1
14.	Миксер – вакуумный смеситель для паковочной массы	1
15.	Миксер – вакуумный смеситель для гипса	1
16.	Миксер – вакуумный смеситель для силикона	1
17.	Муфельная печь для керамики	1
18.	Муфельная печь для прессованной керамики	1
19.	Набор инструментов для металлокерамических работ	1
20.	Наконечник для шлейф-машины	1 на одно рабочее место
21.	Оборудование для выполнения работ: гипсовочных, моделировочных, штамповочно-прессовочных, полимеризационных, паяльно-сварочных, литейных, отделочно-полировочных	комплект на каждое помещение
22.	Оборудование для изготовления ортодонтических аппаратов	1 комплект на одно рабочее место
23.	Оборудование для работы с несъемной техникой	1 комплект на одно рабочее место

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
24.	Оборудование для работы со съемной техникой	1 комплект на одно рабочее место
25.	Пескоструйные аппараты	2
26.	Печь для прессованной керамики под давлением	1
27.	Печь для световой полимеризации композиционных материалов	1
28.	Полимеризатор для холодной полимеризации пластмассы	1
29.	Пресс	1
30.	Рабочее место зубного техника	1 на одно рабочее место
31.	Сверлильный аппарат для вклеивания штифтов	1
32.	Формирователи цоколей контрольных моделей	2 на одно рабочее место
33.	Электрическая шлейф-машина	1 на одно рабочее место

Таблица 16

**5. Стандарт оснащения детского хирургического отделения  
(кабинета) стоматологической поликлиники**

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
1.	Аспиратор вакуумный электрический	1
2.	Базовый набор инструментов для осмотра	10 на 1 рабочее место
3.	Базовый набор инструментов для перевязки	10 на 1 рабочее место
4.	Биксы со стерильным материалом	4
5.	Инструменты стоматологические	по требованию
6.	Инъектор карпульный	10
7.	Камера для хранения стерильных инструментов	1
8.	Коагулятор	1
9.	Лампа бактерицидная	1
10.	Лампа бактерицидная (переносная)	1

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
11.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях. Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных средств	1
12.	Наконечник стоматологический (прямой и угловой для микромотора, турбинный)	6 на 1 рабочее место
13.	Негатоскоп	1
14.	Светильник бестеневого хирургический	1
15.	Рабочее место врача-стоматолога	1
16.	Установка стоматологическая универсальная	1

Таблица 17

### 6. Стандарт оснащения физиотерапевтического кабинета

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
1.	Аппарат для низкочастотной терапии	1
2.	Аппарат для электрофореза	1
3.	Аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы	1
4.	Аппарат для лазеротерапии	1
5.	Аппарат для депофореза	1
6.	Диатермокоагулятор стоматологический	1
7.	УВЧ	1
8.	УФО	1

Таблица 18

### 7. Стандарт оснащения стерилизационного блока

<b>№</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
1.	Автоклав	1
2.	Аквадистиллятор	1
3.	Бактерицидная лампа	3
4.	Гласперленовый стерилизатор	3
5.	Емкости и средства для дезинфицирующих и моющих растворов	10

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
6.	Емкости и упаковка для транспортировки инструментов и материалов	1
7.	Машина упаковочная	1
8.	Сухожаровой стерилизатор	1

Таблица 19

### 8. Стандарт оснащения рентгенологического кабинета

№	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
1.	Дентальный аппарат	1
2.	Негатоскоп	1
3.	Ортопантомограф с телерентгенографической приставкой	1
4.	Радиовизиограф	1
5.	Средства защиты	по требованию

### Положение об организации деятельности стоматологического кабинета в образовательных учреждениях (Приложение № 8 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 946н)

1. Настоящее Положение регулирует деятельность стоматологического кабинета в образовательных учреждениях по организации стоматологической помощи детям в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования.

2. Стоматологическая помощь обучающимся оказывается в стоматологических кабинетах образовательных учреждений врачами-стоматологами детскими и гигиенистами стоматологическими детских стоматологических поликлиник или отделений (кабинетов) детских поликлиник.

При отсутствии стоматологических кабинетов в образовательных учреждениях стоматологическая помощь обучающимся оказывается в детских стоматологических поликлиниках или стоматологических отделениях (кабинетах) детских поликлиник.

3. Врач-стоматолог детский и гигиенист стоматологический, оказывающие стоматологическую помощь обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях, подчиняются заведующему профилактическим отделением детской стоматологической поликлиники, детского стоматологического



отделения лечебно-профилактического учреждения стоматологического отделения детского лечебно-профилактического учреждения.

4. Стоматологический кабинет в образовательных учреждениях осуществляет следующие функции:

- профилактическую, лечебную и санитарно-просветительскую работу;
- проведение профилактических осмотров;
- методическое обеспечение рационального питания детей с целью профилактики стоматологических заболеваний;
- выявление детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и предпосылками их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов с направлением к врачу-ортодонт в детскую стоматологическую поликлинику, федеральные учреждения, оказывающие стоматологическую помощь детям;
- проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний с обучением детей рациональной гигиене полости рта, включая проведение с педагогическим персоналом уроков здоровья;
- взаимодействие с детской многопрофильной и детской стоматологической поликлиникой (отделением) по вопросам профилактики и диспансерного наблюдения детей со стоматологическими заболеваниями;
- осуществление гигиенического образования и воспитания обучающихся и их родителей;
- взаимодействие с медицинским персоналом, администрацией и педагогическим коллективом общеобразовательного учреждения, врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами учреждений здравоохранения по вопросам охраны и укрепления здоровья обучающихся и воспитанников;
- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;
- предоставление информации о деятельности (общих результатов профилактических осмотров, данных о состоянии стоматологического здоровья обучающихся и воспитанников и предложений по организации мероприятий, направленных на укрепление здоровья) руководству образовательного учреждения;
- внедрение в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями, и проведение анализа эффективности их применения.

5. Оказание стоматологической помощи обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях включает следующие этапы:

- оказание медицинской помощи при неотложных стоматологических состояниях;
- оказание плановой первичной медико-санитарной помощи по стоматологическому профилю;
- оказание плановой профилактической стоматологической помощи;
- проведение плановых профилактических медицинских осмотров обучающихся;

- санация полости рта обучающихся;
- направление обучающихся, воспитанников со стоматологическими заболеваниями в необходимых случаях на консультацию и лечение в стоматологические поликлиники и стационары;
- диспансерное наблюдение обучающихся детей со стоматологическими заболеваниями в пределах своей компетенции;
- проведение санитарно-гигиенического образования по вопросам профилактики стоматологических заболеваний;
- в случае выявления в стоматологическом кабинете образовательного учреждения осложненного кариеса, заболеваний пародонта, пороков развития, травмы зубов, заболеваний слизистой оболочки рта больной направляется в детскую стоматологическую поликлинику, детское стоматологическое отделение медицинской организации или федерального учреждения, оказывающих стоматологическую помощь детям.

Оказание медицинской помощи детям в стоматологическом кабинете образовательных учреждений на доврачебном этапе (санитарно-просветительская работа, обучение рациональной гигиене полости рта и контроль уровня гигиены, оценка состояния зубов, слизистой оболочки рта, пародонта, раннее выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний и их профилактика) осуществляет гигиенист стоматологический.

6. Оснащение стоматологического кабинета в образовательном учреждении осуществляется в соответствии со Стандартом оснащения стоматологического кабинета в образовательных учреждениях согласно приложению № 9 к Порядку оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями, утвержденному настоящим Приказом (см. табл. 20).

Таблица 20

**Стандарт оснащения стоматологического кабинета в образовательных учреждениях (Приложение № 9 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2009г. № 946н)**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария</b>	<b>Количество</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	Аппарат для диагностики кариеса фиссур	1
2.	Аппарат для заточки инструментов	1
3.	Базовый набор инструментов для осмотра	10
4.	Биксы для стерильного материала	4
5.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)	1
6.	Емкость для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов	1

№ п/п	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Количество
1	2	3
7.	Инструменты и материалы для пломбирования кариозных полостей и герметизации фиссур	по требованию
8.	Инструменты режущие	по требованию
9.	Инъектор карпульный	5
10.	Камера для хранения стерильных инструментов	1
11.	Компрессор (если установка не укомплектована)	1
12.	Кресло стоматологическое (если установка не укомплектована)	1
13.	Лампа бактерицидная	1
14.	Лампа для полимеризации	1
15.	Набор инструментов и медикаментов для снятия зубных отложений	5
16.	Наконечник стоматологический (прямой и угловой для микромотора, турбинный с фиброоптикой, турбинный без фиброоптики, эндодонтический)	6 на 1 рабочее место
17.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях. Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных средств	1
18.	Прибор для очистки и смазки наконечников	1
19.	Светильник стоматологический	1
20.	Стерилизатор гласперленовый	1
21.	Стерилизатор суховоздушный	1
22.	Рабочее место врача-стоматолога	1
23.	Установка стоматологическая универсальная	1

7. Штатные нормативы врачебного, среднего и младшего медицинского персонала стоматологического кабинета в образовательных учреждениях утверждаются руководителем детской медицинской организации с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно Приложению № 2 к Порядку оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями, утвержденному настоящим Приказом.

В многопрофильных больницах могут быть открыты детские отделения челюстно-лицевой хирургии. Положение об организации деятельности детского отделения челюстно-лицевой хирургии многопрофильной больницы утверждено в Приложении № 11 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2009г. № 946н.

**Положение об организации деятельности детского отделения  
челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность детского отделения челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице.

2. Структура и штатная численность медицинского и другого персонала детского отделения челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице определяется в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и утверждается руководителем медицинской организации, в составе которого оно создано.

3. Детское отделение челюстно-лицевой хирургии создается на базе многопрофильной больницы, относящейся к государственной или муниципальной системе здравоохранения и оказывающей медицинскую помощь детям с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями, острой травмой, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями, онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.

4. Детское отделение челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице осуществляет следующие функции:

- оказание специализированной диагностической и лечебной помощи детям с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями, острой травмой, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями, онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области;

- внедрение современных технологий диагностики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области у детей, разрешенных к применению в установленном порядке;

- проведение санитарно-просветительской работы среди населения с использованием средств массовой информации;

- анализ стоматологической заболеваемости детей и разработка мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;

- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

5. Оснащение детского челюстно-лицевого отделения в многопрофильной больнице медицинским оборудованием и расходным материалом осуществляется в соответствии со Стандартом оснащения детского отделения челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице согласно приложению № 13 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2009г. № 946н. (см. табл. 21).

Таблица 21

**Стандарт оснащения детского отделения  
челюстно-лицевой хирургии в многопрофильной больнице**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование</b>	<b>Количество</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	Автоклав для стерилизации наконечников	1

№ п/п	Наименование	Количество
1	2	3
2.	Аспиратор вакуумный электрический	1
3.	Базовый набор инструментов для осмотра	10
4.	Базовый набор инструментов для перевязки	10
5.	Бикс со стерильным материалом	4
6.	Бормашина портативная	1
7.	Инструментарий стоматологический	по требованию
8.	Инъектор карпульный	4
9.	Камера для хранения стерильных инструментов	2
10.	Коагулятор	2
11.	Лампа бактерицидная	4
12.	Лампа бактерицидная (переносная)	2
13.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях	2
14.	Наконечник стоматологический (прямой и угловой для микромотора, прямой со «страйт» пилой, турбинный)	6 на одно рабочее место
15.	Негатоскоп	2
16.	Светильник бестеновой хирургический	1
17.	Рабочее место врача-стоматолога	1
18.	Установка стоматологическая универсальная	1
19.	Штатив медицинский (инфузионная стойка)	1 шт. на 2 койки

**Положение об организации деятельности врача челюстно-лицевого хирурга по оказанию медицинской помощи детям (Приложение № 12 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2009г. № 946н)**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность врача челюстно-лицевого хирурга по оказанию медицинской помощи детям в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

2. Профессиональную деятельность в должности врача челюстно-лицевого хирурга осуществляет специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009г., регистрационный № 14292), по специальности «челюстно-лицевая хирургия».

3. Врач челюстно-лицевой хирург осуществляет свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

4. Врач челюстно-лицевой хирург подчиняется руководителю учреждения здравоохранения, его заместителю и заведующему профильным отделением.

6. Врач челюстно-лицевой хирург детского отделения челюстно-лицевой хирургии осуществляет диагностику и хирургическое лечение с применением новых медицинских технологий, разрешенных к применению в установленном порядке, следующих заболеваний челюстно-лицевой области у детей:

- воспалительных заболеваний одонтогенного и неодонтогенного происхождения, остеомиелита, воспаления челюстных и лицевых костей и мягких тканей лица и шеи, проявляющиеся флегмонами поверхностных и глубоких тканевых пространств;

- повреждений челюстных костей, переломов мышечковых отростков, костей носа, повреждений скулоорбитального комплекса, сопровождающихся реконструкцией костей лица;

- анкилозов височно-нижнечелюстного сустава с применением эндопротезирования и компрессионно-дистракционного остеосинтеза;

- повреждений мягких тканей головы, лица и шеи любой этиологии с реконструктивно-восстановительными действиями;

- опухолей мягких тканей головы, шеи, челюстных и лицевых костей с последующими пластическими операциями, возмещающими дефекты и деформации указанных анатомических областей;

- всех видов врожденной патологии мягких тканей лица и шеи, костей лица и синдромов с проявлением в челюстно-лицевой области.

7. Врач челюстно-лицевой хирург осуществляет:

- оказание неотложной стоматологической помощи хирургического профиля детям в условиях стационара;

- оценку работы среднего и младшего медицинского персонала;

- ведение учетной и отчетной медицинской документации, предусмотренной законодательством, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке.

В целях повышения качества оказания стоматологической помощи детскому населению был издан Приказ МЗ РФ «**Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями**» от **30.12.2003г. № 620**.

Протокол ведения больных, по мнению В. Г. Бутовой и соавт. (2009), представляет собой алгоритм действий, необходимых для диагностики и лечения определенной нозологической формы заболевания. В нем представлена интерпретация услуг, направленных на устранение клинических проявлений выявленного заболевания, с фиксированными критериями качества их оказания. Регламентация и контроль диагностики, лечения стоматологических заболеваний осуществляются на основе стандартов и протоколов ведения больных. Эти документы регламентируют меры ответственности врачей и определяют пределы претензий пациента в случае возникновения конфликта.

Действия детских врачей-стоматологов, врачей-ортодонтонтов, челюстно-лицевых хирургов, регламентируемые Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении протоколов «Ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями» от 30.12.2003г. № 620, приводятся ниже в виде некоторых извлечений (см. табл. 22-24).

Раздел V. Профилактика и лечение кариеса, его осложнений, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта  
(извлечение из Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2003 г. № 620)

№ п/п	МКБ	Нозологическая форма	Диагностич. процедуры	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения		Критерии оценки
							стационар осл., неосл.	поликлиника осл., неосл.	
1.	K02.0 K02.9	Кариес зуба	<ol style="list-style-type: none"> <li>Сбор анамнеза.</li> <li>Осмотр полости рта первичного больного, определение индексов кпу(з), кпу(п), КПУ(з), КПУ(п), определение индекса гигиены.</li> <li>Рентгенография (внутриротовой контактный снимок, панорамная рентгенография челюстей, ортопантомограф и др.).</li> <li>ЭОД.</li> <li>Диагностическое использование кариес-маркеров, индикаторов зубного налета.</li> <li>Люминесцентная стоматоскопия.</li> <li>Определение элементного состава слюны, pH слюны.</li> <li>Анализ крови клинических.</li> <li>Исследование крови Са общ. и ионизированного.</li> <li>Анализ мочи клинических.</li> <li>Консультация врача-педиатра, врача-терапевта, эндокринолога, оториноларинголога, невропатолога, ревматолога, аллерголога, пульмонолога, нефролога, гастроэнтеролога, диетолога</li> </ol>	20  30 30		<p>Регулирование и коррекция характера питания. Поливитаминные, Са-содержащие препараты (Поливит, "Кальцинова", глюконат кальция, лактат кальция, «Фитин», кальция нукнат, «Кальцимакс», «Берокка», «Кальцевит» и др.). Обучение правилам гигиены полости рта. Контроль за гигиеной полости рта, удаление зубной бляшки (Радент, Нью чекмэн).</p> <p>Проведение реминерализующей терапии (кальция глюконат, ремодент, кальция трифторид, фторлак, натрия фторид, Ремогель, «BV»), Белака F, Флюолон, Флюокал, Сафорайд и др.). Антигиперкальцеолитическая обработка с образованием защитной пленки (Сафорайд). Профилактическое запечатывание фиссур (ФисСил, ФисСил-С, Гитэмйт F1, Фиссулайт, Дельтон С и др.).</p> <p>Препарирование кариозной полости. Медикаментозная обработка кариозной полости. Антигиперкальцеолитические средства (хлоргексидин и др.). Психологическая коррекция поведения ребенка (транквилизаторы, атаракс, аподиназепам и др.).</p>	<p>В зависимости от степени активности кариеса и сопутствующей патологии:</p> <p>по показ. 2-3 раза в год или каждые 2-3 мес.</p> <p>5-7 дн.</p> <p>3-4 дн.</p>	<p>Отсутствие жалоб больного и прогрессирования процесса.</p> <p>Стабилизация кариеса, пломбирование зубов с восстановлением их функций.</p> <p>Улучшение минерального обмена в организме</p> <p>бенка</p>	



**Раздел VI. Ортодонтия**  
**(извлечение из Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2003 г. № 620)**

№ п/п	МКБ	Нозологическая форма	Диагностич. процедуры	Процент участвующих в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения		Критерии оценки
							стандонар осл., неосл.	полнлннка осл., неосл.	
1.	K07.2 (0) K07.5	Дистальная окклюзия, ретрозая дизокклюзия	Опрос. Клиническое обследование. Осмотр лица. Антропометрическая диагностика формы и размеров зубных рядов во фронтальном и боковых участках зубных рядов. Диагностика положения и размеров верхней и нижней челюстей, их взаимоположение. Функциональная диагностика ВНЧС	100	1 раз в 2-3 недели	Нормализация смыкания зубных рядов, нормализация формы и размеров зубных рядов, их соотношение. Применение ортодонтических аппаратов (съёмных, несъёмных, одно- и двухчелюстных, внутри- и внеротовых для стимуляции роста нижней челюсти и задержки роста верхней челюсти). Сохранение размеров верхнего зубного ряда путем удаления зубов, зачатков зубов	2,5-3 года 1,5-2 года	Нормальное смыкание зубных рядов во фронтальном и боковых участках зубных рядов. Эстетика лица. Нормальная функция мышц височно-нижнечелюстных суставов и пародонта	
2.	K07.2 (1) K07.5	Мезиальная окклюзия, обривная ретрозая дизокклюзия	Опрос. Клиническое обследование. Осмотр лица. Антропометрическая диагностика формы и размеров зубных рядов во фронтальном и боковых участках зубных рядов. Диагностика положения и размеров верхней и нижней челюстей, их взаимоположение. Функциональная диагностика ВНЧС	100	1 раз в 2-3 недели	Нормализация формы и размеров зубных рядов. Нормализация окклюзии, увеличение размера и формы верхнего зубного ряда, верхней челюсти. Уменьшение размера нижнего зубного ряда и челюсти.	3-6 лет 2-4 года	Гармония лица, нормальное смыкание зубных рядов, нормальная функция	
3.	K07.2 (3) K07.5	Глубокая ретрозая окклюзия	Опрос. Клиническое обследование, антропометрическая диагностика размеров зубов, зубных рядов, определение вида окклюзии. Рентгенологическая диагностика размеров и положения челюстей. Функциональное исследование мышц, височно-нижнечелюстных суставов и пародонта.	100	1 раз в 2-3 недели	Ортодонтическое лечение направлено на стимуляцию роста верхней челюсти в боковых участках зубных рядов и задержку роста нижней челюсти во фронтальном участке. Используются аппараты функционального, механического действия, брекет-система.	2-3 года 1,5-2 года	Нормализация глубины перекрытия, создание бугорчатых контактов зубных рядов. Эстетика лица и нормализация функции.	

**Раздел VII. Челюстно-лицевая хирургия**  
**(извлечение из Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2003 г. № 620)**

№ п/п	МКБ	Нозологическая форма	Диагностич. процедуры	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения		Критерии оценки
							стационар осл., неосл.	поликлиника осл., неосл.	
1.	Q38.1	Короткая уздечка языка	Лабораторные: Клинический анализ крови с гемосиндромом. Клинический анализ мочи. Дополнительные: Изготовление и расчет моделей. Обследование у логопеда	100 100 100 100	1 раз в 7-10 дней 1 раз 1 раз	Хирургическое лечение: обезболивание – местная анестезия: 1) современные аппликационные анестетики: бензокаин, проромекан, Арома паста прорес, Гамейд и др.; 2) анестетики артикаинсодержащие. По показаниям проводится наркоз. Иссечение уздечки. Перевязки (2)	1 день	7-10 дней	Отсутствие уздечки
2.	Q38.6	Низкое приращение уздечки верхней губы	Лабораторные: Клинический анализ крови с гемосиндромом. Клинический анализ мочи. Дополнительные: Изготовление и расчет моделей. Обследование у логопеда	100 100 100 100	1 раз в 7-10 дней 1 раз 1 раз	Хирургическое лечение: обезболивание – местная анестезия: 1) современные аппликационные анестетики: бензокаин, проромекан, Арома паста прорес, Гамейд и др.; 2) анестетики артикаинсодержащие. По показаниям проводится наркоз. Иссечение уздечки. Перевязки (2-3)	1 день	2-3 недели	Отсутствие уздечки
3.	Q38.6	Мелкое преддверие рта (нижний свод)	Лабораторные: Клинический анализ крови с гемосиндромом. Клинический анализ мочи. Дополнительные: Изготовление и расчет моделей. Обследование у логопеда	100 100 100 100	1 раз в 7-10 дней 1 раз 1 раз	Хирургическое лечение: обезболивание – местная анестезия: 1) современные аппликационные анестетики: бензокаин, проромекан, Арома паста прорес, Гамейд и др.; 2) анестетики артикаинсодержащие. По показаниям проводится наркоз. Операция – углубление нижнего свода преддверия полости рта. Перевязки (4-5)	1 день	2 недели	Нижний свод преддверия полости рта достаточной глубины

Врач-стоматолог детский в своей практической работе пользуется «Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)», представленных в таблице 5 данного пособия.

Врачи-ортодонты пользуются «Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)», указанных в таблице 25.

Таблица 25

**Классификатор основных стоматологических  
лечебно-диагностических мероприятий и технологий,  
выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)**

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
4	1	Контрольный осмотр в процессе лечения	0,33	1,00
4	2	Консультация (обучение, санитарное просвещение, консультация родителей и пациентов по освоению методов устранения вредных привычек, нормализация функций зубочелюстной системы с целью профилактики зубочелюстных аномалий)	0,66	2,00
4	3	Комплексное первичное обследование и оформление документации первичного больного (антропометрия лица, клинические исследования функций зубочелюстной системы, подсчет индексов гигиены, ПМА и др., определение степени трудности лечения)	1,64	5,00
4	4	Оформление истории болезни пациента, закончившего лечение	0,33	1,00
4	5	Психоподготовка больного к ортодонтическому лечению и психотерапия (до трех раз)	0,16	0,50
4	6	Лабораторные исследования функций зубочелюстной системы: миограмма, ринопневмометрия и др.	1,32	4,00
4	7	Лабораторные исследования функций зубочелюстной системы – определение	1,32	4,00

Код			Виды работ	УЕТ	
				для врача-ортопеда	для врача-ортопеда
			жевательной эффективности		
4	8		Лабораторные исследования функций зубочелюстной системы – расшифровка томограммы сустава	0,82	2,50
4	9		Снятие одного слепка эластичной массой	0,41	1,25
4	10		Отливка одной модели челюсти с оформлением цоколя	0,49	1,50
4	11		Измерение диагностических моделей челюстей и анализ полученных данных	0,66	2,00
4	12		Определение на ортопантограмме челюстей степени формирования коронок и корней постоянных зубов, измерение углов наклона их осей, анализ полученных данных	0,66	2,00
4	13		Изучение и описание рентгенограммы кисти	1,32	4,00
4	14		Внутриротовой дентальный снимок, его описание в клинической карте	0,25	0,50
4	15		Расчерчивание телерентгенограммы головы, измерение угловых и линейных размеров лицевого скелета, анализ полученных данных	3,95	12,0
4	16		Гравировка и разметка моделей, конструирование сложных ортодонтических аппаратов	0,33	1,00
4	17		Определение конструктивного прикуса	0,33	1,00
4	18		Припасовывание съемного одночелюстного аппарата (без элементов)	0,33	1,00
4	19		Припасовывание блокового двучелюстного аппарата (без элементов)	0,66	2,00
4	20		Припасовывание каркасного двучелюстного аппарата (без	1,32	4,00

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортопеда
		элементов)		
4	21	За каждый элемент съемного ортодонтического аппарата	0,08	0,25
4	22	Припасовывание аппарата Френкеля	2,30	7,00
4	23	Изготовление индивидуального позиционера	6,58	20,0
4	24	Распил аппарата через винт	0,33	1,00
4	25	Коррекция металлических элементов съемного ортодонтического аппарата (пружин, назубных дуг, кламмеров)	0,25	0,75
4	26	Пришлифовка и полировка базиса съемного ортодонтического аппарата	0,08	0,25
4	27	Коррекция базиса съемных ортодонтических аппаратов с помощью самотвердеющей пластмассы	0,66	2,00
4	28	Подслойка пластмассы	0,16	0,50
4	29	Активирование элементов съемного ортодонтического аппарата	0,33	1,00
4	30	Наложение или замена сепарационных лигатур	0,16	0,50
4	31	Сдача ортодонтической коронки	0,66	2,00
4	32	Сдача ортодонтического кольца	0,99	3,00
4	33	Повторное укрепление на цемент ортодонтической коронки	0,33	1,00
4	34	Повторное укрепление на цемент ортодонтического кольца	0,49	1,50
4	35	Снятие одной ортодонтической коронки, ортодонтического кольца, брекета, ретейнера (1 зуб)	0,16	0,50
4	36	Укрепление ортодонтических деталей на эмали зубов с помощью композитных материалов (из расчета на одну деталь), фиксация брекета	0,33	1,00
4	37	Повторная фиксация одной детали	0,49	1,50
4	38	Наложение и фиксация одной детали NiTi-дуги	1,32	4,00

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортопеда
4	39	Изгибание и фиксация небного бюгеля – стандартного	1,64	5,00
4	40	Изгибание и фиксация небного бюгеля – индивидуального	4,61	14,00
4	41	Изгибание и фиксация губного бампера – стандартного	0,82	2,50
4	42	Изгибание и фиксация губного бампера – индивидуального	4,61	14,00
4	43	Активирование 1 элемента Эджуайз, Бегг-техники	0,33	1,00
4	44	Наложение стальной дуги	1,97	6,00
4	45	Наложение 1 лигатуры или одного звена цепочки	0,08	0,25
4	46	Активирование стальной дуги	0,49	1,50
4	47	Изгибание ретейнера	0,66	2,00
4	48	Полировка после снятия брекета (1 зуб)	0,16	0,50
4	49	Сошлифовывание бугров временных зубов (1 зуб)	0,25	0,75
4	50	Миотерапия (1 сеанс) 15-20 минут с последующим контролем	0,30	1,00
4	51	Обучение массажу в челюстно-лицевой области	0,16	0,50
4	52	Контроль выполнения самомассажа	0,08	0,25
4	53	Изготовление головной шапочки	0,66	2,00
4	54	Изготовление подбородочной пращи	0,33	1,00
4	55	Коррекция пращи и шапочки	0,16	0,50
4	56	Наложение и фиксация лицевой дуги – стандартной	1,15	3,50
4	57	Наложение и фиксация лицевой дуги – индивидуальной	1,87	6,00
4	58	Починка аппарата врачом	1,32	4,00
4	59	Припасовка аппарата после починки	0,49	1,50
4	60	Консультация ребенка с врожденной патологией в роддоме	3,29	10,00
4	61	Снятие оттиска для изготовления защитной пластинки, obturатора	1,32	4,00

Код		Виды работ	УЕТ	
			для врача-ортопеда	для врача-ортопеда
4	62	Припасовывание защитной пластинки	3,29	10,00
4	63	Припасовывание obtуратора и преформированной пластинки (в роддоме)	5,92	18,00
4	64	Оформление справки на инвалидность, акта обследования призывников (без заполнения клинической карты)	0,66	2,00

Организации стоматологической помощи детям в образовательных учреждениях всегда уделялось большое внимание.

По мнению Л. П. Кисельниковой и соавт. (2009) сегодня остро стоит вопрос о необходимости реформирования детской стоматологической службы. Её современное развитие видится в свете решения основных задач, стоящих перед российским здравоохранением и обозначенных в национальном проекте «Здоровье»:

- развитие профилактической направленности здравоохранения;
- развитие первичной медико-санитарной помощи.

Основу организации лечебно-профилактической деятельности в школьном образовательном учреждении составляет *школьный стоматологический кабинет*. Это первичное стоматологическое звено, обеспечивающее необходимый профилактический и первичный уровень стоматологической помощи для детей и подростков, в рамках первичной медико-санитарной помощи [81].

**Принципами работы школьного кабинета являются:**

- приоритет профилактических мероприятий;
- широкое привлечение специалистов среднего звена – гигиенистов стоматологических, что позволяет значительно снизить себестоимость реализации лечебно-профилактических программ;
- сокращение объема оказываемых лечебных мероприятий – лечение кариеса постоянных зубов;
- устранение из видов деятельности лечения пульпита и периодонтита постоянных зубов как наиболее высококвалифицированного вида деятельности.

Работа школьного стоматологического кабинета строится на основе школьной лечебно-профилактической программы. Л. П. Кисельниковой и соавт. (2009) была разработана и внедрена в практику рабочая модель оказания лечебно-профилактической помощи детям и подросткам в рамках первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

**Основные цели Программы:**

- 1) повышение уровня санитарной грамотности школьников;
- 2) снижение интенсивности и распространенности кариеса и его осложнений;
- 3) увеличение численности группы детей, не имеющих кариеса;
- 4) снижение распространенности и степени тяжести заболеваний пародонта;
- 5) снижение распространенности зубочелюстных аномалий.

**Задачи Программы:**

к 12-летнему возрасту достигнуть:

- 1) улучшения гигиенического состояния полости рта (снижение гигиенического индекса на 30%);
- 2) уменьшение на 50% лиц, у которых выявлены заболевания пародонта;
- 3) уменьшения интенсивности кариеса постоянных зубов на 50%;
- 4) уменьшения интенсивности и распространённости осложнённых форм кариеса постоянных зубов на 80%.

В структуре Программы выделяются 2 модуля, наиболее адекватные возрастным особенностям роста и развития ребенка (см. табл. 26 и 27).

Таблица 26

**Составляющие лечебно-профилактической программы для детей 7-12 лет**

<b>№ п/п</b>	<b>Манипуляция</b>	<b>Кратность</b>
1.	Комплексное первичное обследование школьника с регистрацией состояния органов полости рта в учетной документации	однократно
2.	Стоматологическое просвещение и санитарно-гигиеническое воспитание школьников	2 урока в год
3.	Проведение профессиональной гигиены полости рта	2 раза в год
4.	Местное применение фторидов	2 раза в год
5.	Герметизация фиссур первых и вторых постоянных моляров	сразу после прорезывания
6.	Лечение кариеса постоянных зубов	по плану работы
7.	Оказание неотложной стоматологической помощи	по обращаемости

Таблица 27

**Составляющие лечебно-профилактической программы для детей 12-17 лет**

<b>№ п/п</b>	<b>Манипуляция</b>	<b>Кратность</b>
1.	Комплексное первичное обследование школьника с регистрацией состояния органов полости рта в учетной документации	однократно



№ п/п	Манипуляция	Кратность
2.	Стоматологическое просвещение и санитарно-гигиеническое воспитание школьников	1 урок в год
3.	Проведение профессиональной гигиены полости рта	1 раз в год
4.	Местное применение фторидов	1 раз в год
5.	Герметизация фиссур вторых постоянных моляров	сразу после прорезывания
6.	Лечение кариеса постоянных зубов	по плану работы
7.	Оказание неотложной стоматологической помощи	по обращаемости

**Виды деятельности, осуществляемые в школьном стоматологическом кабинете:**

- комплексное первичное обследование школьника с регистрацией состояния органов полости рта в учетной документации;
- стоматологическое просвещение и санитарно-гигиеническое воспитание школьников;
- обучение и контроль над уровнем гигиены полости рта;
- рекомендации по питанию и коррекция углеводного фактора;
- проведение профессиональной гигиены полости рта;
- местное применение фторидов;
- неинвазивная герметизация фиссур моляров постоянных зубов;
- инвазивная герметизация фиссур моляров постоянных зубов;
- выявление факторов риска развития зубочелюстных аномалий и их профилактика;
- лечение кариеса постоянных зубов;
- оказание неотложной стоматологической помощи.

Для реализации школьной лечебно-профилактической программы Л. П. Кисельникова и соавт. (2009) предлагают следующие штаты медицинского персонала: на 3000 детского организованного населения – 1 врач-стоматолог детский, 2 гигиениста стоматологических и 1 медицинская сестра.

Виды деятельности гигиениста стоматологического и врача-стоматолога в рамках оказания лечебно-профилактической помощи в условиях школьного стоматологического кабинета приведены в табл. 28.

Таблица 28

**Дифференцирование видов деятельности гигиениста стоматологического и врача-стоматолога в школьном стоматологическом кабинете [81]**

Врач-стоматолог	Гигиенист стоматологический
руководство программой	санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда санитарно-

Врач-стоматолог	Гигиенист стоматологический
	гигиенических знаний среди детей через обучающие программы
комплексное первичное обследование школьника с регистрацией состояния органов полости рта в учетной документации	обучение и контроль над уровнем гигиены полости рта
составление плана лечебно-профилактических мероприятий	рекомендации по питанию и коррекция углеводного фактора
инвазивная герметизация фиссур моляров постоянных зубов	профессиональная гигиеническая обработка полости рта
выявление факторов риска развития зубочелюстных аномалий и их профилактика	местное применение фторидов
лечение кариеса постоянных зубов	неинвазивная герметизация фиссур моляров
оказание неотложной стоматологической помощи	

В реализации школьной лечебно-профилактической программы участвуют не только врачи-стоматологи детские и гигиенисты стоматологические, но и педагоги школы, родители.

Педагоги школ осуществляют санитарно-гигиеническое воспитание через проведение уроков по программе «Валеология», организуют плановое посещение стоматолога. Родители осуществляют воспитание и контроль навыков ежедневного самостоятельного ухода за полостью рта, следят за рационом питания детей [81].

По мнению авторов, критериями эффективной работы школьного стоматологического кабинета являются:

- увеличение числа детей с интактными зубами (снижение распространенности кариеса);
- снижение интенсивности кариеса постоянных зубов;
- снижение осложненных форм кариеса постоянных зубов;
- сокращение числа удаленных постоянных зубов;
- снижение распространенности заболеваний пародонта;
- уменьшение количества сектантов пародонта, имеющих признаки поражения;
- снижение значения гигиенического индекса;
- улучшение санитарной грамотности школьников.

### **Диспансеризация детского населения у стоматолога**

Диспансеризация является одним из прогрессивных методов работы детского врача-стоматолога. Целесообразность её обусловлена высокой распространенностью и интенсивностью кариеса зубов у детского населения. Проведение плановой санации полости рта у детей в образовательных учреждениях (школы, детские сады) оказалось недостаточным для предупреждения кариеса зубов, пульпита, периодонтита, одонтогенных очагов, ранней потери зубов. Возникла необходимость перестройки работы школьного стоматолога. Разработка системы диспансеризации детского населения на основе учета степени активности кариеса зубов и определения в зависимости от этого кратности проведения санации принадлежит Т. Ф. Виноградовой (1988).

Выделены следующие *этапы диспансеризации* в образовательных детских учреждениях:

**Первый этап** – проведение плановой санации полости рта. Им предусматривается лечение неосложненного и осложненного кариеса зубов, удаление зубов, не подлежащих лечению.

Полученная во время осмотра и санации полости рта информация является основой для формирования диспансерных групп наблюдения.

#### **Дети раннего возраста**

После завершения работы с детьми первых трех лет жизни врач выделяет 3 группы:

- первая – здоровые дети;
- вторая – здоровые дети, но имеющие факторы риска в возникновении кариеса зубов и аномалий прикуса;
- третья – дети, имеющие пороки развития зубов (гипоплазия); гипоплазию, осложненную кариесом; кариес зубов; отклонения в форме челюстей и прикуса к трем годам, а также другие заболевания.

#### **Дошкольники**

После завершения работы с дошкольниками врач-стоматолог выделяет также 3 группы детей: здоровых; здоровых, но имеющих факторы риска в возникновении стоматологической патологии; детей, имеющих стоматологические заболевания.

#### **Школьники**

После завершения работы со школьниками врач выделяет 3 группы, ориентируясь на ведущее стоматологическое заболевание (чаще кариес зубов) в зависимости от степени активности:

- первая – здоровые дети и имеющие первую степень активности кариеса;
- вторая – дети со второй степенью активности кариеса;
- третья - дети с третьей степенью активности кариеса.

#### **Степени активности кариеса по Т. Ф. Виноградовой:**

- первая степень – состояние, когда индекс КПУ, кп или КПУ+кп (в период сменного прикуса) не превышает показателей средней интенсивности кариеса соответствующей возрастной группы;

- вторая степень - состояние, когда интенсивность кариеса по индексам КПУ, кп, КПУ+кп больше среднего значения интенсивности для данной возрастной группы на три сигмальных отклонения, т. е.  $M + 3\delta$ , где

$$\delta = (V_{\max} - V_{\min}) / K \quad (K = 6,5);$$

- третья степень - состояние, при котором показатели КПУ, кп или КПУ + кп превышают максимальные показатели  $M + 3\delta$  или при меньшем значении КПУ обнаруживаются множественные меловые пятна.

**Второй этап** – переход на диспансеризацию, осмотр и санация полости рта, дифференцированная по степени активности кариеса, т. е. здоровых детей и детей с первой степенью активности кариеса – 1 раз в год; детей со второй степенью активности кариеса – 2 раза и детей с третьей степенью активности кариеса – 3 раза в год.

По мнению Т. Ф. Виноградовой (1988) здоровых и санированных детей, распределенных в группу для диспансерного наблюдения, следует закрепить за одним врачом и начать формировать участковую службу. Участок работы детского стоматолога – это ведущая организационная форма. Детский стоматолог должен обеспечивать работу не только в поликлинике с неорганизованным контингентом детей, включая детей первого года жизни, но и в детском дошкольном учреждении и школе.

Показателями работы детского стоматолога на участке должно быть увеличение числа детей:

- не имеющих кариеса, аномалий прикуса, заболеваний пародонта;
- правильно ухаживающих за полостью рта;
- хорошо пережевывающих и глотающих пищу;
- имеющих хорошую артикуляцию;
- со снижением прироста кариеса зубов.

**Третий этап** - профилактика в системе диспансеризации. Принято выделять следующие виды профилактики:

- **коммунальные методы** (фторирование питьевой воды, соли, молока) эффективны, но роль стоматолога в этом виде профилактики минимальная.

- **групповые профилактические мероприятия** проводятся в школьном кабинете, дошкольном учреждении. Они могут быть проведены **эндогенным** способом (прием фторсодержащих таблеток, витафтора, глицерофосфата кальция, витаминов В<sub>1</sub> и В<sub>2</sub>); **экзогенным** (аплицирование реминерализующих растворов, фторсодержащих гелей, лаков и др.).

К настоящему времени разработано достаточно много групповых программ профилактики.

- **индивидуальная профилактика** разрабатывается и проводится индивидуально в соответствии с особенностями организма ребенка и зубочелюстной системой.

Задачами этого этапа диспансеризации детей у стоматолога являются:

- расширение контингента диспансеризируемых детей;
- широкое применение средств первичной профилактики кариеса зубов;

- расширение арсенала средств и методов вторичной профилактики кариеса;
- строгое соблюдение сроков диспансерных осмотров;
- формирование преемственности в работе специалистов по детской стоматологии всех профилей, а также с педиатрами.

**Четвертый этап** – реабилитация в системе диспансеризации. Осуществляется по принципу распределения контингента после первичного исследования на 3 группы:

- 1) здоровые дети;
- 2) здоровые дети, но имеющие факторы риска в возникновении заболевания;
- 3) лица, имеющие заболевания и сформированные патологические процессы.

Общеизвестно, что пропорциональный состав в группах детей здоровых, с факторами риска и имеющих стоматологические заболевания, различен в разные возрастные периоды.

*В группе детей в возрасте от рождения до трех лет* преимущественно находятся здоровые дети и здоровые дети с факторами риска.

*Среди детей дошкольного возраста* большинство составляют дети, имеющие стоматологические заболевания (кариес и аномалии прикуса).

*Среди школьников* детей здоровых и здоровых с факторами риска практически нет.

Характер стоматологических заболеваний, их интенсивность у детей дошкольного и школьного возраста различны.

В связи с этим Т. Ф. Виноградова (1988) рекомендует составлять следующие *диспансерные группы* в разные возрастные периоды:

#### **Дети в возрасте от рождения до 3 лет**

***Первая диспансерная группа:*** здоровые дети

В течение первого года жизни происходит быстрое развитие ребенка, значительно изменяется стоматологический статус. В связи с этим рекомендуемые показатели его здоровья оценивают по этапам через каждые 3 месяца: дети 1-3 мес., дети 6 мес., дети 9 мес., дети 12 мес. Врачом описывается стоматологический статус у детей первой диспансерной группы соответственно указанным срокам, при необходимости назначаются профилактические мероприятия. Последующие возрастные периоды для наблюдения детей этой группы 18 мес., 24 мес. (2 года), 3 года. Задача диспансеризации детей I группы (здоровые дети) – сохранить и повысить уровень здоровья детей, предупредить возможность формирования факторов риска в развитии заболеваний.

***Вторая диспансерная группа:*** здоровые дети, но с факторами риска в развитии стоматологических заболеваний.

У детей этой группы имеются факторы риска для появления отклонений развития челюстей, формирования аномалий прикуса, пороков развития ЧЛЮ, твердых тканей зубов и кариеса, отклонения в общесоматическом статусе. Наиболее частая патология у детей в этот период – зубочелюстные аномалии.

Факторы риска для формирования зубочелюстных аномалий, пороков развития, кариеса зубов у детей раннего возраста представлены в табл. 29.

Таблица 29

**Факторы риска для формирования зубочелюстных аномалий, пороков развития, кариеса зубов [7]**

Управляемые	Неуправляемые
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пониженное содержание фтора в воде.</li> <li>2. Снижение иммунологической реактивности организма (частые простудные заболевания, рахит и т. д.).</li> <li>3. Раннее искусственное вскармливание.</li> <li>4. Неправильная поза во время сна, бодрствования и за столом.</li> <li>5. Нарушенные функции дыхания, глотания, жевания.</li> <li>6. Нерациональное пользование сосками – пустышками.</li> <li>7. Вредные привычки (сосание пальцев, предметов, языка, губ и т. д.) и др.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Генетически обусловленные аномалии (пороки и заболевания).</li> <li>2. Хронические и острые заболевания матери (в период беременности).</li> <li>3. Токсикозы беременных, угроза прерывания беременности, анемии, преждевременные и переношенные роды.</li> <li>4. Осложнения в родах (слабость родовой деятельности, кровотечение, кесарево сечение, акушерские щипцы).</li> <li>5. Асфиксия, гипотрофия, гемолитическая болезнь, аллергические и инфекционные заболевания ребенка, раннее искусственное вскармливание и др.</li> </ol>

Своевременное устранение управляемых факторов риска предупреждает или ослабляет формирование аномалий. Основные рекомендации стоматолога в этот период:

- **дети 0-3 мес.** Правильная организация естественного вскармливания. При искусственном вскармливании обеспечить условия для активного сосания (упругая соска, маленькое отверстие). Соблюдать фазы функции сосания. Употребление пустышек определяет педиатр.

- **дети 3-6 мес.** Организация правильного прикорма в соответствии с рекомендациями участкового педиатра. Препятствовать вредным привычкам.

- **дети 6-9 мес.** Организация правильного питания (пюреобразная, кашицеобразная пища). Обучение приему пищи с помощью ложки. Устранять вредные привычки.

- **дети 9-12 мес.** Использование средств профилактики кариеса зубов с полностью сформированной эмалью (консультация детского стоматолога). Обучить правильному пережевыванию пищи, питанию с помощью ложки. Устранять вредные привычки. Нормализовать дыхание. Заботиться о правильной осанке. Следить за положением головки малыша во время сна. Программа профилактики для детей второй

диспансерной группы заключается в устранении факторов риска, способных привести к патологии. Для укрепления структуры эмали зубов при пониженной концентрации фтора в воде целесообразно назначать «Витафтор» (по 1 капле на 1 кг массы тела ребенка, для ребенка первого года жизни по 180 дней в году; для детей 2-го и третьего года – по 1/2 чайной ложки курсами по 30 дней с перерывами 2 недели). С 2-х лет наряду с гигиеной полости рта можно использовать фторсодержащие гели, лаки.

Осмотр проводят в зависимости от вида патологии и возраста ребенка, но не реже двух раз в год.

**Третья диспансерная группа:** дети, имеющие стоматологические заболевания.

В эту группу относят детей, у которых к моменту исследования у стоматолога зарегистрированы пороки развития; опухоли; пороки тканей временных зубов, осложненные кариесом; пороки, сочетающиеся с кариесом зубов; кариес зубов; отклонения в форме челюстей (прикус), другие заболевания хирургического и других профилей, требующих лечения у стоматолога.

#### Дети в возрасте 4-6 лет

Исследование стоматологического статуса проводят в дошкольном образовательном учреждении. При осмотре обращается внимание на следующие данные:

- наличие «лицевых признаков» аномалий прикуса;
- состояние функции смыкания губ;
- положение языка;
- характер дыхания;
- наличие «лицевых признаков» вредных привычек закусывать верхнюю или нижнюю губу, прикусывать язык, щеку и др.;
- состояние лимфатических узлов;
- состояние полости рта (аномалии уздечек губ и языка);
- состояние десен;
- гигиеническое состояние полости рта;
- наличие пороков развития и кариеса;
- наличие деформаций зубных рядов и челюстей.

Согласно рекомендациям Т. Ф. Виноградовой (1988) детей дошкольного возраста после осмотра и проведения санации полости рта распределяют на три диспансерные группы.

**Первая диспансерная группа** включает детей здоровых, детей с первой степенью активности кариеса, практически здоровых (I, II, III группы здоровья), не имеющих кариеса зубов, аномалий прикуса, имеющих здоровый пародонт и правильную артикуляцию органов полости рта при формировании основных функций: откусывания, разжевывания, глотания, дыхания, речи и др.

Эти дети осматриваются 1 раз в год. В эту же группу входят дети (I, II, III группы здоровья), не имеющие кариеса зубов и аномалий прикуса, но имеющие факторы риска в возникновении аномалий прикуса в виде заболеваний уха,

горла, носа, аномалий уздечек языка, губ, имеющие вредные привычки неправильной позы, дыхания через рот, сосания языка, пальцев, губ и других предметов. Они осматриваются стоматологом 1 раз в год, но контроль выполнения рекомендаций стоматолога осуществляется через каждые 3 месяца.

**Вторую диспансерную группу** составляют дети, имеющие кариес зубов со второй степенью активности, дети с формирующимися аномалиями прикуса и факторами риска в их возникновении.

**Третью диспансерную группу** составляют дети дошкольного возраста, у которых отмечено сочетание пороков развития тканей зуба и кариеса, что проявляется симптомом взаимного отягощения. Этот симптом нередко сочетается с частыми заболеваниями ребенка, плохим аппетитом, сниженной реактивностью организма и повышенной возбудимостью нервной системы. Таких детей целесообразнее лечить в поликлинике, по показаниям проводить санацию полости рта в условиях общего обезболивания, расширить показания к удалению зубов с хроническими формами периодонтита, обеспечивать протезированием.

В эту же группу включаются дети, у которых имеются выраженные изменения в зубочелюстно-лицевой области, сформированные аномалии прикуса. У них нередко определяются изменения конфигурации лица и выраженные нарушения функций откусывания и разжевывания пищи, глотания, дыхания, речи.

Для таких детей должен быть индивидуальный план реабилитации с учетом общего и стоматологического статуса, для реализации этого плана должны быть привлечены родители. В организованных коллективах в соответствии с группами диспансеризации составляется план профилактических и лечебных мероприятий, устанавливается периодичность осмотров в последующие годы. Диспансеризацию детей проводит участковый стоматолог-педиатр.

### Дети в возрасте 7-15 лет

**Первая диспансерная группа:** здоровые дети; дети с I степенью активности кариеса, дети с гингивитами, обусловленными негигиеническим содержанием полости рта, некачественными пломбами и другими местными факторами; дети, имеющие аномалии строения уздечек губ и языка.

**Вторая диспансерная группа:** дети, имеющие II степень активности кариеса; дети с гингивитами, обусловленными аномалиями прикуса, нуждающимися в ортодонтическом лечении

**Третья диспансерная группа:** дети с хроническими заболеваниями внутренних органов (IV, V группы здоровья); с III степенью активности кариеса; локализованным пародонтитом, пародонтальным синдромом и пародонтозом; очаговой деминерализацией и другими пороками развития зубов; дети, находящиеся на аппаратном ортодонтическом лечении.

При проведении диспансеризации детей с кариесом рекомендуется пользоваться рядом показателей:

- распространенность кариеса;



- интенсивность кариеса;
- заболеваемость;
- нуждаемость;
- охват плановой санацией.

**Распространенность кариеса** — показатель, определяющийся отношением числа детей, имеющих кариес, к общему числу обследованных и рассчитывается в процентах:

$$(\text{число детей, имеющих кариес}) / (\text{число обследованных детей}) \times 100\%.$$

При определении показателя распространенности кариеса в число детей, имеющих кариес, включаются дети, нуждающиеся и не нуждающиеся в лечении кариеса.

**Интенсивность кариеса** характеризуется степенью поражения зубов кариесом и определяется по среднему значению индексов КПУ, кп, КПУ + кп зубов и полостей.

Индекс интенсивности отражает степень поражаемости зубов кариесом одного ребенка. В постоянном прикусе подсчитывают индекс КПУ, в сменном – КПУ+кп, во временном – кп, где: К – кариозные постоянные зубы; П – пломбированные постоянные; к – кариозные временные зубы; п – пломбированные временные зубы.

Удаленные временные зубы учитываются в исключительных случаях, когда по возрасту смена временных зубов постоянными не началась и у ребенка III степень активности кариеса.

Индекс КПУ зубов – это сумма кариозных, пломбированных и удаленных постоянных зубов у одного ребенка.

Индекс КПУП (полостей) – сумма кариозных, пломбированных полостей и удаленных постоянных зубов.

Индекс кп зубов – сумма кариозных и пломбированных временных зубов.

Индекс кпп (полостей) – сумма кариозных и пломбированных полостей во временных зубах.

Индексу КПУ+кп зубов – сумма кариозных и пломбированных постоянных и временных зубов, а также удаленных постоянных зубов.

Индекс КПУП+кпп – сумма кариозных и пломбированных полостей постоянных и временных зубов, а также удаленных постоянных зубов.

При определении индекса КПУ зубов, зуб, имеющий одновременно кариозную полость и пломбу, считается кариозным.

$$\text{Интенсивность кариеса} = \frac{\text{Сумма индексов КПУ + кпу обследуемых детей}}{\text{Число детей, имеющих кариес среди обследованных}}$$

**Заболеваемость** (прирост интенсивности кариеса) определяется как среднее количество зубов, в которых появились новые кариозные полости за определенный срок, например за год, в расчете на одного ребенка, имеющего кариес.

**Нуждаемость в лечении кариеса** – показатель, обозначающий процент детей, нуждающихся в стоматологической помощи, от общего числа обследованных.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Нуждаемость в} \\ \text{лечения кариеса} \end{array} \right\} = \frac{\text{Число детей, имеющих} \\ \text{незапломбированные кариозные зубы}}{\text{Число обследованных} \\ \text{детей}} \times 100\%$$

Показатель нуждаемости в лечении кариеса обычно меньше показателя распространенности кариеса или равен ему при условии, что в группе исследуемых детей нет ни одного санированного ребенка.

**Охват плановой санацией** (по Н. И. Колегову) – показатель, характеризующийся отношением числа санированных и не нуждающихся в санации полости рта детей к общей численности обслуживаемых детей.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Охват} \\ \text{плановой} \\ \text{санацией} \end{array} \right\} = \frac{\text{Число санированных} + \text{число не нуждающихся} \\ \text{в санации (здоров, ранее санирован)}}{\text{Количество обслуживаемых детей} \\ \text{(прикрепленное детское население) по списку,} \\ \text{утвержденному отделом народного образования}} \times 100\%$$

Формирование групп школьников проводится с учетом общего здоровья, степени активности кариеса и тяжести заболеваний краевого пародонта. Т. Ф. Виноградова (1988) предлагает выделить 3 группы детей школьного возраста для диспансеризации.

**Первую диспансерную группу составляют:**

- здоровые и практически здоровые дети, не имеющие заболеваний зубов, пародонта, аномалий прикуса;
  - здоровые и практически здоровые дети, имеющие один или несколько следующих признаков:
    - а) I степень активности кариеса;
    - б) гингивиты, обусловленные негигиеническим содержанием полости рта, отсутствием функции зубов, некачественными пломбами и другими местными факторами;
    - в) пороки развития (аномалии уздечек губ, языка, мелкое преддверие полости рта и др.), исключая те случаи, когда требуется хирургическая коррекция аномалий;
    - г) состояние после травматического повреждения челюстно-лицевой области, исключая случаи повреждения зубов с несформированными корнями.
- Первую группу детей осматривают и saniруют 1 раз в календарный год.

**Вторую диспансерную группу составляют:**

- дети с хроническими заболеваниями внутренних органов III, IV и V группы здоровья, не имеющие заболеваний зубов, пародонта, аномалий прикуса;

- здоровые и практически здоровые дети, имеющие:
  - а) II степень активности кариеса;
  - б) гингивиты, обусловленные аномалиями прикуса, для устранения которых необходимо ортодонтическое лечение;
  - в) зубы, леченные по поводу осложнений кариеса (период реабилитации);
- дети, перенесшие:
  - а) воспалительные процессы челюстно-лицевой области (остеомиелит, одонтогенный лимфаденит и др.);
  - б) операцию удаления сверхкомплектного зуба;
  - в) операцию удаления доброкачественного новообразования;
- дети, находящиеся на ортодонтическом лечении (по договоренности и спискам, представленным ортодонтом).

Вторую группу детей осматривают и saniруют 2 раза в календарный год.

***Третью диспансерную группу составляют:***

- дети с хроническими заболеваниями внутренних органов (IV и V группы здоровья) со II и III степенью активности кариеса;
- здоровые и практически здоровые дети, имеющие один или несколько следующих признаков:
  - а) III степень активности кариеса;
  - б) все формы очаговой деминерализации и начальные формы кариеса, диагностированные специальными методами;
  - в) локализованный или генерализованный пародонтит;
  - г) гингивит, обусловленный заболеванием внутренних органов (диабет, нейтропения и др.) – пародонтальный синдром;
  - д) состояние после травмы зубов с несформированными корнями (пломбированный зуб, покрытый коронкой и др.);
  - е) активнодействующие причины развития аномалий прикуса (нарушения функций глотания, дыхания, жевания, речи, вредные привычки и др.);
- дети, находящиеся в ретенционном периоде после окончания ортодонтического лечения;
- дети, находящиеся на комплексном лечении стоматологических заболеваний с патологией, протекающей в тяжелой форме: II и III степень активности кариеса, заболеваний краевого пародонта, деформации прикуса, а также нуждающиеся в хирургических методах коррекции аномалий и др.;
- дети, находящиеся на диспансерном наблюдении в онкологическом учреждении.

Третью группу детей осматривают и saniруют 3 раза в календарный год (через 3-4 мес.).

По окончании учебного года врач проводит анализ работы и составляет планы и график работы на следующий учебный год. При составлении графика своей работы он должен учитывать:

- количество дней, необходимых для санации каждой диспансерной группы (I – 1 раз в год, II – 2 раза в год, III – 3 раза в год);

- количество дней, необходимых для лечения учащихся по поводу заболеваний краевого пародонта;
- количество дней для лечения учащихся, имеющих очаговую деминерализацию эмали зубов;
- количество дней для проведения уроков гигиены полости рта;
- количество дней, необходимых для проведения профилактических мероприятий по повышению резистентности зубов к кариесу.

По мере реализации диспансерного обслуживания детей качественный состав групп будет изменяться. В последующие годы появляется резерв времени у врача для лечения болезней пародонта, обучения детей гигиене полости рта, проведения профилактических мероприятий.

В целях улучшения деятельности органов здравоохранения и народного образования по предупреждению заболеваемости детей, дальнейшему совершенствованию массовой профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах **Приказом МЗ СССР и Гос. Комитета СССР по народному образованию «О мерах по улучшению профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах» от 11.08.1988г. № 639/271** предусмотрено:

- разработать и утвердить республиканские региональные программы профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах (п. 1.1);
- организовать на базе стоматологических поликлиник и отделений обучение среднего медицинского персонала дошкольных учреждений и школ осуществлению мер комплексной профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах (п. 1.3);
- обязать руководителей детских дошкольных, интернатных учреждений и школ обеспечить условия для проведения санации полости рта и профилактики стоматологических заболеваний у детей в течение учебного года (п. 1.4);
- организовать в составе женских консультаций кабинеты и уголки гигиены для проведения мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний в антенатальном периоде (п. 3.1.);
- вводить в штаты лечебных учреждений на каждую должность врача-стоматолога детского должность медицинской сестры (п. 3.2);
- обязать педиатрическую службу активно участвовать в организации профилактики стоматологических заболеваний у детей, обеспечить преемственность работы со стоматологической службой (п.п. 3.3 и 3.4);
- обеспечить в регионах с пониженным содержанием фтора в питьевой воде нормативный прием эндогенных препаратов фтора в организованных детских коллективах (п. 3.5).

Этим приказом рекомендуется:

- пересмотреть нормативно-технологическую документацию на продукты детского питания по дополнительному снижению сахара, расширить выпуск продуктов детского питания со сниженным содержанием сахара;
- усилить санитарно-просветительную работу;

- удовлетворить потребность в стоматологическом оборудовании, инструментарии и материалах в школах, интернатных учреждениях, санаториях, разработать;

- утвердить новые учебные программы школ по вопросам гигиены и профилактики (из расчета 3 часа в год в 1-3 классах и 1 час в год в 4-10 классах);

- дополнить учебные программы вопросами гигиены рта и профилактики стоматологических заболеваний, вменить в обязанность воспитателям проведение ежедневных гигиенических мероприятий по уходу за зубами с 2-3-летнего возраста и ряд других мероприятий.

В дополнение к этому приказу заместителем министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В. И. Стародубовым утверждены «Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях» от 15.01.08 г. № 207-ВС и «Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях» от 15.01.08г. № 206-ВС, подготовленные главным внештатным детским стоматологом Минздравсоцразвития России с участием Стоматологической Ассоциации России.

#### ***1.1.2.6. Физиотерапевтическое отделение (кабинет)***

В практике врача любой специальности наряду с медикаментозным лечением широкое применение находят лечебные физические факторы. В комплексном лечении больных с острыми заболеваниями, обострениями хронических патологических процессов, последствиями травматических повреждений и функциональных нарушений они часто играют ведущую роль.

Положение о физиотерапевтическом отделении (кабинете) утверждено **Приказом Минздрава СССР «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений физиотерапевтических подразделений и их персонала» от 21.12.1984г. № 1440** (Приложение № 4). В этом приказе определено, что отделение (кабинет) физиотерапии является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, обеспечивающим квалифицированную физиотерапевтическую помощь населению.

При наличии в лечебно-профилактическом учреждении отделения (кабинета) восстановительного лечения отделение (кабинет) физиотерапии входит в его состав.

**Основными задачами** отделения (кабинета) физиотерапии являются:

- проведение лечебных, восстановительных и профилактических мероприятий с применением физических факторов;

- контроль над выполнением назначенных физиотерапевтических процедур и анализ ошибок в назначениях физиотерапевтических процедур врачами других специальностей;
- организация мероприятий по подготовке и повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала в области физиотерапии;
- внедрение в практику новых методов физиотерапии, физиопрофилактики;
- организация пропаганды методов физиотерапии среди медицинских работников;
- учет работы отделения (кабинета) в соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения СССР учетно-отчетной документацией в установленные сроки;
- работа отделения (кабинета) физиотерапии проводится по графику, ответственность за составление которого возложена на заведующего отделением (кабинетом).

Аппаратурное оснащение физиотерапевтического отделения (кабинета) стоматологических поликлиник определяется их емкостью. На современном уровне отделения (кабинеты) могут быть оснащены аппаратами:

- гальванизации (Поток-1, ГЭ-5-03);
  - прибор «Depotphorese-Original II», Humanchemie, Германия;
  - электросна (ЭС-2, ЭС-4);
  - электроодонтодиагностики (ОСМ-50; электроодонтотестер пульпы зуба, ф. Аверон);
  - диадинамотерапии (Тонус-1);
  - низкочастотной терапии (Амплипульс-4Т);
  - флюктуоризации (АСБ-2);
  - дарсонвализации (Искра-1);
  - ультратон (токи надтональной частоты);
  - диатермокоагуляции (ДКС-2М, электрокоагулятор портативный стоматологический – ЭКПС-20-1);
  - ультравысокочастотной терапии (УВЧ-30, УВЧ-66, УВЧ-80-3; минитерм, 5 ватт);
  - электрод ЭВТ (приставка к УВЧ);
  - СВВ-терапии (Луч-2, Луч-3, ДЦМ «Ромашка»);
  - ультразвуковой терапии (УЗТ-102 С, УЗТ-Ф);
  - лазеры: магнитно-инфракрасный (Милта, Милта Ф); инфракрасный (Soft Laser SL 202, Оптодан);
  - для снятия зубного камня (Ультрастом, скаллер);
  - облучатели ультрафиолетовые (УГН, ОКУФ-5М), биодозиметр, очки для защиты от УФ-лучей.
- Помимо перечисленного необходимо иметь:
- часы настольные, процедурные с электрическим звуковым сигналом (ПЧ-2);
  - комплект гидрофильных прокладок для общей гальванизации;

- очки защитные от инфракрасных лучей;
- кресло стоматологическое, винтовой стул, медицинский столик, стоматологические лотки со всем набором инструментов для приема больных;
- провода одно- и многожильные;
- свинец листовой;
- спиртовка.

В современной практической стоматологии постоянно проводится поиск путей повышения эффективности физиотерапевтических воздействий, разрабатываются методики, создаются новые приборы и аппараты [16, 25]. Особый интерес в практической стоматологии в настоящее время проявляется к физиотерапевтическому аппарату Ozone DTA (фирма Aroza). Лечебный эффект аппарата основан на местном сочетанном применении озона и контактной дарсонвализации [3, 26].

Клинический опыт ряда стоматологических учреждений показал, что использование аппарата Ozone DTA в комплексной терапии многих стоматологических заболеваний позволяет добиться целого ряда положительных биологических и терапевтических эффектов.

Физиотерапевтическое отделение (кабинет) оборудуют аппаратурой по отраслевому стандарту «ОСТ-42-21-16-86. Устройство, эксплуатация и техника безопасности физиотерапевтических отделений (кабинетов)». Он утвержден и введен в действие **Приказом МЗ СССР от 04.11.1986г. № 1453**. Ответственность за нарушение правил несет заведующий отделением физиотерапии или врач-физиотерапевт, выделенный для работы в кабинете, если нет по штатному расписанию заведующего отделением. На основании этих документов разрабатываются инструкции по технике безопасности и утверждаются руководителем поликлиники.

Должность физиотерапевтов в стоматологической поликлинике регламентируется **Приказом МЗ СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» от 01.10.1976г. № 950** (Приложение 1). Согласно этому приказу должности врачей-физиотерапевтов устанавливаются по усмотрению Министерства здравоохранения союзной или автономной республики, краевого, областного и городского (городов республиканского - союзной республики подчинения) органа здравоохранения из расчета 0,1 должности на 15 000 человек взрослого прикрепленного населения. Должности медицинских сестер по физиотерапии устанавливаются по усмотрению Министерства здравоохранения союзной или автономной республики, краевого, областного или городского (городов республиканского – союзной республики подчинения) органа здравоохранения из расчета 1 должность на 15 000 условных процедурных единиц в год. Должность санитарки устанавливается из расчета 1 должность на две должности медицинских сестер по физиотерапии. В настоящее время в большинстве стоматологических поликлиник подразделением, оказывающим физиотерапевтическую помощь, является кабинет, реже отделение.

**Приложением 5 приказа МЗ СССР от 21.12.1984г. № 1440** утверждено положение о должностях физиотерапевтического отделения (кабинета). Оно включает должностные инструкции врача-физиотерапевта, медицинской сестры и санитарки физиотерапевтического отделения (кабинета).

### ***Должностная инструкция врача-физиотерапевта***

#### ***I. Общая часть***

На должность врача-физиотерапевта назначается врач, прошедший курсы специализации по физиотерапии в установленном порядке.

Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется заведующему отделением и проводит работу под его руководством.

В своей работе руководствуется официальными документами по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями вышестоящих органов и должностных лиц, настоящей Инструкцией.

Распоряжения врача-физиотерапевта являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала отделения.

#### ***II. Обязанности***

1. Ведет прием больных, направляемых врачами других отделений и специальностей, назначает терапевтические процедуры в соответствии с диагнозом и рекомендациями лечащих врачей.

2. Оказывает консультативную помощь лечащим врачам по вопросам использования отдельных физиотерапевтических методов лечения при различных заболеваниях.

3. Контролирует правильность выполнения средним медицинским персоналом физиотерапевтических процедур.

4. Контролирует правильность использования аппаратуры и оборудования кабинета.

5. Участвует в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала отделения.

6. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.

7. Соблюдает правила внутреннего трудового распорядка и следит за его исполнением средним и младшим медицинским персоналом отделения.

#### ***III. Права***

Врач-физиотерапевт имеет право:

1. Отменять или изменять назначения лечащих врачей при несоответствии их состоянию больного, неправильной методике, дозировке или невозможности проведения (по техническим условиям) той или иной процедуры.

2. Вносить предложения заведующему отделением о поощрении и о наложении взысканий на средний и младший медицинский персонал отделения.

3. Контролировать правильность и полноту выполнения врачебных назначений средним медицинским персоналом.

4. Периодически повышать свою профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования в установленном порядке.



5. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

6. Принимать решения в пределах своей компетенции.

7. Вносить предложения заведующему отделением по улучшению организации и условий своего труда.

#### ***IV. Ответственность***

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей Инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

### ***Должностная инструкция медицинской сестры физиотерапевтического отделения***

#### ***I. Общая часть***

На должность медицинской сестры физиотерапевтического отделения назначается медицинская сестра, прошедшая специализацию по физиотерапии в установленном порядке.

Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется врачу-физиотерапевту и старшей медицинской сестре отделения и работает под их руководством.

В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей Инструкцией.

Распоряжения медицинской сестры являются обязательными для санитарки отделения.

#### ***II. Обязанности***

1. Подготавливает свое рабочее место, аппаратуру и все необходимое для начала приема больных.

2. Принимает больных после осмотра их врачом-физиотерапевтом и отмечает выполненные процедуры.

3. Следит за состоянием больного во время проведения процедуры и за работой аппарата, показаниями измерительных приборов, сигнальных часов во время отпуска процедур.

4. Немедленно прекращает проведение процедуры при ухудшении состояния больного. При необходимости оказывает ему первую доврачебную медицинскую помощь, немедленно сообщает врачу и делает соответствующую отметку в процедурной карте.

5. Производит обработку гидрофильных прокладок, тубусов, наконечников и другого медицинского инвентаря.

6. Следит за нагревом парафина и озокерита.

7. Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.

8. Следит за содержанием в исправности медицинского оборудования.

9. Соблюдает правила техники безопасности при работе в отделении.

10. Контролирует санитарно-гигиеническое содержание помещения.

11. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию путем посещения занятий, проводимых в больнице и в отделении для среднего медицинского персонала.

### ***III. Права***

Медицинская сестра физиотерапевтического отделения имеет право:

1. Давать указания санитарке о работе в отделении и контролировать их выполнение.
2. Осуществлять контроль над работой техника по ремонту аппаратуры.
3. Повышать свою профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования в установленном порядке.
4. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
5. Вносить предложения заведующему отделением по улучшению организации и условий своего труда.

### ***IV. Ответственность***

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей Инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

### ***Должностная инструкция санитарки физиотерапевтического отделения***

#### ***I. Общая часть***

На должность санитарки физиотерапевтического отделения назначается лицо, прошедшее индивидуальное обучение.

Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре отделения.

В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей Инструкцией.

#### ***II. Обязанности***

1. Подготавливает помещение отделения к приему больных: проводит влажную уборку помещения с использованием дезинфицирующих средств, проветривает помещения.
2. Помогает медицинской сестре при наложении аппликации, выполнении процедур.
3. Приносит и относит на место парафин и озокерит.
4. В необходимых случаях сопровождает больных в отделение.
5. Производит обработку ванн.
6. Получает у старшей медицинской сестры чистое белье и сдает использованное.
7. Следит за работой систем горячего и холодного водоснабжения, отопления, освещения и сообщает старшей медицинской сестре о замеченных неисправностях.
8. Соблюдает правила техники безопасности и охраны труда при работе в отделении.
9. Получает у старшей медицинской сестры моющие средства и уборочный инвентарь. Производит маркировку уборочного инвентаря, обеспечивает его сохранность.
10. Участвует в занятиях по сантехминимуму.

### ***III. Права***

Санитарка физиотерапевтического отделения имеет право:

1. Повышать свою квалификацию путем посещения занятий, проводимых в больнице и в отделении для младшего медицинского персонала.
2. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
3. Вносить предложения старшей медицинской сестре отделения по улучшению организации и условий своего труда.

### ***IV. Ответственность***

Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей Инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

Руководство работой физиотерапевтических отделений (кабинетов) и ответственность за качество лечения несет заведующий отделением (врач кабинета), а при его отсутствии – один из врачей, прошедших специальную подготовку по физиотерапии.

Физиотерапевтические процедуры рекомендует лечащий врач. При необходимости согласует их с врачом-физиотерапевтом, после чего вписывает назначенные процедуры в соответствующую графу истории болезни с указанием наименования процедуры, области воздействия, дозировки, периодичности и количества процедур.

Для назначения физиотерапевтических процедур необходима консультация врача-физиотерапевта.

Врач-физиотерапевт осуществляет контроль над правильностью предложенных лечащими врачами методов лечения, организывает первичный прием направляемых на лечение в отделение больных. На приеме врач-физиотерапевт должен осмотреть больного, изучить его историю болезни, уточнить методику проведения процедуры, ознакомить больного с ожидаемыми результатами лечения, определить порядок врачебного контроля в ходе лечения. При назначении физиотерапевтических процедур необходимо учитывать основные принципы лечебного применения физических факторов. В случае назначения лечащими врачами противопоказанных, несовместимых или не соответствующих функциональному состоянию больного лечебных физических факторов врач-физиотерапевт отменяет рекомендации лечащего врача и (по согласованию с ним) разрабатывает оптимальный лечебный комплекс.

После консультации больного врач-физиотерапевт делает соответствующую подробную запись в графе назначений с указанием названия процедуры, зоны воздействия, методики, дозировки и количества процедур. На основании записи в истории болезни или амбулаторной карте в физиотерапевтическом отделении (кабинете) врачом-физиотерапевтом заполняется процедурная карта формы № 44у.

В ней медицинская сестра ведет учет каждой проведенной процедуры с указанием фактических дозировок физических факторов и продолжительности воздействия. После окончания курса лечения процедурная карта хранится в

физиотерапевтическом отделении в течение года. Для количественного и структурного анализа работы физиотерапевтического отделения (кабинета) медицинские сестры ведут журнал ежедневного учета работы отделения (кабинета).

Физиотерапевтические процедуры проводят средние медицинские работники, прошедшие специальную подготовку и имеющие удостоверение об окончании курсов специализации по физиотерапии. Перед началом курса лечения первичных больных знакомят с правилами приема процедур. Объясняют, что их нецелесообразно проводить сразу после еды (в первые 1-2 ч) или натощак. Во время процедуры больной не должен спать, читать, притрагиваться к аппаратам, регулировать параметры лечебного воздействия факторов. После процедуры больному рекомендуют отдых в течение 30-40 мин в холлах отделения.

Пациента знакомят с характером возникающих при проведении процедуры ощущений, а при необходимости разъясняют цель лечения.

Норма нагрузки врачей-физиотерапевтов в соответствии с **Приказом МЗ СССР «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» от 23.09.1981г. № 1000** составляет 5 больных в час (40 больных в день).

Приказом МЗ СССР от 21.12.84 г. № 1440 (Приложение 1) утверждены условные единицы физиотерапевтических процедур средним медицинским персоналом (см. табл. 30).

Таблица 30

**Условные единицы  
на выполнение физиотерапевтических процедур  
средним медицинским персоналом**

Наименование физиотерапевтической процедуры	Количество условных физиотерапевтических единиц при выполнении процедуры	
	взрослым	детям
<b>А. ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЕ</b>		
1. Гальванизация	1,0	1,5
2. Лекарственный электрофорез постоянным, диадинамическим, синусоидальным модулированным токами	1,5	2,0
3. Гальванизация, электрофорез полостные	2,0	-
4. Электросон (в том числе и церебральная электроанальгезия)	3,0	5,0
5. Диадинамотерапия	2,0	3,0
6. СМТ-терапия	2,0	3,0
7. Токи надтональной частоты	2,0	

Наименование физиотерапевтической процедуры	Количество условных физиотерапевтических единиц при выполнении процедуры	
	взрослым	детям
8. Дарсонвализация местная	2,0	
9. Флюктуоризация	1,5	2,0
10. УВЧ-терапия	1,0	1,5
11. Магнитотерапия низкочастотная	1,0	2,0
<b>Б. СВЕТОЛЕЧЕНИЕ</b>		
1. Определение биодозы	2,0	3,0
2. УФ-облучение общее и местное	1,0	1,5
3. Облучение другими источниками света, включая лазер	1,0	1,5
<b>В. УЛЬТРАЗВУК</b>		
1. Ультразвуковая терапия	2,0	2,5
2. Фонофорез	2,0	2,5

Нормы нагрузки среднего медицинского персонала регламентируются Приказом МЗ СССР № 100 от 08.02.1968г. и составляют 50 условных единиц в день (15000 в год). За одну процедурную единицу принимают время (8 мин), необходимое для подготовки и проведения физиотерапевтической процедуры с соответствующим коэффициентом сложности.

Оценку работы физиотерапевтического отделения (кабинета) проводят по двум основным показателям. Первый из них – *суммарный охват больных физическими методами лечения* – определяется процентным соотношением количества лечившихся в отделении (кабинете) больных к общему числу первичных посещений в поликлинике. В среднем охват больных физическими методами лечения для поликлиник составляет 20-30%. Второй показатель – *количество процедур на одного лечившегося больного*. Для поликлиник показатель составляет 10-12 процедур.

#### **Техника безопасности при проведении физиотерапевтических процедур**

Современные аппараты и приборы для физиотерапии являются источниками электрических токов и электромагнитных полей, которые при неосторожном и неумелом использовании могут вызывать повреждение тканей организма и нежелательные изменения здоровья как больных, так и обслуживающего персонала.

Для профилактики нежелательных последствий необходимы строгое соблюдение и выполнение персоналом физиотерапевтических отделений

(кабинетов) правил – **«Типовая инструкция по охране труда персонала отделений, кабинетов физиотерапии», установленная МЗ СССР от 08.08.1987г.** Для проведения процедур следует использовать оборудование и аппаратуру, разрешенные к применению МЗ РФ и соответствующие нормативно-технической документации на данные изделия медицинской техники.

Безопасность работы в отделении (кабинете) согласно ОСТ 42-21-16-86, достигается:

- технологически и санитарно-гигиенически обоснованным размещением, планировкой и отделкой помещений;
- рациональной организацией работы;
- рациональной организацией рабочих мест;
- использованием исправной аппаратуры и защитного оборудования, отвечающих требованиям безопасности;
- соблюдением правил эксплуатации электроустановок, коммуникаций и оборудования;
- обучением персонала безопасным методам и приемам работы;
- применением эффективных средств защиты персонала.

К работе в физиотерапевтическом отделении (кабинете) допускаются лица, прошедшие инструктаж по технике безопасности, который, согласно **Приказу Министерства здравоохранения СССР от 20.08.1962г. № 862**, проводится при приеме на работу, затем ежеквартально и регистрируется в специальном журнале. Сотрудники физиотерапевтического отделения (кабинета) при поступлении на работу, в дальнейшем не реже 1 раза в год согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об обязательном при поступлении на работу и периодичном (не реже 1 раза в год) медицинском осмотре персонала ФТО» от 14.03.1996г. № 90. Ответственность за обеспечение безопасной работы на физиотерапевтической аппаратуре несет заведующий отделением или врач, ответственный за работу отделения (кабинета).

На каждый кабинет должен быть оформлен технический паспорт, содержащий перечень помещений, их оснащение и защитные устройства. Заведующий отделением (кабинетом) обязан разработать инструкции по технике безопасности для каждого кабинета. Они должны быть утверждены администрацией учреждения и вывешены на видном для персонала месте. Кроме того, в отделении должна находиться аптечка первой помощи с необходимым набором медикаментов

При работе с лазерами необходимо соблюдать требования безопасности, изложенные в ГОСТе Р 507023-94 «Лазерная безопасность. Общие требования» и Санитарных нормах и правилах устройства и эксплуатации лазеров № 5804-91. Лазеры устанавливаются в кабинетах, занавешенных шторами из светопоглощающего материала [4].

При работе с лазерными физиотерапевтическими установками запрещается смотреть навстречу первичному или зеркально отраженному лучу. При визуальной наводке лазерного луча на мишень не следует смотреть вдоль луча, так как при этом увеличивается опасность поражения отраженным светом.

При работе с лазерными физиотерапевтическими установками глаза медицинского персонала должны быть защищены очками во всех случаях, когда есть вероятность поражения глаз прямым, отраженным или рассеянным лазерным излучением. При работе с гелий-неоновыми лазерами марка стекла в очках должна быть СЭС-22. Количество очков должно соответствовать количеству работников в наибольшую смену с таким же резервом очков. Глаза пациентов должны быть защищены светонепроницаемыми накладками (масками)

Работа с лазерными установками должна проводиться в помещениях с ярким общим освещением. Вблизи трассы прохождения лазерного луча не должно быть предметов с зеркальными поверхностями (за исключением необходимых по условиям применения лазеров). Медицинский инструментарий должен иметь матовую поверхность.

Зеркальные поверхности оборудования должны быть покрыты неотражающими материалами. Стены помещения не должны давать зеркального отражения. Необходимо исключить возможность неконтролируемых перемещений лазерного луча, а также возможность случайного попадания прямого или зеркально отраженного луча на персонал или на пациентов вне операционного поля.

С внешней стороны помещений, где установлены лазерные установки, должен быть предупредительный знак лазерной опасности «Осторожно. Лазерное излучение!» (ГОСТ 12.4.026-76).

Современная выпускаемая физиотерапевтическая аппаратура гарантирует полную безопасность при правильной эксплуатации. При получении новой аппаратуры медицинскому персоналу необходимо ознакомиться с инструкцией по эксплуатации и только после этого устанавливать аппарат в кабинете. Руководители стоматологических поликлиник, отделений, в структуре которых имеется физиотерапевтическое отделение (кабинет), должны выполнять рекомендации по вопросам безопасности, изложенные в следующих документах:

1. Требования к помещениям физиотерапевтических отделений (кабинетов). – Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02-89).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ-42-22-16-86 ССБТ. Отделения, кабинета физиотерапии» от 04.11.1986г. № 1453.

3. Типовая инструкция по охране труда для персонала отделений, кабинетов физиотерапии. Утверждена МЗ СССР 08.09.1987г. Согласована Постановлением Президиума ЦК профсоюза медработников от 27.08.1987г., протокол № 8.

4. Правила техники безопасности при эксплуатации изделий медицинской техники в учреждениях здравоохранения. Общие требования. Утверждены МЗ СССР 27.08.84 г.

5. Классы электромедицинского оборудования (ГОСТ 12.2.045).

6. Организация обучения безопасности труда. Общие положения. Утверждено Госстандартом СССР, введено в действие 01.07.1991г. ГОСТ 12.0.004-90.

Обязательным являются копии следующих документов:

1. Сертификата с приложением лицензионно-аккредитационной комиссии при МЗ РФ.
2. Лицензии и протокола к ней.
3. Акта проверки санитарно-гигиенического состояния помещений физиотерапевтического отделения (кабинета).
4. Ведомостей клеймения физиотерапевтической аппаратуры.
5. Заключения о состоянии на объектах соискателя лицензии требований пожарной безопасности.
6. Заключения о состоянии медицинского оборудования (договора с предприятием медтехники).
7. Технического отчета по наладке и испытанию электроустановки.
8. Протокола проверки наличия на цепи между контуром заземления и заземленными элементами.
9. Протокола испытания сопротивления изоляции электрооборудования.
10. Протокола измерения сопротивления растеканию основных заземлителей.
11. Положения о враче-физиотерапевте ЛПУ.
12. Положения о медицинской сестре по физиотерапии ЛПУ.
13. Должностной инструкции врача-физиотерапевта.
14. Должностной инструкции медицинской сестры ФТО (кабинета).
15. Методик физиотерапевтического лечения, используемых в данном учреждении.

### ***1.1.2.7. Рентгенологический кабинет***

Рентгенологические исследования в распознавании заболеваний челюстно-лицевой области играют большую роль. К этой задаче добавляются показания к использованию рентгенологических методик для определения результатов лечения, оценки динамики течения заболеваний и полноты выздоровления [83, 8, 27].

Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должны соответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяют основные критерии радиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованию и персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и их эксплуатации [88].

Таковыми нормативными документами являются:

1. Федеральный закон от 09.01.96 № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения»



2. Федеральный закон от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения».

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2004г. № 107 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения».

4. СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)».

5. Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99): СП 2.6.1.799-99.

6. Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов по проведению рентгенологических исследований: СанПиН 2.6.1.1192-03.

7. Гигиенические требования по обеспечению радиационной безопасности при проведении лучевой терапии с помощью открытых радионуклидных источников: СанПиН 2.6.1.23-68-08.

8. Контроль эффективных доз облучения пациентов при медицинских рентгенологических исследованиях: МУК 2.6.1.1797-03.

9. Проведение радиационного контроля в рентгеновских кабинетах: МУ 2.6.1.1982-05.

10. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. СанПиН 2.1.3.2630-10, утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010г. №58.

Согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 на этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ) осуществляется выбор помещений, в которых будут проводиться рентгенологические исследования: либо в отдельном рентгеновском кабинете, либо в стоматологическом кабинете с установленным рентгеновским аппаратом.

На этом этапе также определяется количество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для их размещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция, электроснабжение, отопление, канализация и т. д.). Выбранная схема размещения рентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском кабинете или в стоматологическом кабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование. Рентгеновские аппараты могут быть размещены в отдельном рентгеновском кабинете или в стоматологическом кабинете.

Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания заказчика. На проект оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение в установленном порядке.

Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству и

эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации. Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и т. п.).

Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с действующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование и т. д.).

В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат для прицельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующим фотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА x мин) / неделя.

Размещение ортопантомографа в стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат в стоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентов данного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормам, не требуются. Также не предъявляются дополнительных требований по освещению, вентиляции, отоплению.

Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

- схему размещения рентгеновского аппарата;
- расчет радиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещения других пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологического исследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.

Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и т. д.).

Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся к персоналу группы «А». Остальные работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования, относятся к персоналу группы «Б». На них распространяются требования к персоналу, установленные основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности.

Если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого условия, при

необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

Каждая стоматологическая медицинская организация проходит основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности при вводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензии.

Для реализации требований санитарных правил администрация лечебного учреждения должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

- лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;
- санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источниками ионизирующих излучений (ИИИ);
- санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;
- заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;
- санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) или проектные материалы (стоматологический кабинет с рентгеновским аппаратом);
- эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;
- технический паспорт на рентгеновский кабинет;
- протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;
- протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;
- протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;
- акты проверки заземления;
- акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);
- заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы «А» предварительных и периодических медицинских осмотров;
- приказ о допуске сотрудников к работе с ИИИ и отнесении их к персоналу группы «А»;
- приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;
- документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;
- программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля медицинской организации);
- наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;
- инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;

- журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;
- карточки учета индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы «А».

Не допускается применение рентгеновских аппаратов и проведение работ, не указанных в санитарно-эпидемиологическом заключении. Администрация лечебно-профилактического учреждения должна обратиться в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы с ходатайством о переоформлении санитарно-эпидемиологического заключения при переоформлении (продлении) лицензии, изменении условий эксплуатации рентгеновского кабинета (замена аппарата, ремонт или замена рентгеновского излучателя, изменение планировки и т. д.).

Согласно СанПиН 2.6.1.1192-03 размещение и стационарная защита помещений для рентгеностоматологических исследований определяется типом рентгеновской аппаратуры и величиной рабочей нагрузки аппарата.

Дентальные аппараты с обычной пленкой без усиливающего экрана и панорамные аппараты разрешается размещать только в рентгеновском отделении (кабинете) лечебно-профилактического учреждения общемедицинского или стоматологического профиля.

Дентальные аппараты и пантомографы, работающие с высокочувствительным приемником изображения (без фотолаборатории), и дентальные аппараты с цифровой обработкой изображения, рабочая нагрузка которых не превышает 40 (мА x мин.) / нед., могут располагаться в помещении стоматологического учреждения, находящегося в жилом доме, в том числе в смежных с жилыми помещениями, при условии обеспечения требований норм радиационной безопасности для населения в пределах помещения, в которых проводятся рентгеностоматологические исследования. Если в помещении установлено несколько аппаратов для рентгеностоматологических исследований, то система управления должна предусматривать возможность эксплуатации одновременно только одного аппарата.

Вновь разрабатываемые отечественные, а также закупаемые импортные рентгенодиагностические аппараты должны быть оснащены средствами измерения доз облучения пациентов. Тип средства измерения должен быть утвержден в установленном порядке. При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учет и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственной ежегодной статистической отчетности (СанПиН 2.1.3.2630-10).

При обращении с рентгеновскими медицинскими аппаратами организации (лечебно-профилактические учреждения, стоматологические клиники, другие организации и частные лица) обеспечивают:

- планирование и осуществление мероприятий по обеспечению радиационной безопасности;
- осуществление производственного контроля над радиационной обстановкой на рабочих местах, в помещениях, на территории организаций;

- проведение индивидуального контроля и учет индивидуальных доз персонала и населения. Контроль и учет индивидуальных доз облучения осуществляется в рамках единой государственной системы контроля и учета индивидуальных доз облучения;

- проведение подготовки и аттестации руководителей и исполнителей работ, специалистов служб радиационного контроля, других лиц, постоянно или временно выполняющих работы с рентгеновскими аппаратами, по вопросам обеспечения радиационной безопасности;

- организацию, проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медосмотров персонала;

- регулярное информирование персонала об уровнях ионизирующего излучения на рабочих местах и величине полученных индивидуальных доз облучения;

- своевременное информирование федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственное управление, государственный надзор и контроль в области радиационной безопасности, а также органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации об аварийных ситуациях;

- выполнение заключений, предписаний должностных лиц или уполномоченных на то органов исполнительной власти, осуществляющих государственное управление, государственный надзор и контроль в области обеспечения радиационной безопасности;

- реализацию прав граждан в области обеспечения радиационной безопасности.

Порядок проведения производственного контроля определяется для каждой организации с учетом особенностей и условий, выполняемых ею работ и согласовывается с органами государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Должностные лица, осуществляющие производственный контроль обеспечения радиационной безопасности, вправе приостанавливать проведение работ с источниками ионизирующего излучения при выявлении нарушений санитарных норм, правил и гигиенических нормативов, правил охраны труда, распорядительных, инструктивных, методических документов в области обеспечения радиационной безопасности в соответствующей организации до устранения обнаруженных нарушений.

Рентгеновские аппараты учитываются в приходно-расходном журнале. Ежегодно комиссия, назначенная руководителем учреждения, проводит инвентаризацию рентгеновских аппаратов.

Уровни облучения персонала и населения не должны превышать основных пределов доз, установленных НРБ-99, значения которых приведены в табл. 31.

**Основные пределы доз**

Нормируемые величины	Пределы доз		
	Персонал группы А	Персонал группы Б	Лица из населения
Эффективная доза	20 мЗв в год в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 50 мЗв в год	5 мЗв в год	1 мЗв в год в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 5 мЗв в год
Эквивалентная доза за год			
- в хрусталике,	150 мЗв	38 мЗв	15 мЗв
- коже,	500 мЗв	125 мЗв	50 мЗв
- кистях и стопах	500 мЗв	125 мЗв	50 мЗв

Следует строго руководствоваться соблюдением этапов работы в рентгеновском кабинете. До начала работы персонал обязан провести проверку исправности оборудования и реактивов. При обнаружении неисправностей необходимо приостановить работу и вызвать организацию, осуществляющую техническое обслуживание и ремонт оборудования.

После окончания рабочего дня должен производиться тщательный осмотр всех помещений рентгеновского отделения (кабинета): должны быть отключены рентгеновский аппарат, электроприборы, настольные лампы, электроосвещение. После окончания работы в кабинете должна быть проведена влажная уборка стен с мытьем полов и тщательная дезинфекция элементов и принадлежностей рентгеновского аппарата, с которыми соприкасаются пациент и врач при исследовании. При обнаружении свинцовой пыли, свидетельствующей о нарушении санитарно-гигиенических требований к эксплуатации средств защиты, должна проводиться влажная уборка с использованием 1-2-процентного раствора уксусной кислоты.

Не допускается проведение влажной уборки процедурной и комнаты управления рентгеновского кабинета непосредственно перед началом и во время рентгенологических исследований.

Поверхности стен и потолка в процедурной и комнате управления должны быть гладкими, легко очищаемыми и допускать влажную уборку.

Стены фотолаборатории должны быть отделаны кафелем светлых тонов, в первую очередь у раковины и устройства для фотообработки (кафельный фартук). Разрешается отделка кафелем на высоту 2м с вышерасположенной отделкой материалами, допускающими их влажную многократную санитарную обработку.

Окно процедурной для рентгеноскопии снабжают светозащитными устройствами (жалюзи и т. п.) для затемнения от естественного освещения (прямого солнечного света).

Окно, передаточный люк и входную дверь фотолаборатории защищают светонепроницаемыми шторами с целью предупреждения засветок фотоматериалов.

Дверь из фотолаборатории, процедурной и комнаты управления в коридор должна из соображений пожарной безопасности открываться «на выход» (по ходу эвакуации), а из комнаты управления в процедурную – в сторону процедурной.

Размещение рентгеновского аппарата должно производиться таким образом, чтобы первичный пучок излучения был направлен в сторону капитальной стены, за которой размещается менее посещаемое помещение. Не следует направлять прямой пучок излучения в направлении смотрового окна (комнаты управления, защитной ширмы).

При расположении кабинета на первом этаже или при расстоянии до жилых и служебных помещений менее 30м окна процедурной должны экранироваться защитными ставнями на высоту не менее 2м от уровня пола.

Управление дентальными аппаратами осуществляется в помещении проведения рентгенологического исследования с помощью выносного пульта управления на расстоянии не менее 2,5м от рентгеновского излучателя.

Высота процедурной рентгеновского кабинета должна обеспечивать функционирование технического оснащения, например потолочного крепления рентгеновского излучателя, штатива, телевизионного монитора, бестеневой лампы и др. Рентгеновская аппаратура с потолочной подвеской излучателя, экрано-снимочного устройства или усилителя рентгеновского изображения требует высоты помещения не менее 3м.

Ориентация окон рентгеновского кабинета для рентгеноскопии и фотолаборатории предпочтительна в северо-западные направления.

Состав и площади помещений для рентгеностоматологических исследований представлены в табл. 32.

Таблица 32

### Состав и площади помещений для рентгеностоматологических исследований

Наименование помещений	Площадь, кв. м (не менее)
1. Кабинет рентгенодиагностики заболеваний зубов методом рентгенографии с дентальным аппаратом, работающим с обычной пленкой без усиливающего экрана - процедурная - фотолаборатория	8 6
2. Кабинет рентгенодиагностики заболеваний зубов методом рентгенографии с дентальным аппаратом, работающим с высокочувствительным пленочным и/или цифровым приемником изображения, в том числе с визиографом (без фотолаборатории) - процедурная	6
3. Кабинет рентгенодиагностики методом панорамной	

рентгенографии или панорамной томографии	
- процедурная	8
- комната управления <*>	6
- фотолаборатория <*>	8

<\*> Может отсутствовать при использовании аппаратов, укомплектованных средствами защиты рабочих мест персонала (защитные кабины, защитные барьеры и др.).

<\*> Может отсутствовать при использовании аппаратов с цифровой обработкой изображения.

При установке в процедурной более одного рентгеновского дентального аппарата площадь помещения должна быть увеличена в зависимости от типа аппарата, но не менее чем на 4 кв. м на каждый дополнительный аппарат.

Требования к вентиляции помещений для рентгеностоматологических исследований должны соответствовать требованиям к вентиляции, предъявляемым к стоматологическим отделениям.

В медицинской практике может применяться рентгеностоматологическое отечественное оборудование, выпускаемое по техническим условиям, согласованным с Минздравом России, и прошедшее гигиеническую оценку.

Импортное рентгеновское оборудование допускается к поставке и эксплуатации при наличии регистрационного свидетельства Минздрава России и санитарно-эпидемиологического заключения.

Администрация стоматологического учреждения обязана определить перечень лиц, работающих на дентальных рентгеновских аппаратах, обеспечить необходимое обучение и инструктаж, назначить приказом по учреждению лицо, ответственное за радиационную безопасность, учет и хранение рентгеновского аппарата, за радиационный контроль. Администрация учреждения несет ответственность за обеспечение радиационной безопасности персонала и пациентов.

Кабинет, где проводятся рентгеностоматологические исследования, должен иметь набор передвижных и индивидуальных средств защиты персонала и пациентов в соответствии с табл. 33.

Таблица 33

**Набор передвижных и индивидуальных средств защиты  
персонала и пациентов в рентгенодиагностическом  
кабинете для дентальных исследований**

Наименование	Количество, шт.
1. Большая защитная ширма со смотровым окном для аппаратов, работающих с обычной пленкой без усиливающего экрана, панорамных аппаратов, пантомографов (при размещении пульта управления и процедурной в одном помещении)	1



2. Фартук защитный односторонний - легкий (для персонала)	1
3. Фартук защитный стоматологический (для пациента)	2
4. Накидка (пелерина) защитная и воротник (для пациента)	1

Персонал, осуществляющий работу на рентгеновских аппаратах, должен быть обучен правилам работы на данном аппарате, подготовлен по вопросам обеспечения радиационной безопасности персонала и пациентов и иметь документ от аккредитованного по этим вопросам учреждения.

К работе на рентгеностоматологическом аппарате допускаются лица старше 18 лет, не имеющие медицинских противопоказаний, после обучения, инструктажа, проверки знаний правил безопасности ведения работ, действующих в учреждении инструкций, и отнесенные приказом администрации учреждения к категории персонала группы А.

Администрация стоматологического учреждения обязана обеспечить проведение постоянного индивидуального дозиметрического контроля сотрудникам, осуществляющим работу на дентальных рентгеновских аппаратах.

В целях защиты кожи пациента при рентгенологических процедурах длина тубуса аппарата должна обеспечивать кожно-фокусное расстояние не менее 10см для аппарата с номинальным напряжением до 70 кВ и 20см при более высоких значениях анодного напряжения.

В современных условиях арсенал дентальных рентгеновских аппаратов довольно большой. По мнению Н. А. Рабухиной (1999) практическая стоматология все еще традиционно базируется на использовании очень небольшого числа способов внутри- и внеротовой рентгенографии. Основой рентгенологического исследования при большинстве заболеваний зубов и пародонта по-прежнему служит внутриворотная рентгенография. С этой целью используется выпускаемый с 1982г. отечественный аппарат 5Д2, имеющий тубус-центратор длиной 15см. С 1993г. выпускается новый отечественный дентальный аппарат 6Д4, имеющей более мощную рентгеновскую трубку. Зарубежные дентальные аппараты последнего поколения представлены «Минрей», ф. «Соредекс», Финляндия. За последние 10-15 лет при исследовании зубов и периапикальных тканей применяют радиовизиографы, которые находят более широкое применение у терапевтов-стоматологов.

**Радиовизиография** дает изображение, регистрируемое на специальной электронной матрице, обладающей высокой чувствительностью к рентгеновским лучам. Изображение с матрицы по оптоволоконной системе передается в компьютер, обрабатывается и выводится на экран монитора. В ходе обработки оцифрованного изображения может осуществляться увеличение его размеров, усиление контраста, изменение, если необходимо, полярности – с негатива на позитив, цветовая коррекция. ЭВМ дает возможность более

детального изучения тех или иных зон, измерения необходимых параметров, в частности длины корневых каналов, денситометрии. С экрана монитора изображение может быть перенесено на бумагу – с помощью принтера, входящего в комплект оборудования. Достоинства цифровой обработки рентгеновского изображения: быстрота получения информации; возможность исключения фотопроцесса и снижение дозы ионизирующего излучения на пациента в 2-3 раза [82].

Наибольший практический эффект использование радиовизиографии дает в тех случаях, когда аппаратура размещена в непосредственной близости к стоматологической установке, что позволяет легко осуществлять контроль за лечебными мероприятиями, не перемещая больного из кресла.

Требования к радиовизиографам, их размещению, организации работ и эксплуатации в стоматологических кабинетах отражены в НРБ-99, СанПиН 2.6.1.1192-03, Методических указаниях МУ 2.6.1.2043-06.

### **Извлечения из МУ 2.6.1.2043-06**

**Радиовизиографы**, в том числе импортные, могут быть допущены к использованию на территории Российской Федерации только при наличии регистрационного удостоверения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и санитарно-эпидемиологического заключения на аппарат как на продукцию, представляющую потенциальную опасность для человека.

Техническая документация на радиовизиограф (техническое описание, инструкция по эксплуатации руководство пользователя и др.) должна включать рекомендации по контролю индивидуальных эффективных доз облучения пациентов при проведении рентгеностоматологических исследований.

Рабочая нагрузка радиовизиографа, эксплуатируемого в стоматологическом кабинете, не должна превышать 40 (мА x мин.) / нед.

Дополнительных требований к освещенности, вентиляции и отделке пола и стен стоматологического кабинета не предъявляется.

Размещение радиовизиографа в стоматологическом кабинете производится так, чтобы мощность дозы, приведенная к стандартной рабочей нагрузке радиовизиографа, на внешних поверхностях стен, перекрытий, смежных с жилыми помещениями, не превышала 0,3 мкГр/ч.

Для защиты персонала необходимо установить рентгенозащитную ширму на расстоянии не менее 1 м от рентгеновского излучателя. Размеры, размещение и значение свинцового эквивалента защитной ширмы с учетом используемых направлений пучка рентгеновского излучения определяются на основании расчета радиационной защиты.

При размещении радиовизиографа в стоматологическом кабинете разработки проекта размещения радиовизиографа не требуется.

Для получения санитарно-эпидемиологического заключения в территориальное управление Роспотребнадзора представляются проектные материалы, содержащие схему размещения радиовизиографа и расчет радиационной защиты, включающий значения мощностей доз в помещениях,

смежных со стоматологическим кабинетом. Ответственность за предоставление проектных материалов несет администрация стоматологической клиники.

Вопрос о необходимости защиты оконных проемов и дверей может быть решен как по результатам расчета защиты, так и на основании дозиметрических измерений.

Учреждение, использующее радиовизиографы в стоматологических кабинетах, должно иметь следующую документацию:

- санитарно-эпидемиологическое заключение на радиовизиограф как на продукцию, представляющую потенциальную опасность для человека;

- регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на радиовизиограф как на изделие медицинской техники;

- санитарно-эпидемиологическое заключение на проектные материалы или проект размещения радиовизиографа в стоматологическом кабинете;

- инструкцию по охране труда, включающую требования по радиационной безопасности при работе с радиовизиографом;

- санитарные правила и иные нормативные и инструктивно-методические документы, регламентирующие требования радиационной безопасности при работе с радиовизиографом;

- эксплуатационную документацию производителя на радиовизиограф;

- протоколы дозиметрических измерений;

- приказ об отнесении работающих с радиовизиографами к персоналу группы А;

- приказ о назначении лиц, ответственных за радиационную безопасность, учет и хранение радиовизиографов;

- документ об обучении персонала радиационной безопасности;

- заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы А предварительных периодических медицинских осмотров;

- журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;

- карточки учета индивидуальных доз облучения персонала;

- документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов.

К работе с радиовизиографами допускаются специалисты старше 18 лет, не имеющие медицинских противопоказаний, после прохождения обучения правилам работы на радиовизиографах и радиационной безопасности, инструктажа, проверки знаний правил безопасности ведения работ, действующих в учреждении инструкций, и отнесенные приказом администрации учреждения к категории персонала группы А.

При проведении рентгеностоматологических исследований с использованием радиовизиографов обязательно должны использоваться средства индивидуальной защиты для пациента, экранирующие щитовидную железу, грудную клетку и область таза.

При необходимости нахождения персонала, проводящего рентгеностоматологические исследования рядом с пациентом, персонал должен

использовать средства индивидуальной защиты в соответствии с номенклатурой, указанной в СанПиН 2.6.1.1192-03.

При проведении рентгеностоматологических исследований должен осуществляться контроль доз облучения пациентов в соответствии с требованиями МУК 2.6.1.1797-03.

Для персонала группы А, работающего с радиовизиографами, должен проводиться постоянный индивидуальный дозиметрический контроль.

Измерение мощности дозы рентгеновского излучения на рабочих местах, в смежных помещениях территории в соответствии с МУ 2.6.1.1982-05 проводится при приемке радиовизиографа в эксплуатацию после его ремонта, а также при получении (переоформлении) санитарно-эпидемиологического заключения в соответствии условий работы с радиовизиографом санитарным правилам.

Испытания эксплуатационных параметров радиовизиографа проводятся при введении его в эксплуатацию, после ремонта, а также не реже одного раза в два года для радиовизиографов, срок эксплуатации которых превышает 10 лет.

Администрация учреждения, в котором используются радиовизиографы, обязана обеспечить ежегодное заполнение и представление в установленном порядке радиационно-гигиенического паспорта организации и форм федерального государственного статистического наблюдения № 1-ДОЗ, 2-ДОЗ и 3-ДОЗ.

Более трех десятилетий назад в арсенал рентгенодиагностики заболеваний зубочелюстной системы вошла панорамная рентгенография. В различных странах, в том числе в РФ, из всех видов аппаратов для рентгенографии наиболее широко используют штатив «Статус-Х».

По наблюдениям Н. А. Рабухиной, А.П.Аржанцева (2000) прямые панорамные рентгенограммы имеют преимущество перед внутриворотными снимками по богатству деталей изображения костной ткани и твердых тканей зубов. При минимальной лучевой нагрузке они позволяют получить широкий обзор альвеолярного отростка и зубного ряда, облегчают работу рентгенолаборанта и резко сокращают время исследования.

В стоматологии нашла широкое применение **панорамная зонография или ортопантомография**. Эта методика не имеет себе равных по ряду показателей (обзор большого отдела лицевого черепа в идентичных условиях, минимальная лучевая нагрузка, малые затраты времени на исследование). Появление ортопантомографии явилось своего рода революцией в рентгенологии челюстно-лицевой области. Оптимальные показатели для ортопантомографии дают специальные пленки компании Kodak (США) Т-МАТ Е, Т-МАТ G и Х-ОМАТ S размерами 15×30см и 12,7×30,5см.

Панорамная зонография позволяет получить плоское изображение изогнутых поверхностей объемных областей, для чего используют вращение либо большого и кассеты, либо рентгеновской трубки и кассеты. В основном получили развитие аппараты второго типа.

Изобретены различные модели аппаратов, это обусловлено стремлением свести к минимуму дисторсию изображения и его увеличение. Оптимальными

возможностями для детей обладает аппарат «Феникс», ф. Радианте, Финляндия. Уникальным является ортопантомограф ОП-6 или «Зонарк», ф. «Медко» (Финляндия). В отличие от других аппаратов можно произвести зонограммы различных отделов черепа, не меняя положения пациента (Н. А. Рабухина, 1999).

Методики ортопантомографии, могут использоваться при диагностике любых заболеваний зубочелюстной системы и патологии околоносовых пазух. Её достоинством, несмотря на дисторсию изображения, является передача относительно правильно размеров зубов, что может быть важно для ортопедов и ортодонтотв. Не менее важно то, что ортопантомограмма может быть использована при диспансеризации и эпидемиологических скринингах.

Сложность анатомического строения лицевого черепа при уточненной диагностике заставляет использовать не только ортопантомографию, но и **продольную томографию и зонографию**. По данным Н. А. Рабухиной, А.П.Аржанцева (2000) томография чаще используется в сравнении с зонографией, т. к. её преимуществом является выделение «толстых» срезов (1,5-2,5см), что позволяет существенно сократить количество снимков, сделать процедуру более экономичной и безопасной в лучевом отношении.

**Электрорентгенография** достаточно информативна при выявлении патологических изменений в костях, имеет преимущества при исследовании мягких тканей, более экономична и ускоряет процесс получения снимка. Однако меньшая чувствительность селеновых пластин вынуждает увеличивать напряжение и лучевую нагрузку на пациента. Это ограничивает использование электрорентгенографии при обследовании детей и женщин.

Задачей **артрографии** является детализация диагностики поражений височно-нижнечелюстного сустава путем уточнения состояния внутрисуставного мениска. Манипуляцию осуществляют после анестезии кожи под рентгенотелевизионным контролем. Сустав пунктируют в задних отделах иглой, через которую вводят от 0,8 до 1,5мл вязкого водорастворимого контрастного препарата. Производят томограммы или зонограммы сустава при различных движениях нижней челюсти. Процедура требует осторожности и опыта.

Контрастирование артериальных и венозных сосудов челюстно-лицевой области наиболее широко осуществляется при новообразованиях различного типа, особенно гемангиомах. Контрастный препарат можно вводить тремя способами. Наиболее простой – пункция гемангиомы с введением контрастного вещества.

**Ангиография** – сложная процедура, которую следует выполнять в специально оборудованном рентгенооперационном кабинете в условиях асептики и антисептики, под местным обезболиванием. Её осуществление требует специальной аппаратуры, обеспечивающей автоматизированную съемку серии ангиограмм с большой скоростью и в соответствии с заданной программой.

**Сиалография** – наиболее старый и часто используемый способ контрастного исследования в стоматологии. Контрастные вещества вводятся в

протоки слюнных желез при помощи обычного шприца через затупленную и слегка изогнутую по форме протока иглу, канюлей или катетером. Использование иглы имеет ряд недостатков: ввести ее в проток не всегда удается, она не фиксируется в протоке и может выйти из него в момент введения контрастного вещества, инстилляция иглы нередко представляет собой трудоемкую для врача и болезненную для пациента процедуру.

Значительный прогресс в рентгенологическом исследовании различных органов и систем связан с введением в практику **компьютерной томографии**. Она позволяет получить поперечное послойное изображение любой области человеческого тела, в том числе черепа.

В настоящее время это единственный способ одновременного получения изображения не только костных отделов, но и мягких тканей, в том числе мозга. Компьютерная томография широко используется при распознавании заболеваний лицевого черепа и зубочелюстной системы: патологии височно-нижнечелюстных суставов, особенно менисков, врожденных и приобретенных деформаций, переломов, опухолей, кист, системных заболеваний, патологии слюнных желез, болезней носо- и ротоглотки. Она позволяет точно определить локализацию поражений, провести дифференциальную диагностику заболеваний, планирование оперативных вмешательств и лучевой терапии.

Особое место среди рентгенологических методов, используемых в стоматологии, занимает **телерентгенологическое исследование**. Оно применяется как способ изучения пропорций и взаимоотношений отделов лицевого и мозгового черепа у больных с нарушениями взаимоотношений зубных рядов и деформациями приобретенного генеза, по снимкам, произведенным с расстояния не менее 1,5м. Телерентгенография помогает оценить характер деформации, направление роста костных отделов и определить сроки и порядок хирургических и ортодонтических мероприятий.

В. Д. Вагнер и соавт. (2008) указывают, что в современной стоматологии роль рентгенологического исследования неуклонно возрастает.

Этому способствовали значительные достижения стоматологической науки и практики, прогресс в развитии рентгеновской и компьютерной техники. Авторы отмечают, что при оптимизации рентгеновского процесса в амбулаторной стоматологии в настоящее время возникли определенные трудности, требующие решения правовых, организационных, научно-технических и учебно-методических вопросов.

Решению этих вопросов значительное внимание уделяется в методических рекомендациях по вопросам организации, лицензирования и аккредитации медицинских стоматологических организаций при виде деятельности по специальности «Рентгенология» и в сфере обращения с источниками ионизирующего излучения, составленные В. Д. Вагнером и соавт. (2008).

Авторами представлен классификатор услуг, работ и технологий для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальности «Рентгенология; лучевая диагностика» КУРТ-Р, утвержденная Советом СТАР 16.04.2007г.

Советом СтАР утверждены порядок оценки стоматологических учреждений в зависимости от объема услуг, работ и технологий для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности «Рентгенология; лучевая диагностика», согласно которому лечебно-профилактическим учреждениям присваивали разряд от 1 (самого низкого) до 5.

В. Д. Вагнером и соавт. (2008) разработаны для амбулаторной практики рациональные алгоритмы рентгенологического обследования пациентов в стоматологической клинике (терапия, хирургия, ортопедия).

Алгоритм рентгенологического обследования пациентов в амбулаторной стоматологической практике следующий:

- панорамная рентгенография всего зубного ряда (ортопантомография) рекомендуется всем первичным пациентам;

- внутриротовая прицельная рентгенография зубов и периапикальных тканей (цифровая на радиовизиографе или пленочная на дентальном рентгеновском аппарате) в стоматологических клиниках;

- контрольная ортопантомография в динамике после проведения терапевтического, хирургического, ортопедического лечения по назначению врача-стоматолога (1 раз в 2 года).

Составлены алгоритмы рентгенологического обследования пациентов для ортопедического лечения пациентов детского возраста, пациентов при ортодонтическом лечении.

Штатные нормативы медицинского персонала в рентгеновском кабинете стоматологической поликлинике утверждены **Приказом МЗ СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» от 1 октября 1976г. № 950** (Приложение № 1). В нем, в частности, указано:

4. Должность врачей-рентгенологов устанавливается из расчета 1 должность на 15000 рентгеновских снимков в год.

10. Должности рентгенолаборантов устанавливаются из расчета 1 должность в смену.

### ***1.1.2.8. Кабинет профилактики***

Общеизвестно, что основной целью профилактики является:

- устранение причин возникновения и развития заболеваний;  
- создание условий для повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Разработка методов профилактики основных стоматологических заболеваний у населения невозможна без эпидемиологических исследований. Сотрудниками кафедры профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ при сотрудничестве с ВОЗ в соответствии с **Приказом МЗ РФ «О проведении эпидемиологического стоматологического обследования**

населения российской Федерации» от 06.05.1996г. № 181 провели обследование 46 регионов.

В табл. 34 представлены средние данные о частоте распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов среди ключевых возрастных групп населения России (Э. М. Кузьмина, 2001)

Таблица 34

**Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов среди ключевых возрастных групп населения России [20]**

Возраст	Распространенность кариеса зубов (%)	КПУ	К	П	У
6	22	0,30	0,24	0,06	–
12	78	2,91	1,63	1,19	0,09
15	88	4,37	2,17	1,96	0,24
35-44	98	13,14	3,27	4,35	5,52
65 и более	99	21,79	2,52	1,98	17,29

Анализ результатов обследования свидетельствуют о том, что с возрастом поражение зубов кариесом возрастает с 22% у 6-летних детей до 99% у лиц 65 лет и старше. Интенсивность кариеса у лиц 65 лет и старше достигает 22 против 0,30 у 6-летних детей.

По данным эпидемиологического стоматологического обследования было установлено, что распространенность кариеса молочных зубов у 6-летних детей составляет 73%, средняя интенсивность кариеса по индексу кпу составляет 4,76, при этом компонент «к» равен 3,47; «п» – 1,15; «у» – 0,14.

Для оценки распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов на уровне популяции ключевой возрастной группой являются 12-летние дети. В табл. 35 приведены средние показатели распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов у детей населения России (Э. М. Кузьмина, 2001).

Таблица 35

**Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов у детского населения России [20]**

Возраст	Распространенность кариеса зубов (%)	КПУ	К	П	У
6	22	0,30	0,24	0,06	–
12	78	2,91	1,63	1,19	0,09
15	88	4,37	2,17	1,96	0,24

Распространенность кариеса постоянных зубов возрастает от 22% у 6-летних детей до 78% у 12-летних и до 88% у 15-летних. Соответственно возрастам выросли показатели интенсивности кариеса от 0,30 до 2,91 и 4,37.



Для оценки распространенности и интенсивности заболеваний пародонта при эпидемиологическом стоматологическом исследовании по методике, рекомендуемой ВОЗ, используется коммунальный пародонтальный индекс – CPI.

Ключевой возрастной группой для оценки распространенности и интенсивности заболеваний пародонта на уровне популяции являются 15-летние подростки.

Интенсивность поражения пародонта у детского населения России (по индексу CPI) представлены в табл. 36.

Таблица 36

**Интенсивность поражения пародонта у детского населения России  
(по индексу CPI) [20]**

<b>Возраст</b>	<b>Здоровые секстанты</b>	<b>Кровоточивость десен</b>	<b>Зубной камень</b>	<b>Пародонтальный карман 4-5мм</b>
12	3,5	2,0	0,5	–
15	3,0	2,0	1,0	–

При анализе интенсивности поражения пародонта в возрастных группах 12 и 15 лет наряду с интактными регистрировались секстанты с кровоточивостью и зубным камнем, количество которых к 15 годам увеличилось до 1,0.

Общая картина распространенности (%) поражений пародонта среди населения в регионах России представлена в табл. 37 (Э. М. Кузьмина, 2001).

Таблица 37

**Распространенность (%) поражений пародонта  
среди населения в регионах России [20]**

<b>Возраст</b>	<b>Здоровый пародонт</b>	<b>Кровоточивость десен</b>	<b>Зубной камень</b>	<b>Карманы 4-5мм</b>	<b>Карманы 6мм и более</b>
12	51,8	29,6	18,6	–	–
15	43,2	31,1	24,5	1,2	–
35-44	13,8	11,5	47,1	22,5	5,1
65 и более	2,2	7,2	35,7	38	16,9

Данные таблицы свидетельствуют о том, что у детей преобладает кровоточивость десен и наличие зубного камня. В возрастной группе 35-44 лет отсутствовало поражение пародонта только у 13,8% обследованных. Из показателей преобладали зубной камень и пародонтальные карманы различной глубины. В 65 лет и старше практически не встречались лица с интактным пародонтом.

Результаты исследования наглядно показали, что относительно невысокая распространенность и интенсивность кариеса зубов и легкая степень заболеваний пародонта у детей и подростков при отсутствии программ профилактики на популяционном уровне переходят у взрослых в тяжелую форму, что увеличивает потребность во всех видах стоматологической помощи [20].

**Европейским региональным бюро ВОЗ** разработан программный документ «Здоровье 21 – здоровье для всех в XXI столетии». В нем представлены основы политики ВОЗ в достижении здоровья населения, в том числе и стоматологического в Европейском регионе.

**Европейские цели стоматологического здоровья детей, которые должны быть достигнуты к 2020г.:**

1) свыше 80% 6-летних детей должны иметь интактные зубы, при этом среднее значение индекса кпу временных зубов не должно превышать 2,0;

2) у 12-летних детей средняя интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ не должна превышать 1,5, при этом компонент «К» (нелеченый кариес) должен быть ниже 0,5. Среднее число здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 5,5;

3) у 15-летних подростков средняя величина индекса КПУ не должна превышать 2,3, при этом компонент «К» должен быть менее 0,5. Не должно быть зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса. Среднее число здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 5;

4) у 18-летних не должно быть зубов, удаленных из-за кариеса и болезней пародонта. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 4,0;

5) у 35-44-летних средняя величина индекса КПУ зубов должна быть не более 10, при этом компонент «У» (удаленные зубы) должен составить не более 4. У 90% лиц этого возраста должно сохраниться 20 или более естественных функционирующих зубов, при этом число беззубых лиц не должно превышать 1%. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть более 2,0;

б) в возрасте 65 лет и старше 90% населения должны иметь функционально полноценную окклюзию (естественную или восстановленную протезами), при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество сектантов с глубокими карманами не должно превышать 0,5.

Согласно этому программному документу происходит планирование программ профилактики и оказания лечебной помощи.

Принято выделять **три вида профилактики** стоматологических заболеваний:

- первичная,
- вторичная,
- третичная.

**Первичная профилактика** – использование различных методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний. Проведение профилактических мероприятий должно способствовать стабилизации начальных признаков поражения или их обратному развитию.

Меры первичной профилактики:

- индивидуальная гигиена полости рта;
- профессиональная гигиена полости рта;
- эндогенное использование препаратов фтора;
- применение средств местной профилактики;
- стоматологическое просвещение населения.

**Вторичная профилактика** – применение традиционных методов лечения для остановки развившегося патологического процесса и сохранения тканей.

Методы вторичной профилактики:

- лечение кариеса зубов;
- лечение пульпита и периодонтита зубов;
- терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта;
- лечение других заболеваний полости рта.

**Третичная профилактика** – восполнение утраченной функции с использованием средств, замещающих соответствующие ткани, проведение реабилитации пациентов, насколько возможно приближая их состояние к норме.

В практическом здравоохранении в реализации программного документа ВОЗ на уровне регионов отводится большая роль кабинету профилактики, создаваемому при детских (республиканских, краевых, областных, городских) поликлиниках, а также в стоматологических учреждениях для взрослого населения.

Основные функции кабинета связаны с проведением среди населения первичной профилактики. Ведущим компонентом ее является индивидуальная гигиена полости рта. Она предусматривает обучение пациентов систематической с правильно подобранной зубной щеткой и зубными нитями чистке зубов, регулярному массажу десен.

Поскольку при самостоятельной чистке зубов часто не наблюдается полного удаления мягкого зубного налета из ретенционных пунктов, то показано проведение профессиональной чистки, которая осуществляется врачом-стоматологом или гигиенистом стоматологическим.

**Профессиональная гигиена** – это комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта путем механического удаления с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений.

Они включают несколько этапов:

- мотивацию пациента к борьбе со стоматологическими заболеваниями;
- обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полировку поверхности зуба (в т. ч. и корня);

- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета.

Профессиональная гигиена проводится детям, подросткам и взрослым строго индивидуально и через определенные интервалы времени.

Длительность интервала определяется гигиеническим состоянием полости рта, интенсивностью кариеса зубов, наличием гингивита, выраженностью пародонтита, степенью прорезывания зубов у детей.

Проведение профессиональной гигиены повышает качество диагностики кариеса зубов, что является необходимым условием качественного осуществления сложных методов лечения: эстетическое пломбирование, микропротезирование, отбеливание зубов, хирургическое пародонтологическое лечение, имплантация и др. Перед профессиональной чисткой зубов обязательно проводится стоматологическое обследование с определением индексов СРІ, РМА, гигиенических индексов. Результаты осмотра заносятся в медицинскую карту больного для последующего контроля над гигиеной полости рта. Воспитательной мерой для пациента является сравнение стоматологического здоровья до и после профессиональной чистки зубов.

В кабинете профилактики проводится также *контролируемая* чистка зубов. Пациент осуществляет ее в присутствии врача-стоматолога или гигиениста. Использование индикаторов для выявления зубного налета помогает врачу оценить знания пациента по гигиене полости рта, провести их коррекцию.

Для проведения профессиональной гигиены в кабинете профилактики надо иметь следующие аксессуары:

- резиновые колпачки для удаления мягкого зубного налета с гладких поверхностей зубов и для полировки корней зубов;
- полировочная профилактическая паста (мелко-, средне- и крупнодисперсная, несодержащая и F- содержащая);
- вращающиеся щеточки для удаления мягкого зубного налета;
- зубные нити;
- ручные или ультразвуковые инструменты для удаления зубных отложений;
- ручные скейлеры для удаления над- и поддесневых зубных отложений;
- кюретки для удаления остатков зубного камня и полировки поверхности корня зуба;
- пародонтальный пуговчатый зонд.

Значимую роль в первичной профилактике кариеса зубов занимают соединения фтора. Существует два способа их применения:

- системный (эндогенный) – поступление фторидов в организм с водой, солью, молоком, в таблетках и каплях;
- местный (экзогенный) – использование зубных паст, лаков, растворов для полосканий, растворов и гелей для аппликаций.

В нашей стране разрешено применение обоих способов. Однако, по мнению В. К. Леонтьева, О. Г. Авраамовой (1998) из-за экономической ситуации в стране использование эндогенной профилактики

ограничено. Авторы считают, что наиболее перспективным массовым методом профилактики стоматологических заболеваний в переходный период экономики страны может быть фторирование пищевой соли. Для эндогенной фторпрофилактики в РФ утверждены соответствующие ГОСТы.

Роль кабинетов профилактики во внедрении экзогенной (местной) профилактики кариеса зубов у детей, подростков и взрослых неоспорима.

В снижении заболеваемости кариесом за последние десятилетия большую роль сыграли фторсодержащие зубные пасты. Врач-стоматолог или гигиенист при проведении обучения по уходу за полостью рта должен дать исчерпывающую информацию о рекомендуемой зубной пасте, частоте чистки зубов. Фторсодержащие зубные пасты могут быть использованы для ухода за зубами у детей с 3-4 лет. Кратность чистки зубов 2 раза в день по 3 минуты. По литературным данным редукция прироста кариеса при пользовании фторсодержащими зубными пастами составляет 30-40% [20].

Самым распространенным средством местной профилактики является фторсодержащий лак. Средняя частота нанесения лака в год 2-4 раза в зависимости от активности кариеса зубов. Редукция прироста кариеса колеблется от 20 до 70%.

В стоматологических клиниках нашли применение фторсодержащие растворы и гели. Редукция прироста кариеса при их применении составляет 30-50%.

Значительно укрепляют резистентность эмали зубов к кариесу реминерализующие растворы (препараты кальция и фтора, ремодент, жидкость Боровского-Волкова, эмаль-герметизирующий ликвид), фторсодержащие растворы для самостоятельного применения.

Специальный метод первичной профилактики постоянных зубов у детей и подростков – герметизация фиссур. В клинической практике рекомендуется использование герметиков химического отверждения (Delton, Concise 3M), светоотверждаемых (Fissurit, Helioseal и др.).

Широкое применение в клиниках нашли для запечатывания фиссур зубов стеклоиономерные цементы (СИЦ), компомеры (Dyract Seal). Удовлетворительная сохранность герметиков за 2 года составляет от 75 до 98%, а в отдаленные сроки – до 70%. Контроль над постановкой герметика врач должен осуществлять в следующие сроки: через неделю, месяц, 6 месяцев, 12 месяцев.

Одной из важных задач кабинета профилактики является стоматологическое просвещение. Цель стоматологического просвещения – выработка мотивации населения в целом и индивидуума в частности к поддержанию здоровья. В сохранении стоматологического здоровья важную роль играет личная ответственность пациента. Его активность позволяет сохранить полость рта здоровой.

Стоматологическое здоровье тесно связано с общим состоянием организма, с поведением и привычками человека, с особенностями окружающей среды. Врач-стоматолог, гигиенист стоматологический должны выработать у населения убежденность в необходимости регулярного ухода за

полостью рта с целью предупреждения возникновения кариеса зубов и болезней пародонта. Любому пациенту для выработки привычки – регулярная чистка зубов – надо пройти ряд ступеней:

**знание → понимание → убеждение → навык → привычка**

Вначале идут теоретические этапы – приобретение знаний о значении состояния зубов и полости рта для организма, роли гигиены и питания в профилактике стоматологических заболеваний. Затем следуют практические этапы, на которых происходит выработка навыка выполнения какой-либо манипуляции. В дальнейшем многократное повторение навыка превращается в привычку [20].

Для работы с населением врач-стоматолог должен привлекать средний медицинский персонал, врачей других специальностей, педагогов, воспитателей детских садов. Однако основная ответственность за стоматологическое просвещение лежит на врачах-стоматологах.

Опыт многих исследователей показывает, что целесообразно мотивацию начинать с педагогов, медицинских работников детских учреждений и родителей детей. Здоровье ребенка во многом зависит от понимания родителями степени своей ответственности в решении этой проблемы. Сохранению здоровья полости рта у детей помогает тесное взаимодействие родителей с врачами-педиатрами и стоматологами. Врачу-педиатру необходимо в возрасте 2-х месяцев ребенка с родителями направить на консультацию к врачу-стоматологу. Врачу-стоматологу не менее 2 раз в год проводить занятия с родителями, мотивируя их начинать чистку зубов сразу после прорезывания у детей первых временных зубов.

Мотивация детей является важнейшим этапом. Занятия с ними должны быть дифференцированными в зависимости от возраста, форма занятий в виде игры.

Мотивация взрослого населения особенно трудна, т. к. ему достаточно хорошо знакомы причины стоматологических заболеваний, методы лечения и профилактики [20].

Население надо убеждать в необходимости изменения своих привычек для улучшения состояния полости рта.

#### **Методы стоматологического просвещения:**

- беседы;
- лекции;
- семинары;
- уроки здоровья;
- игры.

#### **Средства просвещения:**

- книги, брошюры;
- памятки;
- плакаты;
- газеты, журналы;
- видеофильмы;

- реклама на радио, ТВ.

#### **Методы оценки эффективности просвещения:**

- субъективные (анкетирование населения)
- объективные (изменение показателей стоматологического статуса)

Немаловажная роль в стоматологическом просвещении должна принадлежать питанию. Питание влияет на ткани зуба во время формирования их и после прорезывания. Формирование резистентности зубов к кариесу зависит от питания матери, поэтому санитарно-просветительная работа должна проводиться с беременной женщиной. Эта работа должна включать информацию о роли естественного вскармливания ребенка, о недостатках искусственного вскармливания, о негативном влиянии на формирующиеся зачатки зубов легкоферментируемых углеводов, содержащихся в пище. Родителям ребенка необходимо знать о том, что после прорезывания как временных, так и постоянных зубов кариесогенные свойства остаются выраженными после приема сахарозы, глюкозы и фруктозы.

В период «созревания эмали зубов» нужно ограничить прием углеводов, увеличить потребление пищи, требующей интенсивного жевания. Это усиливает саливацию и самоочищение полости рта. Могут быть даны рекомендации врачом-стоматологом по приему заменителей сахаров (сорбит, маннит, ксилит и др.), не обладающих кариесогенными свойствами. Значительно повышает самоочищение полости рта прием твердой пищи (сырые овощи, твердые фрукты). Родители и дети должны знать, что употребление твердой пищи не только усиливает слюноотделение и самоочищение полости рта, но и усиливает рост и развитие зубочелюстной системы.

Врач-стоматолог, гигиенист кабинета профилактики должны помнить, что знания о правилах и режиме питания у родителей и их детей должны перейти в привычку, которая наряду с эффективной гигиеной полости рта, использованием фторидов и регулярным посещением стоматолога способны сохранить стоматологическое здоровье.

### ***1.1.3. Санитарно-гигиенические и санитарно-противоэпидемиологические требования к стоматологическим медицинским организациям***

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч.1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; 2003, № 27 (ч.1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2006, № 52 (ч.1) ст. 5498; 2007, №1 (ч.1), ст. 21; 2007, № 1 (ч.1) ст. 29; 2007, № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; 2007, № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; 2008, № 29 (ч.1), ст. 3418; 2008, № 52 (ч.1), ст. 6223; 2008, № 30 (ч.2) ст. 3616; 2008, № 44, ст. 4984; 2009, № 1, ст. 17), Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении

Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) разработаны и утверждены Постановлением Главного санитарного врача РФ от 18 мая 2010г. №48 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

### ***1.1.3.1. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям***

#### **Извлечения из СанПиН 2.1.3.2630-10**

#### ***2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций***

2.1. Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящих зданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения помещениях, при условии соблюдения требований санитарных правил и нормативов.

2.2. В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты, стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в том числе имеющие в своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологических медицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.

2.3. Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях, должны иметь отдельный вход с улицы.

2.7. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые, складские и т. п.), вентиляционных камер, компрессорных установок, стерилизационных-автоклавных.

2.8. Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детского населения по графику. Для организации приема детей следует по возможности выделять отдельный отсек с ожидальней и санузлом.

2.9. Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинских стоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

#### ***3. Требования к внутренней отделке помещений***

3.1. Все применяемые для внутренней отделки помещений материалы должны иметь санитарно-эпидемиологические заключения в соответствии с областью применения.



3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другими, разрешенными для этих целей, материалами.

3.4. Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками или облицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываются швы.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются вододисперсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.8. При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутная амальгама:

- стены и потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными (кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5% порошка серы для связывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашенными разрешенными для стоматологических кабинетов красками;

- полы должны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус должен плотно прилегать к стенам и полу;

- столы для работы с амальгамой должны быть покрыты ртутнепроницаемым материалом и иметь бортики по краям. Под рабочей поверхностью столиков не должно быть открытых ящиков;

- разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую в герметически закрытых капсулах.

#### ***4. Требования к оборудованию***

4.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.

4.3. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не более 3 кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются отдельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной

предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины.

В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационных устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

### **5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции**

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в том числе по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключающей скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50% рабочего времени или более 2 часов непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей 38.

5.5. Для мест временного пребывания работающих (специальные помещения зуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в табл. 39.

Таблица 38

**Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников**

<b>Сезон</b>	<b>Температура, °С</b>	<b>Относительная влажность, %</b>	<b>Скорость движения воздуха, м/с</b>
Холодный и переходный (среднесуточная температура наружного воздуха +10°С и ниже)	18-23	60-40	0,2
Теплый (среднесуточная температура наружного воздуха +10°С и выше)	21-25	60-40	0,2

**Параметры микроклимата в помещениях  
временного пребывания сотрудников**

Сезон	Температура, °С	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный	17-25	не более 75	0,2-0,3
Теплый	не более 28	не более 65	0,2-0,5

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях общей площадью не более 500 кв.м, в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнито-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

5.10. Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома, в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к жилым зданиям и помещениям.

5.11. Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений: операционных с предоперационными, стерилизационных, рентгенкабинетов (отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.13. В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов, допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжной вентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающие очистку воздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокаталитические фильтры и др.).

5.17. В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включая радиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняются по технологическому разделу проектной документации, согласованной в установленном порядке.

5.18. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

5.22. Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должно проводиться безотлагательно.

### ***6. Требования к естественному и искусственному освещению***

6.1. Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий (постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.3. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

6.4. В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанной в пунктах 6.2. и 6.3., рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещаются между оконными рамами.

6.5. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующими санитарными нормами.

6.6. При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

6.7. Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехнической лаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочих мест.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение.

6.9. Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории рекомендуются лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу.

6.10. Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы не попадать в поле зрения работающего врача.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей, принимаются в соответствии с главой I настоящих правил.

6.12. Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехнической лаборатории, кроме общего, должны иметь и местное освещение в виде:

- стоматологических светильников на стоматологических установках;
- специальных (желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;
- бестеневых рефлекторов в операционных;
- светильников на каждом рабочем месте зубной техника в основных и полировочных помещениях.

6.13. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

6.14. Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитную арматуру, предусматривающую их влажную очистку и предохраняющую органы зрения персонала от слепящего действия ламп.

### ***1.1.3.2. Санитарно-противоэпидемиологические требования к стоматологическим медицинским организациям***

#### **Извлечения из СанПиН 2.1.3.2630-10**

#### **8.1. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.**

8.1.1. Мероприятия по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинских организациях выполняются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

8.1.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога – не менее чем 6 наконечников (из них двумя угловыми, двумя прямыми, двумя турбинными), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубохирургический, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

8.1.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике) допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбирочные материалы.

8.1.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку.

8.1.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

## **8.2. Требования к санитарному содержанию помещений**

8.2.1. Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

8.2.2. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав I и II настоящих правил.

## **8.3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения**

8.3.1. Изделия медицинской техники и медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их

использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

8.3.2. Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза).

8.3.3. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее – раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

8.3.4. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

8.3.5. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т. п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно – до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

8.3.6. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.7. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего

средства обусловлен видом оттискового материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

8.3.8. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

8.3.9. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции очистке, и стерилизации.

8.3.10. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

8.3.11. При наличии в стоматологической медицинской организации более трех стоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях - стерилизационных (автоклавных), с выделением «чистых» и «грязных» зон и соблюдением поточности. В остальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в них должно быть установлено необходимое оборудование.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

8.3.12. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

8.3.13. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

8.3.14. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в



процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

- стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;

- ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

- хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

- лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

8.3.15. Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).

8.3.16. Наконечники, в том числе ультразвуковые и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

8.3.17. В гасперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации более крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочих частей.

8.3.18. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические

инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрельборы, каналонаполнители и т. п.

8.3.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащих средств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидным действием.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.20. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала и инструкцией по его применению.

8.3.21. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

- при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;
- при стерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 часов.

Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 часов после их вскрытия.

8.3.22. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации инструментов.

8.3.23. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

8.3.24. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

8.3.25. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

8.3.26. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

8.3.27. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

8.3.28. Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

При приеме на работу, в соответствии с приказом МЗ РФ «О проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследований» от 14 августа 1997г. № 244, работодатель обязан истребовать от устраивающегося работника личную медицинскую книжку. В случае ее отсутствия работник может быть принят на работу, но должен незамедлительно пройти профилактическое обследование и получить медицинскую книжку либо в поликлинике, либо в центре санэпиднадзора по месту жительства. В дальнейшем сотрудники стоматологических учреждений (отделений, кабинетов) проходят обязательное профилактическое обследование в объеме и с периодичностью, предусмотренными Приказом МЗМП РФ «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» от 14 марта 1996г. № 90. Все медицинские работники должны быть вакцинированы против гепатита В, непривитые проходят обследование на Hbs-Ag и антитела к вирусу гепатита С один раз в год.

### **1.1.4. Штатные нормативы медицинского персонала стоматологических организаций**

Основополагающим для формирования штатного расписания медицинского персонала стоматологических поликлиник является **приказ МЗ СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» от 1.10.1976г. № 950** (в ред. Приказов Минздрава СССР от 25.06.1981г. № 693, от 30.05.1986г. № 770, приказа Минздравсоцразвития РФ от 13.06.2006г. № 481).

Ниже приводятся извлечения из Приложения № 1 к приказу Министерства Здравоохранения СССР от 1 октября 1976г. № 950 (в ред. Приказов Минздрава СССР от 25.06.1981г. № 693, от 30.05.1986г. № 770).

#### **Штатные нормативы медицинского персонала стоматологических поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тыс. человек**

##### ***Врачебный персонал***

1. Должности врачей-стоматологов и врачей стоматологов-хирургов устанавливаются из расчета 4 должности суммарно на 10 тысяч человек взрослого населения.

(п. 1 в ред. Приказа Минздрава СССР от 30.05.1986г. № 770)

2. Должности врачей-стоматологов-протезистов, содержащиеся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливаются из расчета:

а) 1 должность на 10 тыс. человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;

б) 0,7 должности на 10 тыс. человек взрослого сельского населения;

в) 0,8 должности на 10 тыс. человек взрослого населения других населенных пунктов.

3. Должности врачей для обеспечения консультативной и организационно-методической работы по стоматологии устанавливаются в штате одной из стоматологических поликлиник областного, краевого, республиканского подчинения из расчета 0,2 должности суммарно на 100 тысяч человек взрослого населения, прикрепленного к указанной поликлинике по этим видам помощи.

4. Должности врачей-рентгенологов устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тыс. рентгеновских снимков в год.

5. Должности врачей-физиотерапевтов устанавливаются по усмотрению министерства здравоохранения союзной или автономной республики, краевого, областного и городского (городов республиканского – союзной республики подчинения) органа здравоохранения из расчета 0,1 должности на 15 тыс. человек взрослого прикрепленного населения.

6. Должности заведующих отделениями устанавливаются:

а) стоматологическим:

- 1 должность на каждые 12 должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов, положенных поликлинике по настоящим штатным нормативам, но не более 3-х должностей на поликлинику;

б) зубопротезным (содержится на хозрасчете или за счет специальных средств):

- 1 должность на поликлинику, которой по настоящим штатным нормативам положено не менее 4-х должностей врачей-стоматологов-протезистов.

7. Должность заместителя главного врача по медицинской части устанавливается в штате стоматологической поликлиники, которой положено не менее 40 врачебных должностей, включая должность главного врача.

#### *Средний медицинский персонал*

8. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются из расчета на 1 должность на:

- одну должность врача-стоматолога-хирурга;

- две должности врачей-стоматологов;

- три должности врачей-стоматологов-протезистов. Эти должности содержатся на хозрасчете или за счет специальных средств.

9. Должности зубных техников зуботехнической лаборатории, содержащейся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливаются в зависимости от объема работы по зубопротезированию, определяемого по действующим нормам времени на зуботехнические работы.

10. Должности рентгенлаборантов устанавливаются из расчета 1 должность в смену.

11. Должности медицинских сестер по физиотерапии устанавливаются по усмотрению министерства здравоохранения союзной или автономной республики краевого, областного или городского (городов республиканского – союзной республики подчинения) органа здравоохранения из расчета 1 должность на 15 тыс. условных процедурных единиц в год.

12. Должности медицинских статистиков устанавливаются из расчета 1 должность на 40 должностей врачей-стоматологов всех наименований.

При расчете штатов стоматологических поликлиник областного, краевого, республиканского подчинения, в которых вводятся должности врачей в соответствии с п. 2 настоящих штатных нормативов, может дополнительно учитываться должность медицинского статистика.

13. Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета на 6 должностей врачей-стоматологов всех наименований.

14. Должность старшего зубного техника зуботехнической лаборатории, содержащейся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливается на каждые 10 должностей зубных техников, но не менее одной должности.

15. Должность заведующего зуботехнической лабораторией (заведующего производством), содержащейся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливается в каждой поликлинике.

При этом в поликлиниках, которым по настоящим штатным нормативам положено не менее 15 должностей зубных техников и старших зубных

техников, эта должность вводится вместо 1 должности старшего зубного техника.

16. Должность старшей медицинской сестры регистратуры устанавливается в поликлиниках, которым по настоящим штатным нормативам положено не менее 8 должностей медицинских регистраторов, вместо одной из них.

17. Должность главной медицинской сестры устанавливается в поликлиниках, отнесенных к I-X группам по оплате труда руководящих работников учреждений здравоохранения. (п. 17 в ред. Приказа Минздрава СССР от 25.06.1981г. № 693).

#### *Младший медицинский персонал*

18. Должность сестры-хозяйки устанавливается в поликлиниках, которым положено не менее 20 врачебных должностей.

19. Должности санитарок устанавливаются из расчета 1 должность на:

- одну должность врача-стоматолога-хирурга;
- три должности врачей-стоматологов;
- три должности врачей-стоматологов-протезистов. Эти должности содержатся на хозрасчете ила за счет специальных средств;
- две должности медицинских сестер по физиотерапии;
- 20 должностей зубных техников. Эти должности содержатся на хозрасчете или за счет специальных средств;
- регистратуру.

#### **Примечания:**

1. Расчет числа должностей медицинского персонала детских стоматологических отделений (кабинетов), врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов производится в порядке и по штатным нормативам, утвержденным для указанных отделений в составе детских стоматологических поликлиник и отделений (групп) анестезиологии-реанимации лечебно-профилактических учреждений.

2. При введении в зуботехнических лабораториях пооперационного разделения труда могут вводиться должности полировщиков и литейщиков в зависимости от объема соответствующей работы, определяемого по действующим нормам времени на зуботехнические работы.

3. Должности зубных врачей могут вводиться в штатное расписание учреждения вместо должностей врачей-стоматологов всех наименований.

4. Для оформления медицинской документации с применением звукозаписывающей аппаратуры (магнитофонов, диктофонов и т. д.) могут вводиться должности медицинских регистраторов (с выполнением машинописных работ), старшей медицинской сестры (при централизации работ и наличии не менее 5 указанных должностей медицинских регистраторов), техника (при наличии объема работ) за счет должностей медицинского персонала, положенных поликлинике по настоящим штатным нормативам.

5. Для проведения больным высококвалифицированных консультаций могут приглашаться специалисты из других учреждений.

6. При расчете должностей в зависимости от численности населения в расчет принимается его численность по данным органов ЦСУ.

К числу взрослого населения, учитываемого при расчете штатов поликлиники по настоящим штатным нормативам, относятся лица в возрасте 15 лет и старше.

Численность прикрепленного к стоматологической поликлинике населения для оказания соответствующих видов помощи исключается при расчете должностей медицинского персонала по этим разделам работы других амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений).

7. При утверждении штатов по отдельным должностям не допускается установление менее 0,5 должности.

При расчете числа должностей, положенных поликлинике, производится округление по одноименным должностям в целом по учреждению. При этом итоговые цифры до 0,25 отбрасываются, цифры свыше 0,25 до 0,75 округляются до 0,5, а свыше 0,75 – до 1 единицы.

Общее число должностей по группам персонала (заместитель главного врача заведующие отделениями: врачи; старшие медицинские сестры и т. д.), положенное поликлинике, определяется отдельно по должностям, содержащимся на бюджете и за счет специальных средств или на хозрасчете.

8. Установление должностей медицинского персонала сверх настоящих штатных нормативов не допускается.

Имеющееся по штатному расписанию на 1976 год число должностей заведующих отделениями превышающее их численность, положенную по настоящим штатным нормативам, может сохраняться на период работы лиц, зачисленных на эти должности до 1 октября 1976 года.

9. Усиление отдельных структурных подразделений и введение должностей, не предусмотренных настоящими штатными нормативами, может, при необходимости, производиться в соответствии с циркулярным письмом Министра здравоохранения СССР от 15 апреля 1967г. № 01-23/3 «О расширении прав руководителей учреждений здравоохранения». Однако, усиление структурных подразделений, содержащихся на бюджете, не может производиться за счет использования нормативов должностей, которые должны содержаться на хозрасчете или за счет специальных средств.

### ***1.1.5. Порядок допуска к осуществлению профессиональной (медицинской) деятельности. Сертификат специалиста***

Система совершенствования профессиональных знаний медицинских работников определена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 декабря 2008г. № 705н и Приложением к этому Приказу (см. ниже).

**Порядок совершенствования профессиональных знаний  
медицинских и фармацевтических работников  
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.08.2009г. № 581н)**

1. Настоящий Порядок определяет правила организации совершенствования профессиональных знаний (профессиональной переподготовки и повышения квалификации) медицинских и фармацевтических работников, окончивших образовательные учреждения высшего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение», занимающихся или претендующих на занятие медицинской или фармацевтической деятельностью (далее – специалисты, слушатели).

2. Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов осуществляются в целях получения дополнительных знаний, умений и практических навыков, необходимых для осуществления самостоятельной профессиональной деятельности.

Профессиональная переподготовка для выполнения нового вида профессиональной деятельности осуществляется на основании установленных квалификационных требований к конкретным должностям.

3. Задачи профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов определяются в соответствии с Типовым положением об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышении квалификации) специалистов, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 июня 1995г. № 610 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 27, ст. 2580; 2000, № 12, ст. 1291; 2002, № 52 (ч. II), ст. 5225; 2003, № 14, ст. 1276).

4. Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов проводятся образовательными учреждениями высшего и дополнительного профессионального образования, имеющими государственную аккредитацию (далее – образовательное учреждение), по образовательным программам, учитывающим имеющийся по всем разделам специальности уровень знаний, умений, практических навыков и результаты вступительных испытаний. Вступительные испытания являются обязательными. Образовательное учреждение самостоятельно определяет содержание, процедуру и форму вступительных испытаний.

5. Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов проводятся с отрывом от работы, без отрыва от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения при наступлении очередного пятилетнего срока дополнительного профессионального образования.

6. Сроки, формы, содержание и технология обучения определяются образовательным учреждением, реализующим соответствующую образовательную программу, самостоятельно в соответствии с потребностями заказчика.

6.1. Для специалистов, имеющих стаж работы по специальности 10 лет и более, обучение проводится по образовательным программам повышения квалификации. Нормативный срок прохождения повышения квалификации при любой форме обучения составляет от 100 до 500 часов аудиторных занятий.



6.2. Для специалистов, имеющих стаж работы по специальности от 5 до 10 лет, обучение проводится по образовательным программам профессиональной переподготовки. Нормативный срок прохождения профессиональной переподготовки при любой форме обучения составляет свыше 500 часов аудиторных занятий.

6.3. Для специалистов, имеющих стаж работы менее 5 лет, профессиональная подготовка организуется в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2009г. № 14292).

(п. 6.3 в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.08.2009г. № 581н).  
(см. текст в предыдущей редакции).

7. В целях совершенствования практических навыков на базе научных и образовательных учреждений в качестве одного из разделов учебного плана образовательной программы повышения квалификации или профессиональной переподготовки может быть предусмотрена стажировка специалистов, продолжительность которой определяется учебным планом.

8. Уровень профессиональных знаний, умений и практических навыков специалистов, прошедших профессиональную переподготовку или повышение квалификации, оценивается образовательным учреждением по всем разделам соответствующей образовательной программы.

Освоение образовательных программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации завершается обязательной государственной итоговой аттестацией.

9. Слушателям, освоившим образовательную программу повышения квалификации и успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается свидетельство о повышении квалификации государственного образца.

Слушателям, освоившим образовательную программу профессиональной переподготовки и успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом о профессиональной переподготовке государственного образца.

10. Специалисты, освоившие образовательные программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки, могут продолжать замещать в учреждениях здравоохранения врачебные и провизорские должности, соответствующие Номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009г. № 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009г. № 14032).

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.08.2009г. № 581н).

Основным документом, регламентирующим профессиональное обучение, является Конституция Российской Федерации (принята 12 декабря 1993г.).

Статья 43 гарантирует общедоступность и бесплатность среднего профессионального образования, бесплатное получение высшего образования в государственных или муниципальных учреждениях на конкурсной основе.

В «Основах законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан» от 22.07.1993г. № 5487-1 закреплено право лиц, получивших высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью, а на занятие определёнными видами деятельности – также сертификат специалиста и лицензию (статья 54 «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью», статья 56 «Право на занятие частной медицинской практикой»).

В статье 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» указано, что право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица с высшим или средним медицинским и фармацевтическим образованием, получившие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

Сертификат специалиста выдают на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Врачи в период обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения вправе работать в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений могут быть допущены к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения и под контролем медицинского персонала в порядке, устанавливаемом МЗ РФ.

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом МЗ РФ.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, могут быть допущены к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях РФ (Постановление Правительства РФ от 07.02.1995г. № 119), а также после получения лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Профессиональная деятельность медицинских кадров системы здравоохранения основана в соответствии с разработанными правовыми, нормативными и директивными документами, предусматривающими обеспечение населения РФ врачебными, сестринскими кадрами с позиции многоаспектности выполняемых ими функций. В основу формирования номенклатуры положена трёхэтапная подготовка специалистов с сохранением преемственности в приобретении специальностей, наличием объективных и существенных признаков, устанавливающих, с одной стороны, связи между отдельными специальностями, и, с другой, отличия.

Получение специальности возможно при наличии диплома о высшем медицинском или фармацевтическом образовании и последующем обучении в интернатуре, клинической ординатуре, аспирантуре, а также в учреждениях системы дополнительного образования.

- Первый этап: обучение в вузе, получение базовой специальности и квалификации по диплому.
- Второй этап: обучение в интернатуре, ординатуре, аспирантуре (послевузовское образование), получение основной специальности.
- Третий этап: обучение в ординатуре, аспирантуре или в учреждениях системы дополнительного образования (профессиональная переподготовка), получение дополнительной специальности.

При этом базовая специальность – совокупность знаний, представлений, умений и навыков выпускника вуза по основным профессиональным образовательным программам, обеспечивающим возможность профессиональной деятельности в соответствии с присвоенной квалификацией. В основу базовой специальности должны быть положены образовательные стандарты.

Основная специальность – часть базовой специальности, в рамках которой она создана. Она предполагает получение более углублённых профессиональных знаний в сфере деятельности по профилю этой специальности.

Дополнительная специальность – часть основной специальности, представляющая дальнейшее углубление знаний и умений в избранной узкой области профессиональной деятельности.

Многоуровневая подготовка по медицинским и фармацевтическим специальностям законодательно закреплена Федеральным законом от 19.07.1996г. № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании». В статье 6 «Ступени высшего профессионального образования, сроки и формы его получения» указано: «для лиц, освоивших образовательные

программы высшего медицинского, высшего фармацевтического образования, основанием для занятия ими указанных должностей является первичная годичная послевузовская подготовка (интернатура), подтверждаемая удостоверением установленного образца». Сами же интерны (клинические ординаторы) в соответствии со статьей 18 того же Закона становятся слушателями учреждений системы высшего и послевузовского профессионального образования. Их статус в части получения образовательных услуг приравнен к статусу студентов вуза соответствующей формы обучения.

С начала 90-х годов к подготовке в интернатуре были подключены и учреждения последипломного образования в соответствии с Указанием МЗ РФ от 02.08.1993г. № 234-У «О расширении специализации врачей-интернов на базе факультетов усовершенствования врачей». Подготовка в интернатуре стала одним из необходимых видов послевузовского обучения. Без неё выпускники с дипломом о высшем медицинском образовании не могли быть допущены к занятию профессиональной медицинской деятельностью.

В связи с крайне неблагоприятным положением в обеспечении лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения специалистами Министерство Здравоохранения Российской Федерации издает письмо № 2374-ВС от 24 мая 2005г. «О подготовке специалистов в интернатуре», где указано, что «...первичная годичная послевузовская подготовка (интернатура) является обязательной формой профессиональной подготовки для лиц, освоивших образовательные программы высшего медицинского и высшего фармацевтического образования, и служит основанием для занятия ими определённых должностей в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения государственной, муниципальной и частной систем».

Основная цель интернатуры – получение практических навыков и совершенствование теоретических знаний выпускниками вузов в объёме, необходимом для повышения профессионального уровня и степени готовности их к самостоятельной врачебной (провизорской) деятельности в соответствии с требованиями отраслевого образовательного стандарта послевузовского профессионального образования по специальности.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации предлагает с 2005 года осуществлять подготовку в интернатуре **в строгом соответствии** с перечнем врачебных и провизорских специальностей (приложение к Письму Минздравсоцразвития РФ от 24 мая 2005г. № 2374-ВС) – см. табл. 40.

Таблица 40

**Перечень врачебных и провизорских специальностей,  
по которым предусматривается подготовка в интернатуре**

№ п/п	Базовая специальность, полученная в ВУЗе	Специальность подготовки в интернатуре
4.	060105 (040400) — Стоматология	Стоматология
		Стоматология детская

Обучение в интернатуре должно подготовить выпускника вуза к самостоятельной практической деятельности в рамках квалификационных требований к основной специальности. Продолжительность обучения в интернатуре – 1 год. Основа для оценки готовности выпускника интернатуры к самостоятельной деятельности – экзамен, учитывающий квалификационную характеристику специальности.

В пункте 3 Приказа МЗ РФ от 17.02.1993г. № 23 «Об утверждении Положения о клинической ординатуре» отмечена основная задача обучения врачей в клинической ординатуре: подготовка высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения. Продолжительность обучения в ординатуре – от 2 до 5 лет по решению Учёного совета ВУЗа с учётом специальности, по которой проводят обучение (Письмо МЗ РФ ректорам медицинских вузов от 28.07.1993г. № 16-8/386).

Интернатура обеспечивает допуск к осуществлению деятельности в рамках квалифицированной медицинской помощи. После окончания ординатуры врач должен обладать необходимым уровнем знаний, умений и навыков, позволяющих оказывать специализированную медицинскую помощь.

Подготовку в клинической ординатуре проводят в соответствии с учебными планами, разработанными кафедральными коллективами вузов с учётом типовых программ обучения в ординатуре, подготовленных во Всероссийском учебно-методическом центре по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию и стандарта специалиста.

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» от 23 апреля 2009г. № 210н утверждена номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием (см. табл. 41-48).

Таблица 41

**Номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации**

Специальность, полученная в вузе	Основная специальность	Специальность, требующая дополнительной подготовки
1	2	3
Стоматология	Стоматология общей практики	Ортодонтия Стоматология детская Стоматология ортопедическая Стоматология терапевтическая Стоматология хирургическая Челюстно-лицевая хирургия Физиотерапия
	Клиническая лабораторная диагностика	Бактериология Вирусология Лабораторная генетика Лабораторная микология

	Организация здравоохранения и общественное здоровье	
--	---	--

Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения приведены в Приложении к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (см. табл. 42-48).

Таблица 42

**Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по специальности «Стоматология общей практики»**

<b>Специальность «Стоматология общей практики»</b>	
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»
Послевузовское профессиональное образование	Интернатура или (и) ординатура по одной из специальностей: «Стоматология общей практики», «Стоматология»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-стоматолог; Руководитель структурного подразделения – врач-стоматолог

Таблица 43

**Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по специальности «Стоматология терапевтическая»**

<b>Специальность «Стоматология терапевтическая»</b>	
<i>1</i>	<i>2</i>
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»
Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование	Ординатура по специальности «Стоматология терапевтическая» или профессиональная переподготовка по специальности «Стоматология терапевтическая» при наличии послевузовского профессионального образования по одной из специальностей: «Стоматология общей практики», «Стоматология»

Продолжение таблицы 43

Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-стоматолог-терапевт; руководитель структурного подразделения – врач-стоматолог-терапевт

Таблица 44

**Квалификационные требования  
к специалистам с высшим и послевузовским медицинским  
и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения  
по специальности «Стоматология детская»**

<b>Специальность «Стоматология детская»</b>	
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»
Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование	Ординатура по специальности «Стоматология детская» или профессиональная переподготовка по специальности «Стоматология детская» при наличии послевузовского профессионального образования по одной из специальностей: «Стоматология общей практики», «Стоматология»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-стоматолог детский; руководитель структурного подразделения – врач стоматолог детский

Таблица 45

**Квалификационные требования  
к специалистам с высшим и послевузовским медицинским  
и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения  
по специальности «Стоматология хирургическая»**

<b>Специальность «Стоматология хирургическая»</b>	
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»

Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование	Ординатура по специальности «Стоматология хирургическая» или профессиональная переподготовка по специальности «Стоматология хирургическая» при наличии послевузовского профессионального образования по одной из специальностей: «Стоматология общей практики», «Стоматология»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-стоматолог-хирург; руководитель структурного подразделения – врач-стоматолог-хирург

Таблица 46

**Квалификационные требования  
к специалистам с высшим и послевузовским медицинским  
и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения  
по специальности «Стоматология ортопедическая»**

<b>Специальность «Стоматология ортопедическая»</b>	
<i>1</i>	<i>2</i>
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»
Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование	Ординатура по специальности «Стоматология ортопедическая» или профессиональная переподготовка по специальности «Стоматология ортопедическая» при наличии послевузовского профессионального образования по одной из специальностей: «Стоматология общей практики», «Стоматология»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-стоматолог-ортопед; руководитель структурного подразделения – врач-стоматолог-ортопед



**Квалификационные требования  
к специалистам с высшим и послевузовским медицинским  
и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения  
по специальности «Ортодонтия»**

<b>Специальность «Ортодонтия»</b>	
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»
Послевузовское профессиональное образование	Ординатура по специальности «Ортодонтия»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-ортодонт; руководитель структурного подразделения – врач-ортодонт

**Квалификационные требования  
к специалистам с высшим и послевузовским медицинским  
и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения  
по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»**

<b>Специальность «Челюстно-лицевая хирургия»</b>	
<i>1</i>	<i>2</i>
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «060101 Лечебное дело», «060103 Педиатрия», «0600105 Стоматология»
Послевузовское профессиональное образование	Ординатура по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач – челюстно-лицевой хирург; руководитель структурного подразделения – врач – челюстно-лицевой хирург; врач приемного отделения (в специализированном учреждении здравоохранения или при наличии в учреждении здравоохранения соответствующего специализированного структурного подразделения)

Реформы высшего медицинского образования, проводимые в Российской Федерации, направлены на подготовку конкурентоспособного специалиста. С этой целью введен сертификат специалиста.

**Сертификация** – процедура прохождения трехэтапного **проверочного испытания**:

- квалификационный экзамен;
- оценка уровня практических навыков;
- собеседование.

Она подтверждает соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам.

По результатам проверочного испытания выдается сертификат специалиста. Сертификат специалиста – это документ единого образца, свидетельствующий о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности и являющийся документом допуска к занятию медицинской деятельностью [1]. Стандарты по высшему медицинскому образованию утверждены Госкомвузом России на основании постановления Правительства РФ от 12.08.1994г. № 940. Через процедуру сертификации (или подтверждения сертификата специалиста) проходят все медицинские работники каждые 5 лет.

**Цель квалификационного экзамена** – определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной деятельности.

Порядок проведения квалификационного экзамена предусматривает, что соискатель представляет в экзаменационную комиссию документы: заявление; копия диплома об окончании медицинского учебного заведения (факультета); копия диплома или удостоверения о прохождении курсов повышения квалификации и специализации; копия диплома о присвоении квалификации исследователя после окончания аспирантуры; копии дипломов кандидата (доктора) медицинских (педагогических) наук и ученом звании (старший научный сотрудник, доцент, профессор); копии ранее выданных сертификатов; послужной список (выписка из трудовой книжки).

Экзамен включает в себя три части: тестовый контроль, определение практических навыков специалиста и заключительное собеседование. Экзамен проводится в один день. Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний. На тестовый экзамен отводится 2 часа, при этом каждый экзаменуемый получает из тестовой программы по специальности 100 тестов по всем разделам специальности. Экзамен может быть проведен с использованием различных технических средств контроля или без них. Оценка практических навыков специалиста проводится по результатам послевузовского, дополнительного профессионального образования или на основании представления (характеристики) с места основной работы. На заключительном собеседовании оценивается профессиональное мышление специалиста, его умение решать профессиональные задачи (диагностические, лечебные, методические, организационные и др.), анализировать имеющуюся информацию и принимать по ней соответствующее решение.

В настоящее время в области последипломного образования функционирует большое число структур различных форм собственности. Медицинский работник, желающий пройти специализацию или повысить квалификацию, должен знать, что действительными (т. е. действующими при устройстве на работу в государственные медицинские учреждения и при прохождении лицензирования) признаются только документы государственного образца. Такие документы могут выдавать только образовательные учреждения, имеющие лицензию на право ведения образовательной деятельности в области дополнительного профессионального образования, выданные органом управления высшим профессиональным образованием субъекта Федерации (для образовательных учреждений, реализующих программы дополнительного профессионального образования) или Федеральным органом управления высшим профессиональным образованием (для реализующих и базовое профессиональное образование), прошедшие процедуры аттестации и государственной аккредитации образовательных учреждений.

### *1.1.6. Стоматологическая Ассоциация России*

Стоматологическая Ассоциация России (СтАР) – крупная добровольная общественная организация страны. Создание её обусловлено целями и задачами стоматологической общественности (В. К. Леонтьев, 2005).

СтАР имеет свой Устав, определенную структуру для достижения целей и задач.

Цели СтАР:

- отражение интересов стоматологов перед лицом государства, общества и различных структур государства, а также различных других общественных профессиональных образований

- защита интересов стоматологов перед лицом государства, общественных организаций, различных административно-государственных органов

Цели связаны с профессиональными функциями стоматологов, их профессиональными задачами. Территориальные стоматологические ассоциации являются основой административной структуры СтАР. Они имеют структуру в соответствии со своим Уставом. Ассоциации созданы в областях, краях, республиках, входящих в состав РФ.

Территориальные ассоциации формируют более высокий уровень – Стоматологическую Ассоциацию России (СтАР).

На основе Устава:

- создают органы управления СтАР на съездах;

- разрабатывают согласованные мнения в области политики, экономики, профессиональных действий для защиты интересов стоматологов.

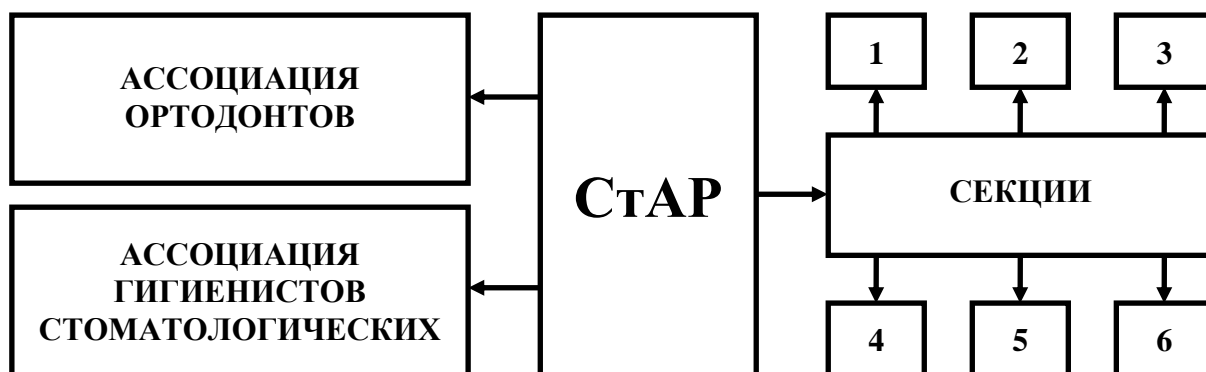
Главное мероприятие СтАР – это съезд, который всегда проходит в сентябре месяце. Он – основная законодательная и административная структура СтАР. Решения съезда обязательны для всех территориальных ассоциаций. Они

являются директивными для работы Совета, Правления, Президента СтАР. Между съездами главным административным органом является Совет. В Совете представлены делегаты от всех территориальных ассоциаций России. Количество их зависит от числа членов в региональной ассоциации. В Совете могут быть созданы комиссии, выполняющие решения съезда. Совет в течение года проводится 2-3 раза по актуальным проблемам для данного момента. В перерыве между съездами основным исполнительным органом является Правление СтАР. В него входят Президент, все Вице-президенты и ответственный секретарь СтАР. Президент выбирается на съезде тайным голосованием. Он отвечает за все текущие дела, за выполнение решений Совета и Съезда. Президент избирается на один срок, но может быть вновь переизбран.

СтАР также имеет определенную профессиональную структуру. Она приведена на схеме 3.

Схема 3

### Структура СтАР



Входящие в профессиональную структуру организации являются добровольными, общественными и создаются по решению Совета СтАР. Они представлены стоматологическими ассоциациями (их две: ортодонты и гигиенисты стоматологические) и секциями (эндодонтия, зубные техники, ортопеды-стоматологи, пародонтологи и др.).

В составе СтАР имеется Национальный институт информатики, анализа и маркетинга в стоматологии (НИИАМС). Он занимается как на коммерческих, так и на общественных началах разработкой проектов, таких, как генеральный каталог стоматологических изделий, материалов, продвижением информации, технологий и т. д. Это огромная, очень перспективная работа. НИИАМС занимается также рассмотрением «Знака Одобрения» на чисто стоматологические исследования, проводит ряд проектов, связанных с внедрением современных технологий.

Методы работы СтАР:

1. Проведение съездов. На них выносятся основные проблемы и вопросы, которые стоят перед Ассоциацией.

2. Проведение конференций, симпозиумов, семинаров. Они могут носить организационно-управленческий характер или на них решаются чисто профессиональные, научные и некоторые другие проблемы.

3. Работа Правления, которое решает все оперативные вопросы, а также готовит съезды, симпозиумы, конференции и семинары. Отдельными мероприятиями проходит работа в профессиональных стоматологических объединениях - секциях гнатологов, эндодонтов, ортопедов-стоматологов, ортодонтотв и др. Ими проводится круг мероприятий, связанных с совершенствованием технологий, методов лечения больных, профилактикой и др.

4. Информатика - конференции, съезды, журналы, газеты, работа через Интернет и выставки.

СтАР входит в ряд общемедицинских организаций, является членом Международной ассоциации стоматологов (FDI).

СтАР имеет тесные связи со стоматологическими Ассоциациями Белоруссии, Украины, Азербайджана, Узбекистана и, особенно, Казахстана. Имеются связи с Торгово-промышленной палатой, с различными Академиями, в том числе с РАМН и др.

Важнейшим аспектом в деятельности СтАР является работа с президентами и главными стоматологами регионов. Через них в жизнь воплощаются решения съездов и конференций, управление стоматологией регионов, решение многих проблем на местах. Эти лица являются главными проводниками идей СтАР. Через эти каналы СтАР определяет основные проблемы стоматологии и находит для них решения.

Большое значение имеет ежедневная работа СтАР по рассмотрению различных жалоб, вопросов, обращений, предложений в центральные органы. Имеется специальный аппарат, включающий Экспертный Совет с рядом крупных специалистов, которые способны практически осветить и решить любой вопрос, обсудить и ответить на любое предложение.

Работа со стоматологами идет также через структуры СтАР: «Бизнес-центр», НИИАМС, Правление, Административная группа, Рабочая группа по страхованию профессиональной ответственности врачей.

СтАР работает с Правительственными органами, с Министерством науки, с промышленными предприятиями, которые работают для стоматологии или перспективны для стоматологии. СтАР является членом Российского медицинского общества (РМО), работает с ним, делегирует ему ряд функций.

Тесные связи Стоматологическая ассоциация России имеет с Государственной Думой. С Министерством здравоохранения и социального развития РФ СтАР имеет специальный Договор, согласно которому ряд функций передан СтАР Минздравом, а ряд проблем решают вместе.

Наиболее тесные связи СтАР имеет с Московским Государственным медико-стоматологическим университетом (МГМСУ) и Центральным НИИ стоматологии (ЦНИИС), которые являются головными в нашей стране по стоматологическому образованию и по науке. С ними СтАР организует съезды,

конференции. Они выделяют группу ведущих ученых, лекторов для региональных программ и конференций СТАР.

СТАР постоянно занимается вопросами медицинского страхования. Она первой в России страхует врачей от профессиональных рисков. Через структуры, связанные со СТАР, например, «Стоматология-Аудит», осуществляется юридическая помощь стоматологическим организациям. «Стоматология-Аудит» осуществляет юридическую помощь стоматологическим учреждениям как через центральный аппарат, так и через Территориальные ассоциации. Кроме того, юридическая помощь и юридические консультации осуществляются через печать СТАР, через различные журналы, газеты и Интернет. Юридическая помощь и обучение осуществляется также при проведении съездов и конференций. СТАР разрабатывает программы

Одной из главных является программа профилактики стоматологических заболеваний. В ее планировании и финансировании принимает участие крупнейшая фирма «Проктер энд Гэмбл».

Важнейшей является Программа спонсорства. Ее ведет Президент СТАР. Спонсируется проведение определенных мероприятий, съездов, конференций, чемпионатов.

В резолюции XII съезда СТАР, составленной 09.09.2009г. в г. Москве указана необходимость разработки Программы развития стоматологии России до 2020 г. Была подчеркнута значимость работ по совершенствованию стоматологического образования, по обеспечению перехода к саморегулированию профессиональной деятельности по стоматологии, по совершенствованию структуры ассоциации, упорядочению структуры в области лицензирования стоматологических организаций и др. Президентом СТАР был избран профессор В.Д. Вагнер.

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Перечислите руководящие документы, регламентирующие организационно-правовую основу лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

2. Кто осуществляет планирование и контроль стоматологической службы в РФ, в субъектах федераций?

3. Роль главного стоматолога. Формы и методы его работы.

4. Назовите виды стоматологических учреждений по уровню обслуживания, по подчиненности, по категориям.

5. Республиканская, (краевая) стоматологическая поликлиника, основные функции, структура.

6. Городская поликлиника, основные функции, структура.

7. Перечислите основные разделы работы врача-стоматолога.

8. Положение о главном враче: функции, методы работы.

9. Основное содержание Приказа Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009гю №946н.

10. Стоматологический кабинет. Стандарт оснащения.

11. Отделение терапевтической стоматологии: функции, принципы организации приема больных, учет работы врача-стоматолога-терапевта.

12. Отделение (кабинет) хирургической стоматологии: функции, принципы организации приема больных, учет работы врача-стоматолога-хирурга.

13. Отделение (кабинет) ортопедической стоматологии: функции, принципы организации приема больных, учет работы врача-стоматолога-ортопеда.

14. Отделение (кабинет) детской стоматологии: функции, принципы организации приема детей, учет работы врача-стоматолога детского.

15. Организация диспансеризации детского населения у стоматолога.

16. Физиотерапевтическое отделение (кабинет): функции, организация приема больных, оснащение.

17. Рентгеновский кабинет: функции, организация приема больных, оснащение.

18. Кабинет профилактики: задачи, принципы организации его работы.

19. Перечислите основные санитарно-гигиенические требования к стоматологическим организациям.

20. Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемиологических мероприятий.

21. Назовите штатные нормативы медицинского персонала стоматологических учреждений в городах с населением более 25000 человек.

22. Перечислите основные положения порядка допуска к осуществлению профессиональной (медицинской) деятельности. Сертификат специалиста.

23. Стоматологическая Ассоциация России (СтАР): структура, задачи, значение.

## **Тестовые задания**

Выберите номера правильных ответов

**1. СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛАНИРУЕТ И КОНТРОЛИРУЕТ:**

- 1) Правительство Российской Федерации;
- 2) Президент Российской Федерации;
- 3) Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

## 2. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ ГЛАВНОГО СТОМАТОЛОГА (ГОРОДА, РАЙОНА):

- 1) организационно-методическое руководство работой стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов;
- 2) проведение мероприятий по организации и обеспечению населения стоматологической помощью;
- 3) внедрение в практику работы стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов) новых методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний;
- 4) организация лечебно-консультативной помощи областной стоматологической поликлиникой городским и районным поликлиникам (отделениям, кабинетам); городской стоматологической – отделениям, кабинетам районных поликлиник;
- 5) организация контроля качества лечебно-профилактической работы поликлиник, отделений, кабинетов;
- 6) анализ стоматологической заболеваемости населения;
- 7) контроль над проведением плановой санации полости рта у организованных контингентов населения;
- 8) контроль над выполнением плана мероприятий по усовершенствованию врачебного и среднего мед. персонала;
- 9) организация санэпидрежима в лечебных учреждениях.

## 3. СЕТЬ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ УТВЕРЖДЕНА:

- 1) приказом Министерства здравоохранения и соцразвития РФ от 7 октября 2005г. № 627;
- 2) приказом Министерства здравоохранения и соцразвития РФ от 6 февраля 2001г. № 33.

## 4. СООТВЕТСТВЕННО ВРАЧЕБНЫМ ДОЛЖНОСТЯМ ОПРЕДЕЛИТЬ КАТЕГОРИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ:

- 1) свыше 40 врачебных должностей;
- 2) от 30 до 40 врачебных должностей;
- 3) от 25 до 29 врачебных должностей;
- 4) от 20 до 24 врачебных должностей.

## 5. ПОЛОЖЕНИЕ О СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ БЫЛО УТВЕРЖДЕНО:

- 1) приказом МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 10.12.1976г. № 1166;
- 2) приказом МЗ РФ «О введении специальности «стоматология профилактическая» от 6 февраля 2001г. № 33;
- 3) приказом МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12 июня 1984г. № 670.



6. РЕСПУБЛИКАНСКАЯ (КРАЕВАЯ) СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ СТРУКТУРУ:

- 1) главный врач;
- 2) заместитель главного врача по лечебной работе;
- 3) организационно-методический кабинет;
- 4) сан.-просвет. кабинет;
- 5) отделение профилактики стоматологических заболеваний;
- 6) передвижное отделение стоматологической помощи;
- 7) отделение терапевтической стоматологии;
- 8) отделение (кабинет) хирургической стоматологии;
- 9) ортопедическое отделение с зуботехнической лабораторией;
- 10) регистратура;
- 11) аптека;
- 12) бухгалтерия;
- 13) административно-хозяйственная часть.

7. ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ:

- 1) смешанная;
- 2) централизованная;
- 3) децентрализованная.

8. ОСНОВНЫМИ РАЗДЕЛАМИ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) оказание лечебно-профилактической, хирургической и ортопедической помощи по обращаемости;
- 2) проведение консультаций для врачей других специальностей;
- 3) диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных;
- 4) проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов больных;
- 5) ведение учетно-отчетной документации;
- 6) методическая работа;
- 7) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 8) санитарно-просветительная работа.

9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ, КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ОКАЗЫВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С:

- 1) приказом Министерства Здравоохранения РФ «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями» от 30.12.2003г. № 620;

2) приказом Министерства Здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, страдающих стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009г. № 946н.

#### 10. РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ:

- 1) отделение терапевтической стоматологии с кабинетами пародонтологии и лечения заболеваний слизистой оболочки рта;
- 2) отделение (кабинет) хирургической стоматологии;
- 3) ортодонтическое отделение (кабинет);
- 4) лечебно-профилактическое отделение оказания стоматологической помощи детям в образовательных учреждениях;
- 5) вспомогательные подразделения (рентгенологический, физиотерапевтический кабинеты, комната гигиены, регистратура и др.);
  - б) централизованная стерилизационная;
  - 7) техническая служба;
  - 8) кабинет медицинской статистики;
  - 9) административно-хозяйственная часть;
  - 10) аптека;
  - 11) комната матери и ребенка.

#### 11. ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО, ВРАЧА-ОРТОДОНТА, ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ХИРУРГА ДЕТСКОГО УТВЕРЖДЕНЫ ПРИКАЗОМ:

- 1) Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, страдающих стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009г. № 946н;
- 2) Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» от 7 октября 2005г. № 627.

#### 12. ПРИКАЗОМ МЗ СССР «О ПЕРЕХОДЕ НА НОВУЮ СИСТЕМУ УЧЕТА ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА» ОТ 21.01.1988Г. № 50 ПРЕДУСМОТРЕНО:

- 1) упорядочение системы учета врачей-стоматологов;
- 2) ориентация работы на конечный результат;
- 3) повышение заработной платы врачей-стоматологов;
- 4) интенсификация труда врача-стоматолога.

#### 13. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАТОРУ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ТЕХНОЛОГИЙ, ВЫРАЖЕННЫХ В УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦАХ ТРУДОЕМКОСТИ (УЕТ) НАЛОЖЕНИЕ ОДНОЙ ПЛОМБЫ ИЗ

КОМПОЗИТОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ И СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ 1 И 5 КЛАССА ПО БЛЭКУ ОЦЕНИВАЕТСЯ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА:

- 1) 1;
- 2) 3;
- 3) 2.

14. ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОМЕЩЕНИЯ:

- 1) регистратура;
- 2) помещение для ожидания больных;
- 3) предоперационная;
- 4) операционная;
- 5) стерилизационная;
- 6) комната временного пребывания больных после операции;
- 7) кабинет неотложной помощи.

Установите соответствие.

15. ВИДЫ РАБОТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМА:

УЕТ  
(ВЗРОСЛЫЙ ПРИЕМ):

- |   |       |
|---|-------|
| 1) удаление постоянного зуба;           | А. 3; |
| 2) перевязка раны в полости рта;        | Б. 4; |
| 3) резекция верхушки корня одного зуба; | В. 1; |
| 4) цистэктомия.                         | Г. 1. |

Установите соответствие.

16. ВИДЫ РАБОТ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРИЕМА:

УЕТ:

- |                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| 1) починка протеза;             | А. 4;   |
| 2) коронка пластмассовая;       | Б. 6;   |
| 3) частичный съемный протез;    | В. 2;   |
| 4) бюгельный протез;            | Г. 1,5; |
| 5) подготовка канала под штифт. | Д. 0,5. |

17. ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА:

- 1) систематическое повышение своего профессионального уровня;
- 2) применение новых методов и средств диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний;
- 3) обеспечение эффективного оказания стоматологической помощи и улучшение качества лечения больных;
- 4) соблюдение правил деонтологии в обращении с больными;
- 5) соблюдение правил техники безопасности;
- 6) соблюдение правил асептики и антисептики;
- 7) вести необходимую учетно-отчетную документацию;
- 8) систематически повышать свою квалификацию;

9) принимать решения в пределах своей компетенции.

Установите соответствие.

18. ВИДЫ РАБОТ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО: УЕТ:

- |  |          |
|--|----------|
| 1) витальное окрашивание кариозного пятна;   |          |
| 2) определение кариесогенности зубного налета (окрашивание);   |          |
| 3) закрытие одной фиссуры герметиком из материала химического отверждения;   | А. 1,5;  |
| 4) наложение одной пломбы из композитов химического отверждения при поверхностном и среднем кариесе 2 и 3 класса по Блэку; | Б. 2,75; |
| 5) восстановление формы зуба при отсутствии твердых тканей до ½ коронки.   | В. 7,5;  |
|  | Г. 1;    |
|  | Д. 0,5.  |

Установите соответствие.

19. ВИДЫ РАБОТ ВРАЧА-ОРТОДОНТА: УЕТ:

- |  |          |
|--|----------|
| 1) контрольная модель;                   | А. 1;    |
| 2) пришлифовка бугров;                   | Б. 3,2;  |
| 3) коронка ортодонтическая;              | В. 2,75; |
| 4) пластинка с окклюзионными накладками; | Г. 3;    |
| 5) пластинка вестибулярная.              | Д. 1,5.  |

20. ПРИНЦИПАМИ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПО Л.П.КИСЕЛЬНИКОВОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) приоритет профилактических мероприятий;
- 2) широкое привлечение гигиенистов стоматологических
- 3) для реализации лечебно-профилактических программ;
- 4) санитарно-просветительская работа;
- 5) сокращение объема оказываемых лечебных мероприятий (лечение кариеса постоянных зубов);
- 6) устранение из видов деятельности лечения пульпитных и периодонтитных зубов, как наиболее высококвалифицированного вида деятельности.

21. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ В:

- 1) абсолютных единицах;
- 2) процентах;
- 3) относительных единицах;
- 4) коэффициентах;
- 5) константах.

22. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС:

- 1) ИГР-У;
- 2) СРІТN;
- 3) КПУ;
- 4) РМА;
- 5) РНР.

23. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ЛЕТ):

- 1) 6;
- 2) 12;
- 3) 15;
- 4) 35 - 44;
- 5) 65 и старше.

24. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАЕТСЯ:

- 1) суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума;
- 2) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов у индивидуума;
- 3) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов к возрасту индивидуума;
- 4) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума;
- 5) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов в группе индивидуумов.

25. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЕНКА ТРЕХ ЛЕТ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА:

- 1) кпу<sub>(3)</sub>;
- 2) КПУ<sub>(3)</sub> и кп<sub>(3)</sub>;
- 3) КПУ<sub>(3)</sub>;
- 4) ИГР-У;
- 5) РМА.

26. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА:

- 1) кпу<sub>(3)</sub>;
- 2) КПУ<sub>(3)</sub> и кп<sub>(3)</sub>;
- 3) КПУ<sub>(3)</sub>;
- 4) ИГР-У;

5) РМА.

27. КПУ<sub>(3)</sub> – ЭТО ИНДЕКС:

- 1) интенсивности кариеса временных зубов;
- 2) интенсивности кариеса постоянных зубов;
- 3) интенсивности кариеса поверхностей;
- 4) гигиены полости рта;
- 5) определения состояния тканей пародонта.

28. УРОВНИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПО ВОЗ ОПРЕДЕЛЕННЫ ДЛЯ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП:

- 1) 6 и 12 лет;
- 2) 15 и 18 лет;
- 3) 12 лет и 35-44 года;
- 4) 12 и 15 лет;
- 5) 35-44 и 65 лет и старше.

29. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА:

- 1) РМА;
- 2) РНР;
- 3) СРІ;
- 4) ОНІ-S;
- 5) КПУ.

30. СРІ – ЭТО ИНДЕКС:

- 1) нуждемости в лечении заболеваний пародонта;
- 2) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ;
- 3) эффективности гигиены полости рта;
- 4) интенсивности кариеса зубов;
- 5) упрощенный индекс гигиены полости рта.

31. ДИСПАНСЕРНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ ПО МЕТОДИКЕ Т.Ф.ВИНОГРАДОВОЙ ФОРМИРУЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) заболеваний внутренних органов;
- 2) степени активности кариеса зубов;
- 3) гигиены полости рта;
- 4) аномалий прикуса зубов.

32. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГИГИЕНИСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПО Л.П.КИСЕЛЬНИКОВОЙ В ШКОЛЬНОМ КАБИНЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) санацию полости рта;
- 2) определение показателей КПУ зубов и гигиены полости рта;
- 3) санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганду санитарно-гигиенических знаний среди детей через обучающие программы;
- 4) обучение и контроль уровня гигиены полости рта;
- 5) рекомендации по питанию и коррекции углеводного фактора;
- 6) профессиональную гигиеническую обработку полости рта;
- 7) местное применение фторидов;
- 8) неинвазивную герметизацию фиссур моляров.

33. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) главным;
- 2) вспомогательным;
- 3) дополнительным.

34. ПОЛОЖЕНИЕ О ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ УТВЕРЖДЕНО:

- 1) приказом Министерства здравоохранения СССР «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале» от 21.12.1984г №1440;
- 2) приказом Министерства здравоохранения РФ «О введении специальности «Стоматология профилактическая»» от 06.02.2001г №33.

35. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) проведение лечебных, восстановительных и профилактических мероприятий с применением физиотерапевтических процедур;
- 2) проведение санитарно-просветительских работ среди населения;
- 3) контроль за выполнением назначенных физиопроцедур;
- 4) анализ ошибок в назначениях физиотерапевтических процедур врачами других специальностей;
- 5) внедрение в практику новых методов физиотерапии, физиопрофилактики;
- 6) учет работы отделения (кабинета) в соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения СССР учетно-отчетной документацией;
- 7) участие в организационно-методической работе поликлиники.

36. ДОЛЖНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ СССР «О ШТАТНЫХ НОРМАТИВАХ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК» ОТ 01.10.1976Г №950 ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 15 тыс. человек взрослого прикрепленного населения;
- 2) 0,1 должности на 15 тыс. человек взрослого прикрепленного населения;
- 3) 0,5 должности на 15 тыс. человек взрослого прикрепленного населения.

37. ДОЛЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В РАСЧЕТЕ:

- 1) 2 должности на 15 тысяч условных процедурных единиц в год;
- 2) 1 должность на 15 тысяч условных процедурных единиц в год;
- 3) 0,5 должности на 15 тысяч условных процедурных единиц в год;

38. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА):

- 1) количество принятых больных;
- 2) суммарный охват больных физическими методами лечения;
- 3) число принятых больных за 1 час;
- 4) количество процедур на одного лечившегося больного.

39. ПЕРЕДВИЖНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВКЛЮЧАЮТ:

- 1) большую защитную ширму со слуховым окном для аппаратов, работающих с обычной пленкой без усиливающего экрана, панорамных аппаратов, пантомографов (при размещении пульта управления и процедурной в одном помещении);
- 2) фартук защитный односторонний (для персонала);
- 3) защитные очки;
- 4) фартук защитный стоматологический (для пациента);
- 5) накидка (пелерина) защитная и воротник (для пациента);
- 6) датчик.

40. РАДИОВИЗИОГРАФ – ЭТО:

- 1) рентгеновский дентальный аппарат;
- 2) дентальная рентгеновская диагностическая система, включающая рентгеновский аппарат и высокочувствительный внутриротовой приемник изображения;
- 3) аппарат, основанный на контрастном исследовании;
- 4) аппарат, позволяющий получить поперечное послойное изображение.



41. ОСНОВНЫЕ ПРЕДЕЛЫ ЭКВИВАЛЕНТНЫХ ДОЗ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА ГРУППЫ А:

- 1) 20 мЗв в год;
- 2) 10 мЗв в год;
- 3) 25 мЗв в год;
- 4) 20 мЗв в год в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 50 мЗв в год.

42. ОСНОВНЫЕ ПРЕДЕЛЫ ЭКВИВАЛЕНТНЫХ ДОЗ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА ГРУППЫ В:

- 1) 10 мЗв в год;
- 2) 5 мЗв в год;
- 3) 1 мЗв в год.

43. ОСНОВНЫЕ ПРЕДЕЛЫ ЭКВИВАЛЕНТНЫХ ДОЗ ДЛЯ ЛИЦ ИЗ НАСЕЛЕНИЯ:

- 1) 1 мЗв в год в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 5 мЗв в год;
- 2) 5 мЗв в год;
- 3) 10 мЗв в год.

44. УРОВНИ ОБЛУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА И НАСЕЛЕНИЯ УСТАНОВЛЕНЫ ДОКУМЕНТОМ:

- 1) Нормы радиационной безопасности (НРБ-99 (2009));
- 2) Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99): СП 2.6.1.799-99.

45. ПРИ ПРИЕМЕ РАДИОВИЗИОГРАФА В ЭКСПЛУАТАЦИЮ ИЗМЕРЕНИЕ МОЩНОСТИ ДОЗЫ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ПРОВЕРЯЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С:

- 1) МУ 2.6.1. 1982-05;
- 2) СанПиН 2.6.1. 1992-03.

46. ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 1) централизованная санация полости рта;
- 2) первичная;
- 3) децентрализованная санация полости рта;
- 4) вторичная;
- 5) третичная.

47. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – ЭТО:

- 1) санация полости рта;
- 2) обучение гигиене полости рта;

- 3) коррекция питания;
- 4) использование различных методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний.

48. МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ:

- 1) санация полости рта;
- 2) гигиена полости рта;
- 3) индивидуальная гигиена полости рта;
- 4) профессиональная гигиена полости рта;
- 5) эндогенное использование препаратов фтора;
- 6) применение средств местной профилактики;
- 7) стоматологическое просвещение населения.

49. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – ЭТО:

- 1) санация полости рта;
- 2) ортопедическое лечение;
- 3) применение традиционных методов лечения для остановки развившегося патологического процесса и сохранения тканей.

50. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – ЭТО:

- 1) санация полости рта;
- 2) хирургическое лечение;
- 3) восполнение утраченной функции с использованием средств, замещающих соответствующие ткани, проведение реабилитации пациентов, насколько возможно приближение их состояния к норме.

51. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА – ЭТО:

- 1) обучение пациента правилам ухода за полостью рта;
- 2) определение индексов ИГР-У, РМА;
- 3) комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта путем механического удаления с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений.

52. ЭТАПЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ:

- 1) беседа с пациентом;
- 2) мотивация пациента к борьбе со стоматологическими заболеваниями;
- 3) гигиена полости рта;
- 4) обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- 5) удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- 6) полировка поверхности зуба и корня;

7) устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета.

53. МЕТОДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ – ЭТО:

- 1) осмотр пациента;
- 2) беседа;
- 3) интервью;
- 4) лекции;
- 5) семинар;
- 6) уроки здоровья;
- 7) игры.

54. НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ОСТ 42-21-2-85 «СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ. МЕТОДЫ, СРЕДСТВА И РЕЖИМЫ» ПРЕДУСМОТРЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ ОБРАБОТКИ ИСПОЛЬЗОВАННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ:

- 1) стерилизация;
- 2) кипячение;
- 3) дезинфекция;
- 4) сушка;
- 5) предстерилизационная очистка;
- 6) ополаскивание.

55. САНПИН 2.1.3.2630-10 ПРЕДУСМОТРЕНЫ ТРЕБОВАНИЯ К РАЗМЕЩЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

- 1) размещаются в отдельно стоящих зданиях;
- 2) в приспособленных помещениях, встроенных (встроено-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения;
- 3) в лечебных учреждениях нестоматологического профиля;
- 4) цокольный этаж жилых помещений.

56. В ПОДВАЛЬНЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ РАЗРЕШЕНО РАЗМЕЩАТЬ:

- 1) лечебный стоматологический кабинет;
- 2) кабинет физиотерапии;
- 3) санитарно-бытовые помещения;
- 4) вентиляционные камеры;
- 5) компрессорная установка;
- 6) стерилизационная;
- 7) автоклавная.

57. ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) отдельные кабинеты;
- 2) кабинет совместно с лечебным кабинетом для приема взрослого населения;
- 3) кабинет совместно с кабинетом хирургической стоматологии.

58. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ПЛОЩАДЬ НА ОСНОВНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ УСТАНОВКУ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- 1) 20м<sup>2</sup>;
- 2) 14м<sup>2</sup>;
- 3) 7м<sup>2</sup>.

59. ТРЕБОВАНИЯ К ВНУТРЕННЕЙ ОТДЕЛКЕ ПОМЕЩЕНИЙ:

- 1) главный врач стоматологического учреждения самостоятельно решает вопрос о выборе материалов для внутренней отделки помещений;
- 2) применяемые материалы для внутренней отделки помещений должны иметь санитарно-эпидемиологическое заключение в соответствии с областью применения;
- 3) для отделки стен используются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам;
- 4) потолки стоматологических кабинетов окрашиваются вододисперсионными и другими красками;
- 5) полы должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей;
  - б) полы паркетные;
- 7) цвет поверхностей стен и пола не играет роли;
- 8) цвет поверхностей стен и пола должен быть нейтральных светлых тонов.

60. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ С ОДНОСТОРОННИМ ЕСТЕСТВЕННЫМ ОСВЕЩЕНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРЕСЛА УСТАНАВЛИВАЮТСЯ ВДОЛЬ СВЕТОНЕСУЩЕЙ СТЕНЫ В:

- 1) один ряд;
- 2) два ряда;
- 3) три ряда.

61. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ ОБОРУДУЮТСЯ ДЛЯ МЫТЬЯ РУК И ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ РАКОВИНАМИ:

- 1) отдельными;
- 2) двухсекционными;
- 3) допускают наличие одной раковины.

62. ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОЗДУХА КАБИНЕТЫ ОБОРУДУЮТСЯ:

- 1) бактерицидными лампами;
- 2) облучателями открытого типа с выводением выключателя за пределы помещения;
- 3) нет необходимости использования бактерицидных ламп.

63. ВСЕ ПОМЕЩЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ:

- 1) естественное освещение;
- 2) искусственное освещение;
- 3) нет необходимости иметь искусственное освещение.

64. К ПЕРСОНАЛУ ГРУППЫ «А» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) работники, проводящие рентгенологические исследования;
- 2) все работники, приходящие в рентгенологический кабинет.

65. К ПЕРСОНАЛУ ГРУППЫ «Б» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) работники, проводящие рентгенологические исследования;
- 2) работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования.

66. КАЧЕСТВО ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ИЗДЕЛИЙ НА НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВ КРОВИ ОЦЕНИВАЮТ ПУТЕМ ПОСТАНОВКИ ПРОБ:

- 1) азопирамовой;
- 2) амидопириновой;
- 3) фенолфталеиновой.

67. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ПРОВОДЯТ:

- 1) ежедневно;
- 2) 1 раз в неделю;
- 3) 1 раз в месяц.

68. В ГЛАСПЕРЛЕНОВЫХ СТЕРИЛИЗАТОРАХ СТЕРИЛИЗУЮТ:

- 1) боры различного вида;
- 2) шприцы;
- 3) наконечники;
- 4) мелкий инструментарий.

69. КОНТРОЛЬ РАБОТЫ СТЕРИЛИЗАТОРОВ ФИЗИЧЕСКИМ И ХИМИЧЕСКИМ МЕТОДАМИ ПРОВОДЯТ:

- 1) при каждом цикле стерилизации;
- 2) 1 раз в неделю;
- 3) 1 раз в 2 дня.

70. ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) Приказа МЗ СССР от 01.10.1976 №950;
- 2) Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07.10.2005 №627;
- 3) Приказа Министерства здравоохранения РФ от 06.02.2001 №33.

71. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ-ХИРУРГОВ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:

- 1) 4 должности на 10 тысяч человек взрослого населения;
- 2) 6 должностей на 10 тысяч человек взрослого населения;
- 3) 3,5 должности суммарно на 10 тысяч человек взрослого населения.

72. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ-ПРОТЕЗИСТОВ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ НА ХОЗРАСЧЕТЕ ИЛИ ЗА СЧЕТ СПЕЦИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ, УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:

- 1) 2 должности на 10 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;
- 2) 1 должность на 10 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;
- 3) 0,7 должности на 10 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника.

73. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-РЕНТГЕНОЛОГОВ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:

- 1) 1 должность на 15 тысяч рентгеновских снимков в год;
- 2) 1 должность на 5 тысяч рентгеновских снимков в год;
- 3) 0,5 должности на 10 тысяч рентгеновских снимков в год.

74. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-ФИЗИОТЕРАПЕВТОВ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:

- 1) 0,1 должности на 15 тысяч человек взрослого прикрепленного населения;
- 2) 1,5 должности на 15 тысяч человек взрослого населения.

75. ДОЛЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- 1) 1 должность на 1 должность врача-стоматолога-хирурга;
- 2) 2 должности на 1 должность врача-стоматолога-хирурга;
- 3) 3 должности на 1 должность врача-стоматолога-хирурга.

76. ДОЛЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- 1) 1 должность на 2 должности врачей-стоматологов;
- 2) 1 должность на 4 должности врачей-стоматологов;
- 3) 0,5 должности на 2 должности врачей-стоматологов.

77. ДОЛЖНОСТЬ РЕНТГЕНЛАБОРАНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- 1) 1 должность в смену;
- 2) 1 должность на 20 должностей врачей-стоматологов;
- 3) 0,1 должности на 10 тысяч прикрепленного населения.

78. ДОЛЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ) УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- 1) 1 должность на 15 тысяч условных процедурных единиц в год;
- 2) 1 должность в смену;
- 3) 2 должности на 20 тысяч прикрепленного населения.

79. ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РЕГИСТРАТОРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:

- 1) 1 должность на 40 должностей врачей-стоматологов всех наименований;
- 2) 1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов всех наименований;
- 3) 1 должность на 30 тысяч посещений в год.

80. ДОЛЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- 1) 1 должность на 5 должностей врачей-стоматологов-протезистов;
- 2) 1 должность на 3 должности врачей-стоматологов-протезистов.

81. ДОЛЖНОСТЬ СТАРШЕГО ЗУБНОГО ТЕХНИКА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- 1) 1 должность на каждые 10 должностей зубных техников;
- 2) 1 должность на каждые 5 должностей зубных техников;
- 3) 1 должность на 10 тысяч посещений в год.

82. НОМЕНКЛАТУРА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ УТВЕРЖДЕНА:

- 1) Приказом МЗ РФ от 27.08.1999 №337;
- 2) Приказом МЗ СССР от 01.10.1976 №950;
- 3) Приказом Минздрава и соцразвития от 23.04.2009 №210н.

83. ЦЕЛИ СТАР:

- 1) профессиональная переподготовка;
- 2) разрешение судебных исков профессиональной врачебной деятельности;
- 3) отражение интересов стоматологов страны перед лицом государства, общества и различных структур государства, а также различных других общественных профессиональных образований;
- 4) защита интересов стоматологов перед лицом государства, общественных организаций, различных административно-государственных органов.

84. ГЛАВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ СТАР – ЭТО:

- 1) конференция;
- 2) семинар;
- 3) съезд.

85. ГЛАВНЫМ АДМИНИСТРАТИВНЫМ ОРГАНОМ МЕЖДУ СЪЕЗДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) совет;
- 2) президент;
- 3) руководители секций.

86. ИСПОЛНИТЕЛЬНЫМ ОРГАНОМ СТАР МЕЖДУ СЪЕЗДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) президент;
- 2) руководители секций;
- 3) Правление.

87. МЕТОДЫ РАБОТЫ СТАР:

- 1) установление связей с государственными учреждениями;
- 2) медицинское страхование;
- 3) проведение съездов;
- 4) подготовка Правлением оперативных документов, съездов, симпозиумов, конференций;
- 5) информатика;



б) рассмотрение жалоб, обращений, вопросов,  
поступающих в центральные органы.

### Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	3.	30	2.	59	2, 3, 4, 5, 8.
2	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.	31	2.	60	1.
3	1.	32	3, 4, 5, 6, 7, 8.	61	1, 2.
4	внекатегорийная, первая, вторая, третья.	33	3.	62	1, 2.
5	1, 3.	34	1.	63	1, 2.
6	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13.	35	1, 3, 4, 5, 6.	64	1.
7	2, 3.	36	2.	65	2.
8	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.	37	2.	66	1, 2.
9	2.	38	2, 4.	67	1.
10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.	39	1, 2, 4, 5.	68	1, 4.
11	1.	40	2.	69	1.
12	1, 2, 4.	41	4.	70	1.
13	3.	42	2.	71	1.
14	2, 3, 4, 5, 6.	43	1.	72	2.
15	1В, 2Г, 3А, 4Б.	44	1.	73	1.
16	1Д, 2Г, 3А, 4Б, 5В.	45	1.	74	1.
17	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.	46	2, 4, 5.	75	1.
18	1Д, 2Г, 3А, 4Б, 5В.	47	4.	76	1.
19	1Д, 2Г, 3А, 4Б, 5В.	48	3, 4, 5, 6, 7.	77	1.
20	1, 2, 4, 5.	49	3.	78	1.
21	2.	50	3.	79	2.
22	3.	51	3.	80	2.
23	2.	52	2, 4, 5, 6, 7.	81	1.
24	2.	53	2, 4, 5, 6, 7.	82	3.
25	1.	54	1, 3, 5.	83	3, 4.
26	2.	55	1, 2.	84	3.
27	2.	56	3, 4, 5, 6, 7.	85	1.
28	3.	57	1. 1.	86	3.
29	3.	58	2. 2.	87	1, 3, 4, 5, 6.

## Список основной литературы

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах /В.И.Акопов. - М.: Издательство «Приор», 2000. – 208 с.
2. Анализ основных нормативных актов организации стоматологической помощи в Российской Федерации / В.Д.Вагнер [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2009. - №27. – С.18-25.
3. Безрукова И.В. Использование медицинского озона в стоматологии / И.В.Безрукова, А.И.Грудянов // Стоматология. – 2001. - №2. – С.61-63.
4. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия: Учебник / В.М.Боголюбов, Г.Н.Пономаренко. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003. – 432 с.
5. Бутова В.Г. Роль стандартов и протоколов ведения больных в контроле качества стоматологических услуг / В.Г.Бутова [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2009. - №1. – С. 49-53.
6. Вагнер В.Д. Путеводитель по стоматологии ортопедической / В.Д.Вагнер, В.М.Семенюк, О.В.Чекунков. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: издательство НГМА, 2004. – 511 с.
7. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф.Виноградова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 255 с.
8. Воробьев Ю.И. Рентгенодиагностика в практике врача-стоматолога / Ю.И.Воробьев. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 112 с.
9. Галиуллин А.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / А.Н.Галиуллин. – М.: ИКЦ «Академ-книга», 2008. – 499 с.
10. Генеральная уборка. Сборник нормативных документов по работе ЦСО. – М.: Грантъ, 1998. – 64 с.
11. Гигиенические требования к размещению и эксплуатации радиовизиографа в стоматологических кабинетах: МУ 2.6.1. 2043-06.
12. Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов по проведению рентгенологических исследований: СанПиН 2.6.1. 1192- 03.
13. Дезинфицирующие средства. Сборник нормативных документов. – М.: Грантъ, 1999. – 152 с.
14. Дезинфекция и стерилизация. Сборник нормативных документов. – М.: Грантъ, 2000. – 208 с.
15. Дезинфицирующие средства: справочник. – М.: Бинго гранд, 2006. – 408 с.

16. Ефанов О.И. Физиотерапия стоматологических заболеваний / О.И.Ефанов, Т.Ф.Дзанагова. - М.: Медицина, 1980. – 296 с.
17. Ковальский В.Л. Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов: автореф. дис. ... д.-ра мед.наук / В.Л.Ковальский. – М., 2002. – 42 с.
18. Конституция Российской Федерации (принята 12.12.1993)
19. Контроль эффективных доз облучения пациентов при медицинских рентгенологических исследованиях: МУК 2.6.1. 1797-03.
20. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие / Э.М.Кузьмина. – М.: Издательство «Поли Медиа Пресс», 2001. – 216 с.
21. Леонтьев В.К. О стратегии и планировании стоматологической профилактики в условиях переходной экономики / В.К.Леонтьев, О.Г.Аврамова // Стоматология. – 1998. - №4. – С. 25-26.
22. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективы ее развития // Труды VII съезда стоматологов России. – М., 2001. – С. 6-9.
23. Леонтьев В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / / В.К.Леонтьев, В.Т.Шестаков, В.Ф.Воронин. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: издательство НГМА, 2003. – 280 с.
24. Леонтьев В.К. Основные мероприятия и структуры Стоматологической Ассоциации России / В.К.Леонтьев // Стоматолог. – 2005. - №4. – С. 3-7.
25. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии / Лукиных Л.М., О.А.Успенская. – 2-е изд. – Н.Новгород: издательство НГМА, 2005. – 34 с.
26. Местное применение озона в стоматологии / Л.М.Цепов [и др.] // Стоматология сегодня. – 2009. - №2. – С. 38.
27. Методические рекомендации по вопросам организации, лицензирования и аккредитации медицинских стоматологических организаций при виде деятельности по специальности «Рентгенология» и в сфере обращения с источниками ионизирующего излучения / В.Д.Вагнер [и др.]. – С.-Пб., 2008. – 48 с.
28. Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в образовательных учреждениях от 15.01.08г. №207-ВС.
29. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в образовательных учреждениях от 15.01.08г. №206-ВС.

30. Мчелидзе Т.Ш. Новые формы организации стоматологической помощи в условиях рынка стоматологических услуг: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Ш.Мчелидзе. – СПб., 1997. – 20 с.
31. Найговзина Н. Организация медицинской помощи и источники финансирования в здравоохранении. Разграничение полномочий по уровням власти / Н.Найговзина // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2005. - №1. – С. 8-17.
32. Организация и экономика стоматологической службы / Г.М.Гайдаров [и др.]. – М.: Грантъ, 2001. – 200 с.
33. Орехова Л.Ю. Стоматологическая деятельность / Л.Ю.Орехова, Т.В.Кудрявцева. – М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003. – 192 с.
34. Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ – 99): СП 2.6.1. 799-99.
35. Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. №5487-1.
36. Особенности организации предпринимательской деятельности в стоматологической практике /В.Г.Бутова [и др.]. М.: Знание, 2000. – 223 с.
37. ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделия медицинского назначения».
38. Письмо Министерства здравоохранения РФ №2374 от 24 мая 2005г. «О подготовке специалистов в интернатуре». Приложение к письму Минздравсоцразвития РФ от 24 мая 2005г. №2374 – ВС «Перечень врачебных и провизорских специальностей, по которым предусматривается подготовка к интернатуре».
39. Положение о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов, утвержденное Минобразованием России от 06.09.2000г. №2571.
40. Пособие по вопросам организации, лицензирования и аккредитации медицинских организаций при виде деятельности по специальности стоматология терапевтическая / В.Д.Вагнер [и др.]. – М.: МИГ «Медицинская книга», 2006. – 64 с.
41. Пособие по проектированию учреждений здравоохранения (к СНиП 2.08.02-89). Раздел 4 – Амбулаторно-поликлинические учреждения. Москва, 1989.
42. Постановление Главного санитарного врача РФ от 18 мая 2010г. №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10» Санитарно-

- эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
43. Постановление Правительства РФ «О порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах» от 07.02.1995г. №119.
  44. Постановление Правительства РФ «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) специалистов» от 26.06.1995г. №610.
  45. Постановление Правительства РФ «Об утверждении Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» от 05.11.1997г. №1387.
  46. Постановление Правительства РФ «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» от 24.07.2001г. №550.
  47. Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения» от 25.02.2004г. №107.
  48. Правила устройства, эксплуатации и техники безопасности физиотерапевтических отделений (кабинетов), утвержденные Министерством Здравоохранения СССР от 30.09.1970г.
  49. Приказ Министерства здравоохранения СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических и зубопротезных отделений больничных поликлиник от 04.02.1950г. №87.
  50. Приказ МЗ СССР «Об утверждении инструкции о порядке использования и учета стоматологическими учреждениями драгоценных металлов для зубного протезирования» от 11.02.1972г. №107.
  51. Приказ МЗ СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» от 01.10.1976г. №950.
  52. Приказ МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 10.12.1976г. №1166.
  53. Приказ МЗ СССР «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» от 23.09.1981 №1000.
  54. Приказ МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12.06.1984г. №670.
  55. Приказ МЗ СССР «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале» от 21.12.1984г. №1440.

56. Приказ МЗ СССР «О мерах по внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов» от 04.03.1986г. №310.
57. Приказ МЗ СССР «О дополнении единых ведомственных норм времени и расценок на зуботехнические работы» от 14.10.1987г. №767.
58. Приказ МЗ СССР «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» от 21.01.1988г. №50.
59. Приказ МЗ СССР и Гос. Комитета СССР «О мерах по улучшению профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах» от 11.08.1988г. №639/271.
60. Приказ МЗ СССР «О комплексной программе развития стоматологической помощи населению» от 18.11.1988г. №830.
61. Приказ МЗ РФ «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ-42-21-16-86 ССБТ. Отделение, кабинет физиотерапии. Общие требования безопасности» от 04.11.1986г. №1453.
62. Приказ МЗ РФ «Об утверждении Положения о клинической ординатуре» от 17.02.1993г. №23.
63. Приказ МЗ РФ «Об обязательном при поступлении на работу и периодическом (не реже 1 раза в год) медицинском осмотре персонала ФТО» от 14.03.1996г. №90.
64. Приказ МЗ РФ «О проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях» от 14.08.1997г. №244.
65. Приказ МЗ РФ «О совершенствовании системы учета труда врачей стоматологического профиля» от 02.10.1997г. №289.
66. Приказ МЗ РФ «О введении специальности «стоматология профилактическая»» от 06.02.2001г. №33.
67. Приказ МЗ РФ «Об утверждении инструкции по расчету условных единиц трудоемкости врачей-стоматологов и зубных врачей» от 15.11.2001г. №408.
68. Приказ МЗ РФ «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями» от 30.12.2003г. №620.
69. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» от 14.03.1996г. №90.

70. Приказ Минздравминпрома РФ «О проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения Российской Федерации» от 06.05.1996г. №181.
71. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации «Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования» от 06.08.1996г. №312.
72. Приказ Минздравмедпрома РФ «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста» от 24.10.1996г. №363/77.
73. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» от 07.10.2005г. №627.
74. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об организации медицинской помощи» от 13.10.2005г. №633.
75. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников» от 09.12.2008г. №705н.
76. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.08.2009г. №581н «О внесении изменений в Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008г. №705н».
77. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» от 23.04.2009г. №210н.
78. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» от 07.07.2009г. №415н.
79. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» от 06.11.2009г. №869.
80. Приказ Министерства здравоохранения и Социального развития РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» от 03.12.2009г. №946н.

81. Работа школьного стоматологического кабинета в современных условиях: методические рекомендации для врачей-стоматологов / Л.П.Кисельникова [и др.]. – М., 2009. – 43 с.
82. Рабухина Н.А. Рентгениягностика в стоматологии / Н.А.Рабухина, А.П.Аржанцев. – М.: Мед.информ.агентство, 1999. - 451 с.
83. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Типичные ошибки при рентгенологическом исследовании зубочелюстной системы и лицевого черепа // Труды VI съезда Стоматологической Ассоциации России. – М.: 2000. – с. 52-53.
84. Санитарные правила и нормативы для обеспечения радиационной безопасности при рентгенологических исследованиях. СанПиН 2.6.1.1192-03.
85. СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов по проведению рентгенологических исследований».
86. СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)».
87. Санитарные правила устройства, оборудования, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала. СанПиН №2856А-83.
88. Сергеев Е.А. Лицензирование рентгеновских кабинетов. Основные вопросы. Руководство по подготовке и эксплуатации рентгеновского стоматологического кабинета в части соблюдения действующих санитарных правил и норм / Е.А.Сергеев // Стоматология сегодня. – 2009. - №7. – С. 69; №8. – С. 44; №9 – С.45.
89. Система организации стоматологической помощи населению России / В.Г.Бутова [и др.]. – М.: Медицинская книга, 2005. – 165 с.
90. Стародубов В.И. Медицинские кадры в стоматологии / В.И.Стародубов, А.А.Калининская, К.Г.Дзугаев. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 256 с.
91. Строительные нормы и правила «Лечебно-профилактические учреждения». СНиП 69-78.
92. Строительные нормы и правила «Требования к помещениям физиотерапевтических отделений (кабинетов). Пособие по проектированию учреждений здравоохранения». СНиП 2.08.02-89.
93. Терапевтическая стоматология: учеб. пособие для системы послевузовского профессионального образования / под ред. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.



94. Терапевтическая стоматология: учеб. для студентов вузов по медицинскому и фармацевтическому образованию / под ред. Е.В.Боровского. – 3-е изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 797 с.
95. Типовая инструкция по охране труда для персонала отделений, кабинетов физиотерапии. Утверждена МЗ СССР от 08.08.1987г.
96. Уткина Г.Ю. Социально-гигиеническое исследование современных условий оказания и перспектив развития стоматологической помощи населению на муниципальном уровне: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Ю.Уткина. – М., 2000. – 22 с.
97. Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 19.07.1996г. №125-ФЗ.
98. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999г. №52-ФЗ.
99. Федеральный закон «О радиационной безопасности населения» от 09.01.1996г. №3-ФЗ.
100. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г.Робустовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003. – 504 с.

## **ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

При организации стоматологической помощи сельскому населению учитываются социально-экономические условия жизни: низкая плотность населения, разбросанность населенных пунктов, специфика сельскохозяйственного производства, отдаленность от центров оказания специализированной помощи, в настоящее время – недостатки ресурсного (кадры, финансы) обеспечения [4, 1, 3]. Выше перечисленное определило этапность при оказании стоматологической помощи сельским жителям.

### **Выделяют следующие этапы:**

*1 этап* - оказание стоматологической помощи на уровне сельского врачебного участка (ФАП, врачебная амбулатория или участковая больница);

*2 этап* - стоматологическая помощь в кабинетах и отделениях центральных районных больниц (ЦРБ);

*3 этап* - областные (краевые), республиканские стоматологические поликлиники, клиники медицинских ВУЗов и НИИ.

### ***2.1. Стоматологическая помощь на уровне ФАП, врачебной амбулатории или участковой больницы***

Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) организуются в населенных пунктах с численностью населения от 700 до 3000 человек, расположенных на расстоянии свыше 5км от участковой или районной больницы. Они могут быть

организованы в населенных пунктах и при меньшем числе жителей - от 300 до 700, если эти пункты удалены от ближайшего лечебно-профилактического учреждения (в том числе другого фельдшерско-акушерского пункта) на расстояние свыше 4км. Также они организуются в населенных пунктах с числом жителей менее 300 человек при удалении их от других лечебно-профилактических учреждений на расстояние свыше 6км.

В штате фельдшерско-акушерского пункта устанавливаются должности: заведующего, фельдшера, акушерки, медицинской сестры от 0,5 (при численности населения 900 - 1300 человек) до 2,0 должностей (если жителей насчитывается от 2400 до 3000 человек). Кроме того, предусматривается должность медицинской сестры по физиотерапии, из расчета 1 на 15 тыс. условных единиц в год, создаваемая в медицинских профилакториях.

На фельдшерско-акушерском пункте стоматологическим больным оказывается доврачебная помощь. ФАП должен иметь необходимое оснащение, инструментарий для оказания первой помощи стоматологическим больным. Используя анальгезирующие и противовоспалительные медикаменты, фельдшер может снять или уменьшить зубную боль, предупреждая тем самым распространение одонтогенного воспаления, удалить зуб третьей степени подвижности.

Стоматологические кабинеты организуются во врачебных амбулаториях или участковых больницах.

**Задачами стоматологического (зубоврачебного) кабинета врачебной амбулатории, сельской участковой больницы являются:** оказание населению квалифицированной стоматологической помощи в лечении и профилактике заболеваний зубов и органов полости рта; в хирургии и зубопротезировании (в случае, когда имеется зубопротезный кабинет); регулярная плановая санация полости рта детей в детских дошкольных и школьных учреждениях; санация беременных женщин, находящихся на диспансерном учете по соматическому статусу (ревматизм, желудочно-кишечные заболевания и др.). Кроме того, стоматологический кабинет обслуживает работников ведущих профессий сельского хозяйства (механизаторов, животноводов, агрономов, зоотехников, инженеров и др.); проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, обучение детей, их родителей, педагогов правилам гигиенического ухода за полостью рта. Медицинское обслуживание на этом уровне соответствует первичной медико-санитарной помощи.

Преимущественно на сельском врачебном участке ведется смешанный прием больных. Рекомендуется работу врача сельского стоматологического кабинета строить по принципу дифференцированного приема. При этом в течение рабочей недели несколько дней должно отводиться на хирургический прием, несколько на терапевтический прием и на профилактическую работу. Больным с острой болью помощь оказывается во все дни по обращаемости. В сельском стоматологическом кабинете может оказываться медицинская помощь жителям близлежащих населенных пунктов на приписном участке, где малая численность населения, и не предусмотрено медицинских учреждений.

Запись на прием к стоматологу во многих участковых больницах проводится в децентрализованной регистратуре. При наличии же централизованной регистратуры в ней записываются первичные больные, повторные посещения назначает сам врач-стоматолог.

Учет и регистрация больных проводятся по общепринятой документации. В отдельных районах введена система регулярного анализа деятельности стоматологических кабинетов организационно-методическими кабинетами центральных районных больниц, куда ежемесячно сдается дневник учета работы врача-стоматолога (ф. № 039-2/у) и другая первичная медицинская документация. На основе этих документов рассчитываются основные показатели работы. Совместно с главным районным стоматологом и главным врачом участковой больницы решаются кадровые вопросы, вопросы оснащения кабинета и др.

Организация работы стоматологических кабинетов во многом определяется сезонным характером сельскохозяйственного производства, а также в ряде местностей трудностями сообщения между населенными пунктами, особенно зимой и весной, и отсутствием транспорта. С учетом этих особенностей и занятости тружеников села составляются специальные графики работы стоматологических кабинетов, которые вывешиваются на видных местах в участковой больнице, во всех ФАПах. О приезде врача на ФАП население должно быть заранее проинформировано. Бригадную (выездную) форму стоматологической помощи населению вводят при отсутствии стоматологических кабинетов в сельских больницах или врачебных амбулаториях. Из-за ограниченности времени пребывания специализированной бригады в населенных пунктах (до 2 месяцев в году) передвижные кабинеты оказывают помощь населению по обращаемости при осложненных формах заболеваний, исключая плановую работу с населением.

Стоматологических больных, нуждающихся в стационарном лечении, госпитализируют в сельскую участковую или центральную районную больницу по направлению зубного врача или стоматолога.

Кроме хирургической и терапевтической помощи, в сельских стоматологических структурах оказывается ортопедическая помощь. Установленные штатные нормативы для должности врачей-ортопедов в сельских лечебных учреждениях, как правило, позволяют иметь в них ортопедические стоматологические кабинеты на 0,5 должности в участковой больнице и врачебной амбулатории лишь с численностью обслуживаемого населения 6 - 7 тыс. человек. В большинстве случаев данный вид помощи оказывается в районных и областных медицинских учреждениях. Больные, нуждающиеся в специализированной стоматологической помощи, направляются на следующие этапы оказания помощи жителям сельской местности.

## ***2.2. Стоматологическая помощь на уровне отделения, кабинетов центральной районной больницы (ЦРБ)***

В отделении (кабинете) центральной районной больницы жителям сельской местности оказывается квалифицированная и специализированная стоматологическая помощь. В ЦРБ больной может получить и стационарную стоматологическую помощь.

В районные учреждения больные попадают, как правило, в сложных случаях, когда объем стоматологической помощи, не может быть оказан в условиях сельского врачебного участка, а также для протезирования и получения ортодонтической помощи.

В крупных районах с большой численностью населения могут быть организованы районные стоматологические поликлиники, структура которых строится по аналогии со стоматологическими поликлиниками в городах. В них ведется дифференцированный прием больных в соответствующих кабинетах по основным специальностям.

Принимая жителей сельской местности необходимо соблюдать принцип максимального оказания помощи в одно посещение с использованием односеансовых методов лечения осложненного кариеса, так как на повторные посещения пациента может влиять сезон сельскохозяйственных работ, а также удаленность населенного пункта.

Во всех районных больницах должен осуществляться дифференцированный прием стоматологических больных. В крупных районах с численностью населения свыше 60 тысяч человек плановый хирургический прием ведется ежедневно, в районах с численностью населения до 40 тыс. жителей - 3 раза в неделю, в более мелких районах - 2 раза в неделю. Хирургические больные с острой болью принимаются в день обращения.

Ортопедическая стоматологическая помощь в районных больницах оказывается в полном объеме. При этом в составе ортопедического отделения (кабинета) имеется зуботехническая лаборатория, которая в состоянии осуществлять все необходимые виды зуботехнических работ.

В районных больницах, обслуживающих 50 - 70 тыс. жителей, из общей численности должностей врачей-стоматологов в штатное расписание вводят 0,5 должности врача-ортодонта и 0,5 должности зубного техника для ортодонта.

Врач-ортодонт начинает свою работу с профилактических осмотров детей детских садов и школьников 1 - 4 классов. Выявляет детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении, формирует диспансерные группы. В последующей своей работе он сочетает лечебную деятельность с профилактическими осмотрами и всем комплексом профилактических мероприятий.

Для консультативной работы с больными, обращающимися в центральную районную больницу по направлению врачей-стоматологов (зубных врачей) участковых больниц и врачебных амбулаторий, следует выделять наиболее опытных, квалифицированных врачей.

В ряде ЦРБ организуют выезды персонала стоматологических кабинетов для оказания помощи населению в участковых больницах или врачебных

амбулаториях. Эффективность работы передвижных кабинетов во многом определяется наличием специально оборудованных автоустановок и санитарного транспорта, а также решением штатных вопросов.

Приказом главного врача ЦРБ из числа квалифицированных специалистов стоматологического отделения назначается внештатный главный стоматолог района. Он решает вопросы по развитию сети стоматологических учреждений, укреплению материально-технического оснащения стоматологических кабинетов, улучшению основных качественных показателей стоматологической службы, эффективной подготовки и усовершенствования кадров. Главный стоматолог проводит конференции, плановые выезды в стоматологические учреждения района. Серьезное внимание уделяет организации профилактических мероприятий и организационно-методической, санитарно-просветительной работе.

### ***2.3. Стоматологическая помощь на уровне областной (краевой, республиканской) стоматологической поликлиники***

Областная стоматологическая поликлиника предназначена для оказания высококвалифицированной стоматологической помощи территориально прикрепленному населению. Она организует консультативно-диагностическую помощь больным, направляемым из лечебно-профилактических учреждений области, а также осуществляет организационно-методическое руководство стоматологическими поликлиниками, отделениями и кабинетами, находящимися в структуре других ЛПУ области.

В областной поликлинике сельское население получает консультативную и лечебную помощь по направлению специалистов районных стоматологических учреждений. Консультативную и лечебную помощь специалисты областных поликлиник оказывают также в период плановых выездов в районы.

Лечебную помощь сельским жителям в каждом отделении поликлиники должны оказывать наиболее квалифицированные врачи, свободно владеющие современными методами диагностики и лечения. При этом в одно посещение больному следует оказывать максимум помощи, тем самым сокращать кратность посещений их в поликлинику. Кроме того, в областных стоматологических поликлиниках для сельских жителей необходимо предусматривать внеочередной прием не только во врачебный кабинет, но и в диагностические, физиотерапевтические кабинеты, лабораторию.

Важным разделом работы областной стоматологической поликлиники является обеспечение организационно-методического руководства стоматологическими учреждениями области, разработка и осуществление основных мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий среди населения, анализ и оценка состояния стоматологической службы и работы стоматологических учреждений. Для этой цели в составе областной стоматологической поликлиники создается организационно-методический отдел (кабинет), который интегрирует и анализирует информацию по деятельности

стоматологической службы области, организует и проводит изучение заболеваемости среди населения, разрабатывает организационно-методические материалы по важнейшим разделам работы и доводит их до руководителей и работников учреждений области, проверяет учет и отчетность.

В Российской Федерации был накоплен значительный опыт по организации работы выездных специализированных бригад из областных стоматологических учреждений, которые выезжали в села, расположенные вдали от районных и участковых больниц для оказания квалифицированной и специализированной стоматологической помощи сельским жителям. Однако, из-за экономических трудностей данному разделу работы уделяется недостаточно внимания.

Кризисное состояние Российской экономики заставляет принимать должные меры по изысканию ресурсосберегающих технологий и созданию более экономичной модели оказания лечебно-профилактической помощи сельскому населению. Наиболее приемлемой моделью на первом этапе оказания стоматологической помощи на селе является семейный врач-стоматолог [6]. Семейный врач-стоматолог должен владеть знаниями, умениями и практическими навыками, необходимыми не только для самостоятельного проведения лечебно-диагностических мероприятий, но и формирования здорового образа жизни всех членов семьи. В организации стоматологической помощи сельскому населению семейный принцип является относительно новым подходом и включает в себе совокупность специфических принципов мышления и организации работы. Преимущество такой формы заключается в доступности услуг стоматолога, возможности в любой момент с одним врачом решить проблемы каждого члена семьи, постоянном наблюдении, коррекции плана лечения и профилактики, индивидуальном подходе к каждому члену семьи. Многие врачи-стоматологи в своей повседневной практике используют элементы семейной медицины, основываясь на ее методах и принципах, но при этом не имея специальной подготовки и статуса семейного врача стоматолога. Очевидно, они сознают, что организация первичной стоматологической помощи по семейному принципу является наиболее перспективной [6].

Программой социально-экономического развития РФ на средне-срочную перспективу, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 10.07.2001г. № 910-р, предусмотрено развитие сети учреждений здравоохранения в сельской местности и совершенствование осуществления первичной медико-санитарной помощи на базе сельских районных, участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов [5].

Программа предусматривает реализацию следующих мероприятий в области развития сети учреждений первичной медико-санитарной помощи:

- укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений здравоохранения сельских районов с учетом создания выездных формирований, центров, отделений общей врачебной (семейной практики);
- совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на основе внедрения принципов общей врачебной (семейной практики);

- обеспечение сельского населения скорой медицинской помощью путем совершенствования нормативно-правового, материально-технического и кадрового обеспечения;
- совершенствование консультативной, диагностической и лечебной помощи на основе внедрения выездных форм оказания медицинской помощи;
- укомплектование учреждений здравоохранения преимущественно специалистами общей врачебной (семейной) практики;
- развитие института врача общей практики (семейный врач).

***В числе основных особенностей организации стоматологической помощи выделяют:***

- этапность;
- развитие передвижных видов помощи (терапевтической, ортопедической, хирургической, ортодонтической и других узкоспециализированных видов помощи);
- поэтапные нормативы кадрового обеспечения;
- преимущественное осуществление профилактических программ в межсезонный период;
- сосредоточение медицинских услуг на уровне районного центра, в центральных районных больницах (ЦРБ) или в районной стоматологической поликлинике;
- развитие частных медицинских организаций, главным образом в наиболее крупных городах областного подчинения (А.Н.Галиуллин, 2008).

Решение этих приоритетных направлений станет гарантом в обеспечении сельского населения качественной первичной медико-санитарной помощью [3, 2].

#### ***2.4. Штатные нормативы медицинского персонала для оказания стоматологической помощи жителям сельской местности***

**Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек**

утверждены Приказом Министерства здравоохранения СССР от 26.09.78 г. № 900 (Приложение №1) с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения СССР от 24.07.79 № 754, от 17.04.80 № 404, от 18.06.81 №664, от 23.10.81 № 1095, от 26.02.82 № 185, от 11.10.82 №999, от 24.06.81 № 685, от 26.06.81 № 693, от 23.09.81 № 1000и от 10.04.81 №387, от 30.05.86 № 770, письмом от 05.03.83 № 02-14/14-14)

*Извлечения  
из Приказа Министерства  
здравоохранения СССР  
от 26.09.78 г. № 900*

**А. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала  
и работников кухонь центральных районных и  
районных больниц сельских районов**

3. Должности врачей для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению устанавливаются из расчета:

Наименование должности врача	Число должностей на 1000 человек населения					
	проживающего в населенном пункте, где расположена больница и непосредственно обслуживаемого ею		проживающего вне населенного пункта, где расположена больница, но непосредственно обслуживаемого ею (приписной участок)		проживающего на остальной территории района, обслуживаемого больницей (для ЦРБ без учета населения на территории деятельности РБ)	
	взрослого	детского	взрослого	детского	взрослого	детского
Врач-стоматолог и стоматолог-хирург (суммарно)	0,4	0,45	0,4	0,45	0,02	0,02

4. Должности врачей - стоматологов-протезистов, содержащиеся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливаются из расчета:

а) 0,08 должности на 1 000 человек взрослого населения, проживающего в населенном пункте, где расположена больница, и обслуживаемого ею;

б) 0,07 должности на 1 000 человек взрослого населения, проживающего на приписном участке, а также в населенных пунктах, обслуживаемых другими лечебно-профилактическими учреждениями, не имеющими в своем составе зубопротезного отделения (кабинета).

44. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов поликлиник (амбулаторий) устанавливаются из расчета 1 должность на:

а) должность врача: хирурга, уролога, травматолога-ортопеда, отоларинголога, офтальмолога, **стоматолога-хирурга**, инфекциониста, кардиолога, кардиоревматолога, радиолога, ревматолога, терапевта подросткового;

б) 2 должности врачей: терапевтов участковых, терапевтов участковых цеховых врачебных участков при наличии здравпунктов, терапевтов, педиатров (кроме обслуживающих детские дошкольные учреждения и школы), невропатологов, **стоматологов**, эндокринологов;

в) 3 должности врачей - стоматологов-протезистов (содержатся на хозрасчете или за счет специальных средств).

82. Должности санитарок врачебных кабинетов поликлиники (амбулатории) устанавливаются из расчета 1 должность на:

а) должность врача: хирурга, травматолога-ортопеда, **стоматолога-хирурга**;

в) 3 должности врачей других специальностей, ведущих амбулаторный прием.



**Штатные нормативы медицинского персонала поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек и центральных районных поликлиник сельских районов**

утверждены Приказом Министерства здравоохранения СССР от 26.09.78 г.

№ 900 (Приложение №3) с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения СССР от 28.12.79 № 1320 и от 25.06.81 № 693)

*Извлечения  
из Приказа Министерства  
здравоохранения СССР  
от 26.09.78 г. № 900*

**Штатные нормативы медицинского персонала амбулаторий,  
расположенных в сельской местности**

**Врачебный персонал**

Наименование должности	Число должностей на 100 человек населения	
	взрослого	детского
д. Врач-стоматолог	0,25	0,25
е. Врач - стоматолог-протезист (содержится на хозрасчете или за счет специальных средств)	0,07	-

**Средний медицинский персонал**

5. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются из расчета 1 должность на:

б) 2 должности врача-стоматолога;

в) 3 должности врача - стоматолога-протезиста (содержатся на хозрасчете или за счет специальных средств).

11. Должности зубных техников, содержащиеся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливаются в зависимости от объема работы по зубопротезированию и действующих норм времени на зуботехнические работы.

12. Должность старшего зубного техника, содержащаяся на хозрасчете или за счет специальных средств, устанавливается при наличии не менее 3 должностей зубных техников вместо одной из них.

**Младший медицинский персонал**

13. Должности санитарок устанавливаются из расчета 1 должность на:

б) 3 должности врачей других специальностей, ведущих амбулаторный прием.

## Вопросы для повторения и обсуждения

1. Фельдшерско-акушерские пункты: виды оказания стоматологической помощи.
2. Назовите задачи стоматологического кабинета сельской врачебной амбулатории и сельской участковой больницы.
3. Перечислите виды стоматологической помощи, оказываемой в центральной районной больнице.
4. Какими приказами определяется штатное расписание врачебного, среднего и младшего медицинского персонала при оказании стоматологической помощи жителям сельской местности?
5. Назовите штатные нормативы врачебного персонала (врач-стоматолог, врач-стоматолог-хирург, врач-стоматолог-ортопед).
6. Назовите штатные нормативы среднего медицинского персонала.
7. Назовите штатные нормативы младшего медицинского персонала.

## Тестовые задания

Дополните:

1. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ:

...; ...; ... .

Выберите правильные ответы

2. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА (СУММАРНО) ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ В НАСЕЛЕННОМ ПУНКТЕ, ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА БОЛЬНИЦА (ЦРБ ИЛИ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА) И НЕПОСРЕДСТВЕННО ОБСЛУЖИВАЕМОГО ЕЮ, УСТАНОВЛИВАЮТ ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 1000 человек населения;
- 2) 0,7 должности на 1000 человек населения;
- 3) 0,4 должности на 1000 человек населения.

3. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА (СУММАРНО) ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ В НАСЕЛЕННОМ ПУНКТЕ, ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА БОЛЬНИЦА (ЦРБ ИЛИ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА) И НЕПОСРЕДСТВЕННО ОБСЛУЖИВАЕМОГО ЕЮ, УСТАНОВЛИВАЮТ ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 1000 человек населения;
- 2) 0,7 должности на 1000 человек населения;
- 3) 0,45 должности на 1000 человек населения.

4. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА (СУММАРНО) ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ ВНЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА, ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА БОЛЬНИЦА (ЦРБ ИЛИ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА), НО НЕПОСРЕДСТВЕННО ОБСЛУЖИВАЕМОГО ЕЮ, УСТАНАВЛИВАЮТ ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 1000 человек населения;
- 2) 0,4 должности на 1000 человек населения;
- 3) 0,45 должности на 1000 человек населения.

5. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА (СУММАРНО) ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ ВНЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА, ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА БОЛЬНИЦА (ЦРБ ИЛИ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА), НО НЕПОСРЕДСТВЕННО ОБСЛУЖИВАЕМОГО ЕЮ, УСТАНАВЛИВАЮТ ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 1000 человек населения;
- 2) 0,4 должности на 1000 человек населения;
- 3) 0,45 должности на 1000 человек населения.

6. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА (СУММАРНО) ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ НА ОСТАЛЬНОЙ ТЕРРИТОРИИ РАЙОНА, ОБСЛУЖИВАЕМОГО БОЛЬНИЦЕЙ (ДЛЯ ЦРБ БЕЗ УЧЕТА НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РБ), УСТАНАВЛИВАЮТ ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 1000 человек населения;
- 2) 0,4 должности на 1000 человек населения;
- 3) 0,02 должности на 1000 человек населения.

7. ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА (СУММАРНО) ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ НА ОСТАЛЬНОЙ ТЕРРИТОРИИ РАЙОНА, ОБСЛУЖИВАЕМОГО БОЛЬНИЦЕЙ (ДЛЯ ЦРБ БЕЗ УЧЕТА НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РБ), УСТАНАВЛИВАЮТ ИЗ РАСЧЕТА:

- 1) 1 должность на 1000 человек населения;
- 2) 0,45 должности на 1000 человек населения;
- 3) 0,02 должности на 1000 человек населения.

Дополните:

Наименование должности	Число должностей на 100 человек населения обслуживаемого амбулаторией, расположенных в сельских местностях:	
	взрослое	детское
1. врач-стоматолог	.....	.....
2. врач-стоматолог-протезист	.....	.....

9. НА ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) доврачебная помощь;
- 2) врачебная помощь.

10. ВО ВРАЧЕБНЫХ АМБУЛАТОРИЯХ ИЛИ УЧАСТКОВЫХ  
БОЛЬНИЦАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) доврачебная помощь;
- 2) квалифицированная стоматологическая помощь.

11. В ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ  
БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) доврачебная помощь;
- 2) квалифицированная стоматологическая помощь;
- 3) специализированная стоматологическая помощь.

12. НА УРОВНЕ ОБЛАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОЛИКЛИНИКИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) доврачебная помощь;
- 2) консультативная помощь;
- 3) высококвалифицированная стоматологическая помощь.

### Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	ФАП, врачебная амбулатория или участковая больница; кабинеты, отделения ЦРБ; областная, краевая, республиканская стоматологическая поликлиника, клиники ВУЗов, НИИ.	5	3.	9	1.
2	3.	6	3.	10	2.
3	3.	7	3.	11	2, 3.
4	2.	8	1. 0,25 и 0,25; 2. 0,07.	12	2, 3.

## Список основной литературы

1. Бутова В.Г. Система организации стоматологической помощи населению России / В.Г.Бутова, В.Л.Ковальский, Н.Г.Ананьева. – М.: Медицинская книга, 2005. - 165 с.
2. Бутова В.Г. Роль стандартов и протоколов ведения больных в контроле качества стоматологических услуг / В.Г.Бутова [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2009. - №1. - С. 49-53.
3. Галиуллин А.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / А.Н.Галиуллин. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2008. – 499 с.
4. Организация и экономика стоматологической службы \ Г.М.Гайдаров [и др.]. – М.: Грантъ, 2001. – 200с.
5. Приказ МЗ СССР «Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек» от 26.09.78г. №900 с изменениями и дополнениями, внесенными приказами МЗ СССР от 24.07.1979г. №754, от 17.04.1980г. №404, от 18.06.1981г. №664, от 23.10.1981г. №1095, от 26.02.1982г. №185, от 11.10.1982г. №999, от 24.06.1981г. №685, от 26.06.1981г. №693, от 23.09.1981г. №1000, от 10.04.1981г. №387, от 30.05.1986 №770, письмом от 05.05.1983г. №02-14/14-14.
6. Сагина О.В. Семейный врач-стоматолог в системе первичной лечебно-профилактической стоматологической помощи сельскому населению / О.В.Сагина // Новое в стоматологии. – 2002. - №5. – С.95.

## ГЛАВА 3. РЫНОК СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

### 3.1. Особенности рынка стоматологических услуг в РФ

Развитие отечественного здравоохранения на рубеже 80-90-х годов прошлого столетия происходило в направлении коммерциализации. Реорганизация системы медицинского обслуживания населения явилась элементом социально-экономических преобразований, проводимых в РФ за последние десятилетия [9].

Процесс развития российской экономики и совершенствование рыночных отношений происходят в сложной социально-экономической обстановке. В национальной экономике имеет место снижение интенсивности экономического роста [3].

На сегодняшний день отсутствует анализ рынка стоматологических услуг Российской Федерации в целом. Имеются отдельные маркетинговые исследования состояния рынка частных стоматологических клиник в крупных городах РФ. Так, в Санкт-Петербурге сегодня числится порядка 900 клиник, центров и кабинетов по оказанию стоматологических услуг. Среди них 520

частных медицинских стоматологических клиники и 77 государственных в составе муниципальных поликлиник. При этом существует порядка 100 стоматологических кабинетов в составе многопрофильных медицинских центров и ведомственных больниц, медицинских институтов, пансионатов и санаториев. По результатам социологического анализа 68,0 % населения города пользуется платными стоматологическими услугами. Услугами частных стоматологических центров пользуется 60,0% опрошенных, а платными услугами государственных учреждений – 45,0% [2]. Аудитория государственных учреждений и платных клиник в значительной степени пересекается. Однако, учитывая значительно меньшее число государственных учреждений, данные цифры показывают, что нагрузка на государственные учреждения гораздо выше, чем на частные клиники. Это является основной причиной, по которой государственные клиники практически не используют рекламу и маркетинг для привлечения пациентов. Внутри частного сектора стоматологических услуг, наблюдается достаточно резкое обострение конкуренции, но в основном оно происходит в сфере дорогого и среднего ценового сегмента. Доля рынка стоматологических услуг самая большая в российском рынке платных медицинских услуг [2, 13]. По предварительным оценкам общий объем рынка платных медицинских услуг оценивается в \$4 – 5 млрд. в год, при этом из этой суммы, по различным оценкам, на платную стоматологию и связанные с ней отрасли может приходиться от \$2,5 до 3 млрд. в год. Данная экономическая ниша явилась привлекательной для расширения бизнеса частных стоматологических клиник и созданию сетей (наращивание конкурентных преимуществ и расширение рыночной доли за счет создания филиалов и построения сетей). По этому пути идут практически все крупные клиники. Сетями стали такие клиники, как: Мастердент, Дента-Вита, AnyDent, Spectra, Хэдвей, Меди и многие другие. В целом в Санкт-Петербурге насчитывается не менее 30-35 клиник имеющих больше 5-6 филиалов. Становится очевидным, что основная конкуренция на рынке стоматологических услуг происходит не между частным и государственным секторами, а внутри частного сектора, между сетевыми и несетевыми клиниками. При этом она практически не затрагивает интересов элитного, узкоспециализированного и нижнего ценового сектора. При этом несетевые клиники вынуждены приспособливаться и занимать такие ниши, которые недоступны сетевым – в косметической стоматологии, в детской стоматологии, в скорой и ночной стоматологии и т.д. Необходимо отметить отрицательное влияние кризиса на рынок стоматологических услуг: несколько клиник стали аутсайдерами («Мастердент» и др.). Но при этом, сама тенденция по расширению бизнеса через создание филиалов, безусловно, очевидна.

Однако, существуют препятствия для расширения рынка стоматологических услуг:

- высокие затраты создания клиник (затраты на открытие клиники на 5 кресел с оказанием полного спектра стоматологических услуг и собственным

помещением в 200 кв.м. обходится в настоящее время в крупных городах примерно \$1 млн.);

- сложность в вопросах кредитования. Банки не приветствуют ведение двойной бухгалтерии, поэтому на рынке до сих пор нет примеров значительных слияний и поглощений, как это было, например, с аптечными сетями;

- процесс лечения не поставлен на «поток»;

- для всех клиник, за очень и очень редким исключением, характерен дефицит кадров. Хотя необходимо отметить, что уровень использования специалистов из других городов, самый высокий по всем отраслям экономики. Крупнейшие города страны «забирают» всех специалистов-стоматологов. Высокий спрос на специалистов очень характерен для стоматологии;

- дифференциация процесса построения управления сетью клиник и единственным медицинским центром. Для развития сети характерно то, что самым важным маркетинговым фактором становится качество медицинской услуги. Низкое качество или ошибка снижает спрос на стоматологическую услугу. Все отмеченное делает очевидным сложность расширения собственной сети путем простой покупки чужой клиники. Именно эти ограничения мешают на сегодняшний день стоматологическим сетям покупать и поглощать отдельные клиники и центры.

Многие специалисты отмечают, что в области экономики здравоохранения в ближайшие несколько лет не будут вырисовываться существенные изменения в структуре сегментов частной стоматологии. По оценкам большинства специалистов сам рынок стоматологических услуг также не будет существенно меняться и сохранит нынешнюю структуру, а основой маркетинговой политики большинства частных клиник будет узкая специализация и сегментация услуг, которые будут служить защитой от конкурентов.

Стремительное развитие рыночных отношений в отечественной стоматологии было предопределено целым комплексом факторов:

- отсутствие мотивации труда врачей-стоматологов;
- не достаточно высокое качество оказания стоматологической помощи;
- сокращение объёмов оказания стоматологической помощи вследствие сокращения финансирования;
- снижение доступности стоматологических услуг.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи включает сокращение объёма стоматологического обслуживания населения по сравнению с тем объёмом, который закладывался Министерством здравоохранения при административно-командной системе. Так, Программа практически исключает возможность населения осуществлять зубопротезирование на бесплатной основе. На основании чего рынок стоматологических услуг получил чёткие границы функционирования.

Итак, **рынок стоматологических услуг** – механизм взаимодействия продавцов и покупателей стоматологических услуг.

Рынок стоматологических услуг имеет **особенности**, присущие рынку медицинских услуг в целом [10]:

- на рынке медицинских услуг выступают три группы субъектов:
  - производитель, продавец медицинских товаров и услуг (медицинское учреждение, врач);
  - покупатель (пациент, работодатель, государство);
  - посредник — территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации;
- в отличие от других рынков производитель медицинской услуги и ее продавец выступают, как правило, в одном лице;
- выраженный сезонный характер спроса на медицинские услуги;
- особенности территориальной сегментности (дифференциации) рынка медицинских услуг и высокой изменчивости рыночной конъюнктуры в зависимости от уровня и структуры заболеваемости населения данного региона (эпидемии, экологические и техногенные катастрофы, эндемичность территории по тем или иным заболеваниям и др.);
- сложная структура спроса на медицинские услуги, связанная с необходимостью их персонификации и индивидуализации;
- способность продавца медицинских услуг одновременно влиять на спрос и на предложение — искусственный спрос (проводя необходимые или дополнительные исследования, врач устанавливает диагноз, определяя, таким образом, спрос пациента на конкретные медицинские услуги и одновременно оказывая эти услуги, удовлетворяет спрос, т. е. формирует предложение);
- ажиотажный спрос на медицинские услуги со стороны пациентов (стремление пациента в силу каких-то психологических причин настоять на дополнительном обследовании, получении дорогостоящих лекарств и др.);
- здравоохранение — это сфера, где существует высокая степень доверия к продавцу (врачу), что является основанием для использования данного факта в недобросовестной конкуренции;
- особые требования, предъявляемые к качеству и безопасности медицинских услуг;
- высокая приоритетность и социальная значимость медицинской услуги;
- отсутствие четкой связи между затратами труда медицинских работников и конечным результатом;
- приоритет социальной и медицинской эффективности и второстепенная значимость экономической эффективности.

Рынок построен на **принципах** возмездности, эквивалентности и взаимовыгодности.

**Функции рынка медицинских услуг** определяются решаемыми им задачами. Рынок отвечает на главные вопросы «что», «как» и «для кого» и решает проблему распределения ограниченных ресурсов здравоохранения. Он выполняет **посредническую, ценообразующую, информационную, регулирующую и saniрующую функции.**



Инфраструктура рынка стоматологических услуг имеет свои характерные черты. Большой стоматологический рынок представляет собой систему отдельных взаимосвязанных рынков [7]:

- рынок стоматологических услуг
- рынок стоматологического оборудования и инструментов
- рынок стоматологических материалов и средств
- рынок лекарственных препаратов и гигиенических средств
- рынок научных разработок, интеллектуального труда
- рынок труда медицинского персонала
- рынок ценных бумаг.

**Рынок стоматологических услуг** занимает важное место в структуре, включая классификатор перечня услуг, оказываемых стоматологами-терапевтами, стоматологами-хирургами, стоматологами-ортодонтами и др. Классификатор стоматологических услуг насчитывает более тысячи наименований.

**Рынок стоматологического оборудования и инструментов** включает свыше 800 единиц наименований, которые подразделяются на:

- электронные приборы, оборудование, наконечники;
- рентгенологическое и радиографическое оборудование и аксессуары;
- аксессуары для ортопедических работ;
- инструменты для эндодонтических работ;
- терапевтические и хирургические инструменты;
- вращающийся инструмент;
- стерилизационное оборудование.

**Рынок стоматологических материалов и средств** представлен достаточно широким перечнем товаров:

- расходные материалы для ортопедических работ: полимерные материалы для изготовления мостов и пародонтальных шин, полимерные материалы для фиксации зубов после ортодонтических процедур, композитный цемент, пасты для временной фиксации коронок, слепочные массы и материалы, адгезивные системы и т.п.;

- абразивные и полировочные средства: наборы финирующих боров, полиры, абразивы, отрезные диски, алмазные диски и т.п.;

- пломбировочные материалы: прокладки, цементы, пломбировочные материалы химического отверждения, пломбировочный материал светового отверждения и т.п.

Пломбировочные материалы на рынке стоматологических услуг имеют свои групповые характеристики. Согласно немецкой шкале, пломбировочный материал подразделяется по функциональному назначению:

1-е поколение – устаревшие композиты химического отверждения, наполнитель которого состоит из микрочастиц;

2-е поколение – композиты для фронтальной группы зубов (гелиоотверждения);

3-е поколение – композиты для пломбирования жевательных зубов;

4-е поколение – универсальные композиты.

При этом необходимо отметить недостаток данной классификации, состоящий в том, что к одному поколению относятся материалы с разным наполнителем, разными физическими свойствами и методиками применения. Согласно швейцарской шкалы пломбировочные материалы подразделяются по таким критериям, как технология работы, моделирование, тип наполнителя:

1-е поколение – макро- и мидинаполненные композиты химического отверждения;

2-е поколение – гелиоотверждаемые композиты с макро-, микро- и мидинаполнители;

3-е поколение – гибридные композиты химического и гелиоотверждения с рекомендацией по применению на нескольких классах полостей;

4-е поколение – универсальные гибриды для всех классов полостей.

В настоящее время существует широкий выбор пломбировочных материалов. Значительно повысились требования со стороны пациентов к эстетике: если раньше пациенты стремились ставить красивые пломбы только на зубы видимые при улыбке, то сейчас современные технологии позволяют это делать и на жевательных зубах.

Современные пломбы, поставленные по любой из методик, должны отвечать следующим требованиям: повторять анатомическую форму зуба, прочно связываться с дентином и эмалью, плотно прилегать к тканям зуба, выдерживать жевательную нагрузку, быть неотличимой от цвета зуба.

**Рынок лекарственных препаратов и гигиенических средств** также можно подразделить на следующие группы:

- анестезирующие препараты;
- препараты, а именно: болеутоляющие средства для пульпы, пародонтальные тампоны, растворимые гемостатические губки, гемостатическую жидкость и др.;
- средства гигиены и профилактики: жидкость для дезинфекции инструментов, алмазных боров, контейнеры для хранения ваты, ёмкости для стерилизации, лотки для хранения инструментов, зубные пасты, препараты для профилактики кариеса, валики ватные, перчатки, маски терапевтические и др.

**Рынок научных разработок, интеллектуального труда** характеризуется практическим применением научных достижений отечественной стоматологии:

- применение современных методов ортодонтического лечения (брекетов) детей и взрослых с зубочелюстными аномалиями;
- пластическое устранение комбинированных дефектов лица и шеи реваскуляризованными аутоотрансплантатами;
- реставрация зубов;
- дентальная имплантация зубов;
- пародонтологического лечения с использованием иммунокорректоров;
- применение паст, содержащих иммобилизованные на полисорбе ионы кальция и фосфора, для obturации корневых каналов и т.д.

**Рынок труда медицинского персонала.** В целом в системе здравоохранения в 2007г. работало 616,4 тыс. врачей и 1 349,3 тыс. среднего медицинского персонала (в 2004 – 607,1 тыс. и 1 367,6 тыс.; в 2006г. – 607,7 тыс. и 1 351,2 тыс. соответственно). Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составила 43,3 (2004г. – 42,4; 2006г. – 43,0), средним медицинским персоналом – 94,9 (2004г. – 95,6; 2006г. – 95,0). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1: 2,2 [7]. В Архангельской области укомплектованность врачебными кадрами составляет 89,22%. Обеспеченность врачебными кадрами стоматологического профиля в государственной системе значительно ниже, чем в развитых странах. В Архангельской области также остается высокое количество вакансий врачей стоматологического профиля.

**Рынок ценных бумаг** имеет большое значение для функционирования рынка стоматологических услуг. Ценные бумаги входят в портфельные инвестиции стоматологических учреждений. Возможно помещение свободных денежных средств медицинских организаций в доходные инвестиционные активы – ценные бумаги. Ценные бумаги играют важную роль в страховании всех групп риска предпринимательской деятельности в стоматологии. Наиболее распространёнными ценными бумагами на современном рынке медицинских услуг являются: акции, депозитные сертификаты, векселя и облигации.

Основными элементами рынка стоматологических услуг являются: спрос и предложение стоматологических услуг, потребительская способность населения, конкуренция, рыночная цена, маркетинг.

**Спрос** отражает поведение потребителя медицинских услуг и представлен шкалой спроса. Она показывает, количество медицинских услуг, которые пациент желает приобрести по различным ценам в определённый момент времени. На спрос медицинских услуг существенное влияние оказывает цена: при прочих равных условиях величина спроса тем выше, чем ниже цена.

Помимо цены, следует учитывать и другие **факторы**, активно влияющие на спрос стоматологических услуг:

- **уровень доходов населения** (чем выше доходы, тем больше вероятность обращения за дорогостоящей услугой);
- **возрастно-половая структура населения** (тенденции старения населения увеличивает спрос на ортопедические стоматологические услуги);
- **мода** (в стоматологической практике одним из модных направлений является эстетическая стоматология);
- **"врачебный фактор"** (врачи своими не всегда обоснованными рекомендациями к проведению дополнительных диагностических процедур способны увеличить спрос на медицинские услуги);
- **качество медицинской услуги** (чем выше качество, тем выше спрос на медицинскую услугу);
- **реклама** (активное предложение тех или иных стоматологических услуг вызывает зачастую повышенный спрос на эти виды услуг).

Удовлетворение потребности в здравоохранении зависит не только от платежеспособности пациента, но и от доступности медицинской помощи, оснащенности медицинского учреждения и квалификации врачей.

Различают следующие **виды спроса на медицинские услуги**:

- **Отрицательный спрос.** Ярким примером данного вида спроса является низкий уровень спроса на многоразовый инструментарий, а также на прием к врачам отдельных специальностей, болезненные, дорогостоящие процедуры.
- **Скрытый спрос.** Отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, которые, например, отсутствуют в конкретной медицинской организации.
- **Падающий спрос.** Данный вид спроса имеет тенденцию к снижению. Например, в последнее время упал спрос на многоразовый инструментарий, системы переливания крови многоразового использования, гипотензивные препараты отечественного производства.
- **Нерегулярный спрос** (сезонные временные колебания). Так, спрос на ортопедические стоматологические услуги увеличивается в весенний период; хронические заболевания ротовой полости обостряются в весенний и осенний период.
- **Чрезмерный спрос.** В здравоохранении наблюдается чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем, возрастает уровень травматизма. Спрос на медицинские услуги можно рассчитать по следующей формуле:

$$C = N \cdot П,$$

где  $C$  — спрос на медицинские услуги;

$N$  — число пациентов;

$П$  — средний коэффициент обращения за медицинскими услугами.

В зависимости от характера спроса можно прогнозировать изменения потребностей пациентов в медицинских услугах, а, следовательно, увеличение или уменьшение необходимого объема помощи.

**Предложение** также является одной из базисных сил, движущей рынком, что отражает поведение продавцов. Предложение показывает количество медицинских услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению по определённой цене. Влияние ценового фактора на предложение можно охарактеризовать следующим образом: объем предложения изменяется в прямой зависимости от изменения цены на услугу.

На предложение оказывают влияние и другие факторы, как численность и квалификация персонала (увеличение числа врачей и повышение квалификации персонала приводит к увеличению уровня предложения), техническое оснащение медицинской организации (внедрение современных технологий позволяет увеличить предложение), при этом дорогостоящее оборудование автоматически приведёт к снижению предложения, налоговая политика (при

увеличении налоговой ставки нерентабельным является увеличение предложения) и др.

При взаимодействии спроса и предложения происходит формирование **рыночной равновесной цены**, которая устанавливается при таком уровне цены, при котором объем спроса равен объему предложения. Изменения в спросе или предложении приводят к новым равновесным цене и объему. Рыночная цена выше или ниже равновесной свидетельствует об избыточном спросе или предложении. Положительный избыточный спрос отражает недостаток (дефицит) товаров на рынке. Положительное избыточное предложение свидетельствует об избытке товаров.

Особенностью равновесной цены является ее **эластичность**: если под влиянием некоторых факторов произойдет повышение спроса при неизменном предложении или снижение предложения при неизменном спросе, то цена возрастет. Если при неизменном предложении произойдет снижение спроса или возрастет предложение при неизменном спросе, то цена снизится.

Неотъемлемым элементом рынка стоматологических услуг является присутствие **конкурентной борьбы** между экономическими агентами.

На рынке товаров и услуг здравоохранения **конкурентными участниками** могут быть [10]:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения — по реализации государственного (муниципального) заказа на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские услуги или товары медицинского назначения.

Можно выделить следующие **конкурентные преимущества**:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество медицинских товаров и оказываемых услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке товаров и услуг здравоохранения. Вариантами подобной **стратегии** могут быть:

- стратегия низкой себестоимости;
- стратегия дифференциации услуг;
- стратегия новаторства.

Анализ конкуренции позволяет установить позиции организации здравоохранения на рынке медицинских товаров и услуг — произвести его позиционирование, т. е. определить те действия, которые обеспечат организации конкурентоспособность на рынке.

В условиях добровольного и обязательного медицинского страхования появляется борьба за потребителя медицинских услуг. Поэтому необходимо тщательно изучать мотивы поведения пациентов на рынке стоматологических услуг.

В рамках маркетингового исследования руководитель организации здравоохранения должен определить, какие оказываемые услуги будут пользоваться наибольшим спросом, каков социальный, возрастной и профессиональный состав обращающихся за услугами, какова их реакция на предлагаемые цены. Цель подобного анализа будет заключаться в получении информации для принятия конкретного решения о том, какое количество или какой объем медицинских услуг следует оказывать [10].

Конкуренция может выступать в совершенной и несовершенной формах. Совершенная конкуренция носит в большей степени теоретический характер. Конкуренция, которая в той или иной степени связана с ограничением свободы предпринимательской деятельности, называется *несовершенной*. Она включает *три несовершенно конкурентных рыночных структуры*: монопольную, олигополистическую и монополистическую конкуренцию. На сегодняшний день рынок стоматологических услуг имеет характеристики монополистической конкуренции: множество участников рынка, широкий спектр услуг, дифференцированная ценовая политика, некоторое ограничение по доступу к информации.

Таким образом, отечественная стоматология является неотъемлемой частью национального рынка, внося определённый вклад в общественное производство.

### ***3.2. Стоматологическая медицинская услуга как экономическая категория***

**Медицинская услуга** — это *продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента)*. Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий врача и желания пациента получить пользу, с реально ощутимым восприятием от ее потребления. Результат лечения будет зависеть от многих факторов: насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения врача, своевременность обращения за медицинской помощью, образ жизни, точность представленной больным информации о начале заболевания и его симптомах, а также от уровня квалификации медицинского персонала и от характера его действий.

Исходя из этого, **медицинскую услугу** можно определить как *оказание профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, рекреационной, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи в сфере товарно-денежных отношений*.

Медицинская услуга может быть *простой и комплексной*.

Под простой медицинской услугой понимается неделимая услуга, например диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни. Под комплексной услугой понимается законченный случай по определенной нозологической форме, так для стоматологических поликлиник — санированный больной.

Кроме того, различают *стандартные* и *индивидуальные* медицинские услуги. Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прейскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Выделяют следующие специфические особенности медицинских услуг:

- неосвязаемость;
- неотделимость от источника получения услуг;
- несохраняемость;
- вариабельность качества оказываемой медицинской услуги;
- неоднозначность оценки результата медицинской услуги;
- медицинская услуга — это продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 №27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» утверждены порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению. Данные услуги не включены в гарантированный объём бесплатной медицинской помощи [4].

Платные стоматологические услуги населению предоставляются в рамках договоров с гражданами и организациями, при этом стоматологические организации могут оказывать медицинскую помощь населению по их желанию на условиях повышенной комфортности. Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются по прейскурантной цене, с учётом себестоимости платных медицинских услуг, ожидаемой прибыли и применяемого медицинского стандарта [1].

### ***3.3. Стоматологическая организация как услугопроизводящее предприятие***

В рыночной экономике стоматологическому учреждению необходимо осуществить выбор поля деятельности по проведению мероприятий, обеспечивающих переход к экономичным методам управления своей работой, а также новых подходов к финансированию из внебюджетных источников, с оптимальным сочетанием бюджетного и страхового финансирования [1].

Поиск дополнительных источников финансирования стоматологической поликлиники целесообразно сосредоточить по следующим направлениям:

1. Рынок медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования;
2. Рынок медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования;
3. Рынок платных медицинских услуг.

Источник поступления средств в обязательное медицинское страхование — взносы работодателей, включаемые в себестоимость продукции, и платежи местной администрации на неработающее население. Тарифы устанавливаются медицинскими учреждениями по согласованию с фондом обязательного медицинского страхования. Оплата медицинских услуг осуществляется по согласованным тарифам.

Добровольное медицинское страхование является финансово-коммерческой деятельностью. Главной характерной чертой добровольного медицинского страхования является то, что оплату расходов на медицинские услуги берет на себя сам пациент либо работодатель. Источником поступления средств являются личные доходы граждан или доходы организаций за счет прибыли.

Тарифы устанавливаются договором между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией, а оплата медицинских услуг осуществляется страховщиком в размере, определенном двухсторонним соглашением.

Платные медицинские услуги населению предоставляются в рамках договоров с гражданами и организациями, причем медицинские учреждения могут оказывать медицинскую помощь гражданам по их желанию на условиях повышенной комфортности [1].

Наиболее адаптированными к таким условиям оказались стоматологические организации. Это связано, во-первых, с наибольшим опытом стоматологической поликлиники в оказании платных услуг, во-вторых, с увеличенным товарооборотом и возможностью быстрее адаптироваться к рынку за счёт монопрофильности услуг. В начале 90-х годов появились стоматологические организации различных коммерческих организационно-правовых форм, которые смогли предложить на рынок широкий спектр стоматологических услуг.

Для достижения цели завоевания сегмента на рынке медицинских услуг стоматологическая организация должна решить следующие **задачи**:

- проанализировать существующей в городе сеть стоматологических учреждений разных форм собственности и условий их деятельности;
- анализ демографической и географической сегментации рынка стоматологических услуг;
- оценить социально-гигиеническую характеристику пациентов, обратившихся в стоматологическую организацию;
- сформулировать цель организации и проанализировать её структуру как основных параметров внутренней среды организации;



- определить форму, методы и организацию рекламы стоматологической помощи при развитии рынка стоматологических услуг;
- проанализировать формирования штатов, подготовку и повышение квалификации медицинского персонала в стоматологической организации;
- выбрать оптимальную стратегию и тактику ценообразования;
- разработать и применить оптимальный метод в управлении деятельностью стоматологической организацией;
- разработать пути оптимизации социально-психологического климата в коллективе с целью совершенствования управленческой работой.

В научной литературе широко обсуждается адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка [8,13,14]. Трифанова Н.Ю. (2008) выделяет следующие *пути адаптации*:

**1. Нормативно-правовой путь.** Влияние правовых факторов происходит через систему нормативных актов, регулирующих организационные, имущественные, личные отношения, которые возникают при оказании гражданам медицинской помощи. Данные отношения регламентируются нормами административного, трудового, экологического, уголовного, гражданского и других отраслей права. Данный путь является основным, поскольку определяет направление и границы адаптации медицинского учреждения.

*Путь адаптации медицинского учреждения в правовой сфере имеет следующие направления:*

- упорядочение и совершенствование законодателем нормативно-правовой базы, определение соотношений и роли государственного и частного здравоохранения, выделением компетенции органов здравоохранения и приведение в соответствие их прав и ответственности;
- принятие новых законов и недостающих руководящих документов;
- разработка четких механизмов реализации законов.

**2. Экономический путь.** Наполнение разрешенных законом источников финансирования здравоохранения полностью зависит от состояния экономики страны в целом.

Для экономической адаптации медицинского учреждения к рыночным условиям необходимо:

- определение адекватного финансирования муниципального заказа с учетом себестоимости медицинских услуг и требуемого уровня качества, переход от финансирования учреждений здравоохранения в зависимости от объемных показателей их деятельности к подушевому нормативу;
- совершенствование финансово-экономических отношений в отрасли, направленное на повышение эффективности использования ресурсов, структурную реорганизацию, повышение качества и культуры оказания медицинской помощи;
- создание инструментов расчета стоимости федеральных и территориальных программ борьбы с отдельными видами болезней и оценка эффективности реализации этих программ, как в социальном, так и экономическом аспектах;

- предупреждение возникновения всех видов риска (экономический, технический, социальный).

**3. Административный путь.** Данный путь предполагает следующие направления:

- реорганизацию федеральных и муниципальных учреждений здравоохранения с целью их приспособления к работе в рыночных условиях (создание гибкой организационно-штатной структуры, позволяющей к быстрой адаптации к постоянным изменениям спроса на медицинские услуги);
- коренное реформирование работы кадровой службы, её реальное участие в принятии решений о подборе, расстановке и назначении кадров на основе научных достижений в области управления (кадрового менеджмента), психологии, социологии и права;
- развитие принципов преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса, четкое распределение функций на каждом этапе оказания помощи, внедрение экономически целесообразных организационных форм медицинского обслуживания;
- точный расчет необходимых затрат, разработка целевых программ по наиболее актуальным проблемам здравоохранения и т.д.;
- повышение регулирующей роли государства в форме адекватной системы государственных гарантий, а также уровня медико-социальной защиты больных и инвалидов, интеграции здравоохранения и социальной защиты в единую систему, имеющую целевое финансирование;
- оптимизацию процесса принятия и контроля реализации управленческих решений в здравоохранении.

**4. Информационный путь** адаптации медицинского учреждения к рынку предполагает

- систематическое внедрение новых методов организации и управления производством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения, интенсивное использование наиболее передовых технологий и автоматизированных систем управления;
- создание постоянно действующей всероссийской системы мониторинга здоровья населения и социально-гигиенического мониторинга на основе современных компьютерных технологий;
- внедрение автоматизированной системы управленческого учета;
- диспетчеризацию и регулирование потоков пациентов, информации, финансов, материально-технических ресурсов с использованием компьютерной техники.

**5. Психологический путь** адаптации медицинского учреждения к рынку направлен на повышение уровня социальной зрелости медицинских коллективов, что усиливает производственные возможности медицинского учреждения и остановить отток высококвалифицированных кадров из системы здравоохранения.

Таким образом, формирование рынка стоматологических услуг

### 3.4. Ценообразование стоматологических услуг

Ценообразование на рынке стоматологических услуг подчиняется общим принципам ценообразования в здравоохранении.

**Цена** – это денежное выражение стоимости медицинской услуги. Цена складывается из двух основных элементов: **себестоимости** (издержек производства) и **прибыли**.

**Ценообразование** — это процесс формирования цен, определение их уровней и соотношений. Объективной основой формирования цен являются общественно необходимые затраты труда, которые посредством денег получают выражение в цене.

Процесс установления цены на медицинскую услугу включает в себя ряд последовательных этапов:

- определение целей организации здравоохранения и в связи с этим целей ценовой политики;
- постановку задач ценообразования;
- определение спроса на медицинские услуги;
- оценку издержек (т. е. затрат, расходов);
- анализ цен и услуг конкурентов;
- выбор метода ценообразования;
- установление окончательной цены на услугу (приспособление цен).

Для стоматологической фирмы можно выделить следующие основные **цели**:

1. **Обеспечение выживаемости.** Данная цель ставится в условиях экономического дисбаланса. Используется тактика низких цен для привлечения пациентов.
2. **Максимизация текущей прибыли.** Фирма устанавливает цены на свои услуги таким образом, чтобы добиться максимальной текущей прибыли. Но при этом обязательным требованием является оперативная оценка всех тенденций спроса и предложений.
3. **Максимальный охват рынка.** Первый способ – установление различного уровня цен, другой – тотальное снижение цен с развёрнутой рекламной кампанией для приращения доли рынка.
4. **Лидерство по показателям качества оказываемых стоматологических услуг.** Фирма устанавливает высокие цены на стоматологические услуги за счёт использования дорогостоящих современных технологий и материалов.

На рынке медицинских услуг сформировано несколько подходов к установлению цен: **рыночный, затратный и следование за конкурентом**. Эти подходы отличаются, прежде всего, факторами, воздействующими на формирование цены. В условиях **рыночного способа ценообразования** определяющий фактор — конъюнктура рынка, спрос и предложение товара. Рыночный способ соответствует формированию цен на свободном рынке купли-продажи, где цена устанавливается самим рынком, процессом торга между продавцами и покупателями. При **затратном подходе** в основу установления цены кладутся денежные затраты (издержки производства),

связанные с оказанием медицинской услуги. Затратный подход позволяет рассчитать, вычислить цену еще до продажи товара. Метод «следование за конкурентом» применяют в основном молодые организации, недавно вышедшие на рынок медицинских услуг, которые определяют цену как у конкурента. При этом имеет место быть целый ряд недостатков: молодые организации не знают, какие именно издержки включены в себестоимость услуги, уровень рентабельности, какая цель ценообразования поставлена и т.д.

Остановимся более подробно на затратном методе ценообразования. В стоматологической практике существует два подхода затратного метода: калькуляция на основе «Инструкции по расчёту стоимости медицинских услуг (временная)» Минздрав РФ № 01-23/4-10 от 10.11.1999, а также определение стоимости одной УЕТ (условной единицы трудоёмкости).

В основе этих двух подходов лежит расчет суммы издержек производства. Для расчета стоимости медицинской услуги структурные подразделения медицинского учреждения делятся на *основные и вспомогательные*, оказываемые услуги — на *простые, сложные и комплексные*, а расходы учреждения — на *прямые и косвенные* [5].

К **основным подразделениям** медицинского учреждения относятся профильные отделения стационаров, отделения (кабинеты) поликлиник, диагностических центров, параклинические отделения, в которых пациенту обеспечивается оказание медицинских услуг.

К **вспомогательным подразделениям** относятся общеучрежденческие службы, обеспечивающие деятельность лечебно-диагностических подразделений (администрация, отдел кадров, бухгалтерия, кабинет медицинской статистики, регистратура, аптека, стерилизационная, хозяйственные службы и пр.). Наиболее часто используется классификация издержек производства, основанная на их взаимосвязи с оказанием медицинских услуг (прямые и косвенные).

К **прямым расходам** относятся затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания:

- оплата труда основного персонала;
- начисления на оплату труда основного персонала;
- материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги полностью (медикаменты, перевязочные средства, продукты питания, одноразовые медицинские принадлежности и др.);
- износ мягкого инвентаря по основным подразделениям;
- износ медицинского и прочего оборудования, используемого непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

К **косвенным расходам** относятся те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги:

- оплата труда общеучрежденческого персонала;
- начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала;

- хозяйственные затраты (затраты на материалы и предметы для текущих хозяйственных целей, на канцелярские товары, инвентарь и оплату услуг, включая затраты на текущий ремонт и т.д.);
- затраты на командировки и служебные разъезды;
- износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях;
- амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг;
- прочие затраты.

Перечисленные косвенные затраты относятся на стоимость медицинских услуг через расчетные коэффициенты.

Себестоимость стоматологической услуги выглядит следующим образом:

$$C = C_{п} + C_{к} = Z_{т} + Н_{з} + М + И + О + П,$$

где  $C_{п}$  - прямые расходы,  $C_{к}$  - косвенные расходы,  $Z_{т}$  - расходы на оплату труда,  $Н_{з}$  - начисления на оплату труда,  $М$  - расходы на медикаменты, перевязочные средства и пр.,  $И$  - износ мягкого инвентаря,  $О$  - износ оборудования,  $П$  - прочие расходы.

Цена на услугу:

$$Ц = C + Пр \pm Д, \text{ где}$$

$C$  – себестоимость,  $Пр$  – уровень прибыли,  $Д$  – дополнительные наценки или система скидок.

При определении себестоимости 1 УЕТ сумма затрат за год стоматологической организации делится на плановое число УЕТ, которое рассчитывается исходя из норм нагрузки на одного врача в день, количества дней в году и количества штатных врачебных должностей.

Цена 1 УЕТ рассчитывается следующим образом:

$$Ц = C + C \times P, \text{ где}$$

$C$  – себестоимость,  $P$  – уровень рентабельности.

После расчета стоимости 1 УЕТ, можно производить расчеты стоимости любой стоматологической услуги. Так, лечение среднего кариеса – 1,0 УЕТ, глубокого кариеса – 1,5 УЕТ, лечение пульпита однокорневого зуба – 3,5 УЕТ.

Таким образом, в современный период экономического развития стоматологическая организация является полноправным участником рынка медицинских услуг, представляя собой целостный медико-производственный комплекс.

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Назовите основные особенности рынка стоматологических услуг в РФ.
2. Назовите основные элементы рынка медицинских услуг.
3. Что явилось предпосылкой создания рынка стоматологических услуг?
4. Из каких основных сегментов состоит инфраструктура рынка стоматологических услуг?
5. На каких принципах основывается ценообразование в стоматологии?

## Тестовые задания

Выберите номера правильных ответов

1. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) выход на рынок, обеспечение стартового уровня продаж;
- 2) упрочение позиций на рынке, прежде всего за счёт максимизации прибыли;
- 3) расширение производственных мощностей, захват рынков;
- 4) борьба за удержание своей доли рынка.

2. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПРОСУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- 1) количество медицинских услуг, которое врачи могут оказать в определённый период времени населению;
- 2) максимальная цена, за которую пациенты согласны получать услуги;
- 3) количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период по определённой цене.

3. УКАЖИТЕ ФАКТОР, НЕ ВЛИЯЮЩИЙ НА СПРОС МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- 1) цена медицинской услуги;
- 2) уровень доходов населения;
- 3) численность пациентов стране;
- 4) система налогообложения;
- 5) изменение вкусов пациентов.

4. ОБЪЕКТОМ ПРАВА СОБСТВЕННОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) деньги и ценные бумаги;
- 2) здоровье;
- 3) природные ресурсы;
- 4) имущественные ценности.

5. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПРИБЫЛЬНОСТИ НА РЫНКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ МОЖНО ДОСТИГНУТЬ ЗА СЧЁТ:

- 1) повышения рентабельности отдельных видов продукции;
- 2) ускорения оборачиваемости средств;
- 3) повышения рентабельности отдельных видов продукции, ускорения оборачиваемости средств.

6. УКАЖИТЕ СТРАТЕГИЮ ПОВЕДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ, НЕ ХАРАКТЕРНУЮ ДЛЯ РЫНКА ТОВАРОВ И УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- 1) стратегия низкой себестоимости;
- 2) стратегия дифференциации услуг;
- 3) стратегия новаторства;
- 4) стратегия монополии.

7. РЫНОК СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ИМЕЕТ ВЫРАЖЕННЫЕ ЧЕРТЫ:

- 1) олигополистической конкуренции;
- 2) совершенной конкуренции;
- 3) монополистической конкуренции;
- 4) чистой монополии.

8. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) себестоимость услуги;
- 2) величина суммы покрытия;
- 3) коэффициент автономии;
- 4) рентабельность;
- 5) количество выписанных пациентов с выздоровлением.

9. В СТРУКТУРУ ОБЩЕЙ ВЫРУЧКИ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ:

- 1) внешние издержки, экономические издержки, доход;
- 2) экономические издержки, бухгалтерские издержки, доход;
- 3) внутренние издержки, внешние издержки, доход;
- 4) внутренние издержки, внешние издержки.

10. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРАТЕГИИ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ:

- 1) форма ценности благ, проявляющаяся в процессе их обмена;
- 2) методы, с помощью которых принципы ценообразования можно реализовать;
- 3) общие принципы, которых фирма собирается придерживаться в сфере установления цен на свои услуги;
- 4) конкретные практические меры по управлению ценами на услуги фирмы.

## Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	2.	6	4.
2	3.	7	3.
3	4.	8	4.
4	2.	9	3.
5	3.	10	2.

## Список основной литературы

1. Вялков А.И. Внебюджетная деятельность, добровольное медицинское страхование и платные медицинские услуги в ЛПУ /А.И. Вялков// Экономист лечебного учреждения – 2009. - №12. – С.15-19.
2. Галкин В.В. Медицинский бизнес: учебное пособие / В.В. Галкин. – М.: КНОРУС, 2010. – 272с.
3. Герасимова С.В. Управление конкурентоспособностью услуг стоматологических клиник / С.В. Герасимова // Российское предпринимательство. – 2007. - №3. – 0,3 п.л.
4. Дзलिएва Г.Х. Платные медицинские услуги и бесплатная медицинская помощь /Г.Х. Дзलिएва// Здоровоохранение. – 2009. - №2. – С.167-171.
5. Затраты, качество и результаты в здравоохранении. Книга терминов ISPOR./Марк Л. Бергер [и др.]; Пер. с англ.- М.: НЬЮДИАМЕД, 2009. – 468с.
6. Зенина Л.А. Экономика и управление в здравоохранении: учебн. пособие – 2-е изд./Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина.– М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 208с.
7. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020г. Электронный ресурс [www.minzdravsoc.ru](http://www.minzdravsoc.ru)
8. Ластовецкий А.Г. Стратегия медицинской организации по увеличению ниши на рынке медицинских услуг /А.Г. Ластовецкий// Экономика здравоохранения. – 2008. - №9. – С.36-39.



9. Манашеров Т.О. Стоматологическое обслуживание населения в условиях реформирования отечественного здравоохранения/Т.О. Манашеров // Проблемы управления здравоохранением – 2005. - №4 – С.59-61.
10. Медик В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: учеб. пособие для студентов мед. вузов. Часть III. Экономика и управление здравоохранением./В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина, 2003. – 392с.
11. Петрова Н.Г. Маркетинг в управлении медицинскими учреждениями/ Н.Г. Петрова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - №3. – С.22-24.
12. Развитие и функционирование стоматологического рынка / Ю.М. Максимовский [и др.]// Стоматология для всех. - №1. – 1998. – С.58-61.
13. Сластихина Е.Е. Формирование рынка медицинских услуг. Планирование деятельности медицинского учреждения /Е.Е. Сластихина, И.А. Шутова // Экономика здравоохранения. – 2008. - №10 – С.42-45.
14. Трифонова Н.Ю. Адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка /Н.Ю. Трифонова// Экономика здравоохранения. – 2008. - №9. – С.16-18.
15. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – 2-е изд. /И.М. Шейман. М.: Изд.дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318с.

## **ГЛАВА 4. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ**

### **Учетно-отчетная документация и основные показатели, характеризующие стоматологическую заболеваемость в Российской Федерации**

На современном этапе развития общества целый ряд заболеваний имеет социальную обусловленность. Высокая инцидентность артериальной гипертензии, атеросклероза, метаболического синдрома (ожирение) имеет общие факторы риска: неправильное или неполноценное питание, гиподинамия, т. е. все то, что не соответствует здоровому образу жизни людей.

Стоматологические заболевания в этом аспекте не являются исключением. Еще в 1988 году Европейское Бюро ВОЗ поставило шесть основных задач в области охраны стоматологического здоровья, которые должны были быть решены к 2010 году:

- 1) 80% 6-летних детей будут здоровы (свободны от кариеса);
- 2) у 12-летних детей КПУ (интенсивность кариеса зубов) не превысит 1,5;
- 3) у детей и подростков до 18 лет не будет удаленных по поводу кариеса зубов;
- 4) более чем 99% населения в возрасте 35-44 лет сохранят не менее двадцати функционирующих зубов;
- 5) количество беззубых пациентов в возрасте 65 лет и старше уменьшится до 20%;
- 6) будет функционировать эффективная информационная система на основе статистически достоверных данных, сопоставимых на межгосударственном уровне по единым параметрам ВОЗ.

Результаты проведенного в 2007–2008 гг. Второго национального эпидемиологического стоматологического исследования в Российской Федерации свидетельствуют о нерешенности большинства этих задач, – только у 16% 6-летних детей нет кариеса, а в старших возрастных группах поражённость достигает 99–100%; у среднестатистического россиянина старше 65 лет удалено более 18 зубов, 60% из них имеют протезы [12].

В такой ситуации обеспечение качества жизни населения, обусловленное здоровьем, и увеличение активного долголетия как основной стратегической задачи всех государственных социальных институтов, остается под вопросом.

По мнению главного специалиста по стоматологии Министерства здравоохранения и социального развития РФ проф. О. О. Янушевича, изучение стоматологической заболеваемости населения является одним из наиболее актуальных направлений научных исследований в области стоматологии во всем мире [12]. Данные о стоматологической заболеваемости позволяют судить об уровне стоматологического здоровья и эффективности работы профильных медицинских учреждений, а также осуществлять оперативное руководство лечебной и профилактической работой с учетом особенностей определенных территорий.

#### 4.1. Стоматологическая учетно-отчетная документация

В России стоматологическая учетно-отчетная документация представлена формами, приведенными ниже (для ознакомления), обязательными для заполнения врачами и для учета кабинетами медстатистики профильных ЛПУ.

##### 1. Медицинская карта стоматологического больного (ф. № 043/у)

<p><b>Министерство здравоохранения СССР</b></p> <p>_____</p> <p>наименование учреждения</p>	<p>Код формы по ОКУД _____</p> <p>Код учреждения по ОКПО _____</p> <p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 043/у</p> <p>Утв. Минздравом СССР</p> <p>04.10.80 г. № 1030</p>																																																																
<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО</b></p> <p>№ _____ 20__ г.</p>																																																																	
<p>Фамилия, имя, отчество _____</p> <p>Пол (М., Ж.) _____ Возраст _____</p> <p>Адрес _____</p> <p>Профессия _____</p> <p>Диагноз _____</p> <p>Жалобы _____</p> <p>_____</p> <p>Перенесенные и сопутствующие заболевания _____</p> <p>_____</p> <p>Развитие настоящего заболевания _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																	
стр. 2 ф. № 043/у																																																																	
<p>Данные объективного исследования, внешний осмотр _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																	
<p><b>Осмотр полости рта. Состояние зубов</b></p> <p>Условные обозначения: отсутствует – О, корень – R, Кариес – С, Пульпит – Р, периодонтит – Рt, пломбированный – П, Пародонтоз - А, подвижность – I, II, III (степень), коронка – К, искусств. зуб - И</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	1	1	1	1	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	8	7	6	5	4												4	4	4	4	4	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	8	7	6	5	4											
1	1	1	1	1	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																		
8	7	6	5	4																																																													
4	4	4	4	4	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																		
8	7	6	5	4																																																													
<p>Прикус _____</p> <p>Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Данные рентгеновских, лабораторных исследований _____</p> <p>_____</p>																																																																	

стр. 3 ф. № 043/у		
<b>Дата</b>	<b>Дневник анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями</b>	<b>Фамилия лечащего врача</b>
<b>Результаты лечения (эпикриз)</b>		
<b>Наставления</b>		
<b>Лечащий врач</b>	<b>Заведующий отделением</b>	
стр. 4 ф. № 043/у		
<b>Лечение</b>		
<b>Дата</b>	<b>Дневник анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями</b>	<b>Фамилия лечащего врача</b>
стр. 5 ф. № 043/у		
<b>План обследования</b>	<b>План лечения</b>	<b>Консультации</b>
и т. д. до конца страницы		

## 2. Единый талон амбулаторного пациента (ф. № 025-8/у-95)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приложение 1  
к Приказу Минздравмедпрома России  
от 03.07.95 № 194  
Медицинская документация  
форма № 025-8/у-95

\_\_\_\_\_ наименование учреждения

### ЕДИНЫЙ ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

ТАЛОН ПРИЕМА										Дата										
Коды Фамилия Имя Отчество																				
Специалист																				
Специалист																				
Пациент																				
Повод посещения		амб.: 1-заболевание, 2-законченный случай, 3-профосмотр, 0-прочее дом.: 4-вызов, 5-вызов зак. случ., 6-актив, 7-актив зак. случай, 8-патронаж																		
Вид оплаты		11 - обяз. страх., 21 - добр. страх., 30 - прочие																		
Диагноз шифр МКБ -IX																				

#### МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Документ временной нетрудоспособности
1-открыт, 2-закрыт б/лист, 3-закрыта справка

#### СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН

Характер заболевания	1 (+) - впервые в жизни установленное, 2 (-) - прочее
Диспансерный учет	1 - состоит, 2 - взят, 3 - снят
Причина снятия	1 - выздоровл., 2 - переезд, 3 - перевод, 4 - смерть, 5 - прочее
ТРАВМА на производстве не производственная	1 - промышл., 2 - строительная, 3 - дор/трансп., 4 - с/хоз., 5 - прочие 6 - быт., 7 - уличная, 8 - дор/трансп., 9 - школьная, 10 - спорт., 11 - прочие
Заполняется только при выставлении нового диагноза взамен ранее зарегистрированного	
Ранее зарегистрированный диагноз: <input type="text"/>	
Дата регистрации изменяемого диагноза: <input type="text"/>	

#### СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН

Диагноз шифр МКБ -IX	
<b>МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ</b>	
Характер заболевания	1 (+) - впервые в жизни установленное, 2 (-) - прочее
Диспансерный учет	1 - состоит, 2 - взят, 3 - снят
Причина снятия	1 - выздоровл., 2 - переезд, 3 - перевод, 4 - смерть, 5 - прочее

#### СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН

Диагноз шифр МКБ -IX	
<b>МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ</b>	
Характер заболевания	1 (+) - впервые в жизни установленное, 2 (-) - прочее
Диспансерный учет	1 - состоит, 2 - взят, 3 - снят
Причина снятия	1 - выздоровл., 2 - переезд, 3 - перевод, 4 - смерть, 5 - прочее

#### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ, НЕ ПРИКРЕПЛЕННОМ К ЛПУ

1. Пол, дата рождения _____	3. Организация, выдавшая полис _____
2. Номер, серия полиса <input type="text"/>	_____ <small>территория</small>
4. Адрес постоянного места жительства _____	
5. Адрес проживания (факт.) _____	
6. Номер, серия паспорта <input type="text"/>	7. Кем, когда выдан паспорт _____
8. Место работы _____	

Подпись специалиста \_\_\_\_\_

## ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению единого талона амбулаторного пациента (форма n 025-8/у-95)

Единый талон амбулаторного пациента заполняется во всех лечебно-профилактических учреждениях (подразделениях), ведущих амбулаторный прием, при каждом обращении пациента. При этом регистрируется работа, учитываемая как посещения к врачам и среднему медицинскому персоналу, так и работа, не подлежащая учету как посещение, – в соответствии с «Инструкцией о порядке учета в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и среднему медицинскому персоналу», утвержденной Министерством здравоохранения от 12.05.88 N 08-14/9-14 (п. п. 1.1, 1.2 и 1.3).

### ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ

#### I. Заполнение фрагмента «Талон приема»

1. В поле «Дата приема» указывается число, месяц, год приема пациента – шестизначным числом. Например, «третье ноября 1995 года» следует записать: 03.11.95.

2. В поле «Специалист» указывается код специалиста, к которому обратился пациент. Талон приема содержит две строки с такими полями. В случае если прием ведет врач, работающий вместе со средним медицинским работником, в верхней строке указывается код врача, в нижней – код среднего медицинского работника. Если средний медработник ведет самостоятельный прием (фельдшер, акушерка), в поле «Специалист» указывается его код в первой строке.

3. В поле «Пациент» указывается код пациента. Принцип формирования кодов специалиста и пациента определяется в каждом лечебном учреждении. В качестве кода пациента может быть использован, например, номер амбулаторной карты, номер полиса и др.

4. В строках с полями «Ф.И.О.» – фамилия, имя и отчество медицинского работника (врача, среднего медицинского персонала) и пациента записываются полностью, без сокращений.

Примечание. Для п. п. 1, 2, 3 в каждой клетке указывается одна цифра. Ошибочно поставленный код следует зачеркнуть, «правильный» – аккуратно вписать в этой же строке.

5. В поле «Повод посещения» указывается вид посещения:

- амбулаторное («амб.») – верхняя строка,
- на дому («дом») – нижняя строка.

При заполнении данного поля указывается только один из кодов, в одной из строк, соответствующий поводу посещения.

Код повода посещения обводится кружочком.

Код 1 – «заболевание» – указывается при посещении пациентом лечебного учреждения при условии, что врач выявил наличие патологии по своему профилю или продолжает наблюдать больного по поводу данного заболевания.

Если врачом патологии не выявлено, в данном поле отмечается пункт 3 – «профосмотр» и в поле «Диагноз» (см. ниже) выставляется код 0.2 – «обследование».

Код 2 – «законченный случай» – указывается, если текущее посещение завершает обслуживание пациента по данному заболеванию, диагноз которого выставлен в поле «Диагноз».

Под законченным случаем следует понимать объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях), в результате которых наступает выздоровление, ремиссия или больной госпитализируется либо передается под наблюдение в другое медицинское учреждение. Случай смерти также относится к законченному случаю.

Код 3 – «профосмотр» – отмечается при профилактических осмотрах и в случаях, определенных в коде 1. (Если при профилактическом осмотре врач выявил заболевание по своему профилю, отмечается не код 3, а код 1).

Код 0 – «прочие» – отмечается, если посещение не связано с заболеванием или профилактическим осмотром.

Код 4 – «вызов» – отмечается при условии, что врач, вызванный на дом, выявил наличие патологии или продолжает наблюдать больного по поводу данного заболевания. Если врач в процессе посещения больного заболевания не выявил, в данном поле отмечается код 8 – «профосмотр», в поле «Диагноз» выставляется код 0.2 – «обследование».

Код 5 – «вызов зак. случ.» – отмечается, если врач, вызванный на дом, считает, что данное посещение завершает обслуживание пациента по данному заболеванию (диагноз которого выставлен в поле «Диагноз»). При госпитализации, переходе под наблюдение в другое учреждение (переезде), смерти больного также отмечается «законченный случай» (см. п. 2).

Код 6 – «актив» – указывается при условии, если врач осуществляет посещение пациента в связи с данным заболеванием без вызова – активно.

Код 7 – «актив. зак. случ.» – отмечается при условии, если врач считает, что текущее посещение завершает обслуживание пациента по данному заболеванию (диагноз которого выставлен в поле «Диагноз»), т. е. имеет место законченный случай – см. п. 2.

6. В поле «Вид оплаты» указывается только один код, который следует обвести кружочком.

7. В поле «Диагноз» указывается шифр заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней IX пересмотра. В этой же строке записывается диагноз. Например:

Код диагноза	Запись
1) 324.7	3   2   4   .   7
2) 025.4	2   5   .   4
3) 003.6	3   .   6
4) 234.1	2   3   4   .   1

Исправления ошибочных кодов производятся зачеркиванием и записью правильного кода – справа от сетки для записи кода диагноза.

## II. Заполнение фрагмента «Медицинские услуги» [3]

8. В полях «Медицинские услуги» указываются коды услуг, определяемые специалистом по классификатору медицинских услуг, утвержденному для данной административной территории.

«Единый талон» содержит 14 таких полей – 6 на лицевой стороне и 8 – на оборотной, т. е. специалист может указать от 1 до 14 различных услуг, оказанных пациенту при одном посещении.

Поля заполняются последовательно, без пропусков. Например, если оказана одна услуга, заполняется только верхнее левое поле (лицевая сторона талона), если две – заполняются два верхних поля, если три – три верхних поля и т. д. Не может заполняться поле, если не заполнены соседние с ним – слева и / или верхние.

В первых шести клетках поля указывается код выполненной услуги, в седьмой клетке поля, обведенной жирной линией, – кратность, если данная услуга выполнена несколько раз.

Например:

Без указания кратности услуги:

Код услуги	Количество	Запись
Без указания кратности услуги:		
1) 24468	-	2   4   4   6   8
2) 1875	-	1   8   7   5
3) 275	-	2   7   5
4) 67	-	6   7
При наличии кратности услуги:		
1) 24468	2	2   4   4   6   8   2
2) 1875	5	1   8   7   5   5
3) 275	7	2   7   5   7
4) 67	9	6   7   9

Исправления ошибочных записей производятся аккуратным зачеркиванием и записью правильных кодов выше соответствующей сетки.

9. Поле «Документ временной нетрудоспособности» заполняется следующим образом.

Код 1 – «открыт» – отмечается при выдаче документа (листка, справки) нетрудоспособности.

Код 2 – «закрыт б./лист.» – при закрытии больничного листка.

Код 3 – «закрыта справка» – отмечается при закрытии справки о нетрудоспособности.

Если закрывается документ о нетрудоспособности, выданный в другом лечебном учреждении, то дополнительно отмечается код 1 – «открыт», с указанием даты открытия документа в свободной части этой же строки.



### **III. Заполнение фрагмента «Статистический талон» [3]**

10. «Статистический талон» заполняется на основании записей на листе заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного. Если у больного выявлено (установлено) 2 или более заболеваний, то на каждое из них заполняется свой фрагмент «Статистический талон».

11. В поле «Оборот» ставится знак + (плюс), если имеется информация на оборотной стороне «Единого талона».

12. В поле «Характер заболевания» может быть указан только один код. Если у пациента диагностировано острое или впервые в жизни выявленное хроническое заболевание, то указывается код 1. В остальных случаях – код 2.

Выбранный код обводится кружочком.

13. В поле «Диспансерный учет» в верхней строке может быть указан только один из кодов: состоит, взят, снят. Если указан код 3 – «снят», во второй строке следует указать код причины снятия с диспансерного наблюдения.

Выбранные коды обводятся кружочком.

14. В поле «Травма» указывается один код (при наличии травмы) в одной из двух строк, определяющих вид травмы: в верхней строке – «производственная» или в нижней – «не производственная». Выбранный код травмы обводится кружочком.

15. Нижнее поле на лицевой стороне талона заполняется при условии, что в поле «Диагноз» (см. выше) указан новый диагноз вместо ранее зарегистрированного. В этом случае в последнем поле записывается код ранее зарегистрированного диагноза и дата его регистрации. Исправления ошибочных записей производятся зачеркиванием и записью правильного кода справа от сетки.

### **IV. Заполнение фрагмента «Сведения о пациенте, не прикрепленном к ЛПУ» [3]**

16. Данный фрагмент талона заполняется при обращении пациента, на которого в регистре лечебно-профилактического учреждения нет информации. Например, пациенты, проживающие на данной территории вне района обслуживания данного учреждения, иногородние или иностранные граждане.

Для жителей территории, в которой находится лечебное учреждение, достаточно заполнить первые пять полей (1. «Пол, дата рождения», 2. «Номер и серия полиса», 3. «Организация, выдавшая полис», 4. «Адрес постоянного места жительства», 5. «Адрес фактического проживания»).

При заполнении адреса постоянного места жительства для иногородних пациентов в строке с пометкой «территория» указывается страна, республика (край, область).

Для иногородних пациентов заполняются дополнительно три поля: 6. «Номер и серия паспорта», 7. «Кем и когда выдан паспорт», 8. «Место Работы». Поля 6 и 7 заполняются на основании паспорта или документа, его заменяющего. Поле 8 заполняется со слов пациента. При этом для военнослужащих указывается «военнослужащий», для неработающих указывается: «учащийся», «пенсионер», «не работающий», «иждивенец».

Примечание. Ошибочно обведенный кружочком код следует аккуратно зачеркнуть крестиком, затем обвести кружочком правильный код.

**3. Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. № 037/у-88)**

Код формы по ОКУД  
Код учреждения по ОКУД  
Форма N 037/у-88

**ЛИСТОК  
ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача)  
стоматологической поликлиники, отделения, кабинета**

«     » \_\_\_\_\_ 20... г.

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача)

№ п/п	Время приема пациента (час. мин.)	Ф.И.О пациента	Год рождения	Адрес	Первично принятые	В том числе дети (14 лет 11 мес. 29 дн.)	Диагноз	Фактически выполненный объем работы	Санитарные	В т. ч. санитариные в плановом порядке	Условных единиц трудоемкости (УЕТ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

И т. д. до конца страницы

Подпись врача \_\_\_\_\_

**Типовая инструкция**  
**по заполнению листка ежедневного учета работы врача-стоматолога**  
**(зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета,**  
**форма № 037/У-88 (Приложение № 4 к приказу Министерства**  
**здравоохранения СССР от 25 января 1988 г. № 50)**

Инструкция обязательна для всех лечебно-профилактических учреждений, оказывающих стоматологическую помощь взрослому и детскому населению: стоматологических поликлиник, стоматологических отделений и кабинетов амбулаторий, поликлиник, больниц, диспансеров, НИИ и ВУЗов, госпиталей для инвалидов Отечественной войны, женских консультаций, врачебных здравпунктов.

Срок действия с момента утверждения.

Типовая инструкция по заполнению «Листка ежедневного учета работы врача-стоматолога» – ф. № 037/у и «Дневника учета работы врача-стоматолога» – ф. № 039-2/у, утвержденная 20.06.83, № 27-14/70-83 утратила силу.

«Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета» ежедневно заполняется врачами-стоматологами и зубными врачами, ведущими амбулаторный терапевтический, хирургический и смешанный прием в лечебно-профилактических учреждениях всех типов, оказывающих стоматологическую помощь взрослым, подросткам и детям.

«Листок» служит для учета работы, проводимой врачами-стоматологами и зубными врачами за один день.

«Листок» заполняется следующим образом:

В графе 1 отмечается порядковый номер пациента (больного или здорового, обратившегося за консультацией, для профилактического осмотра и пр.). Данные этой графы используются для учета общего числа принятых больных за смену (рабочий день).

В графе 2 указывается время (час и минуты), на которое пациент назначается врачом, или время приема больного, направленного из регистратуры или же смотрового кабинета. Данные этой графы используются для планирования времени работы врача, для распределения нагрузки с учетом объема проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

При проведении профилактических осмотров врач в графе 2 указывает время начала проведения осмотра и время их окончания.

В графе 3 указывается фамилия, имя, отчество (инициалы) пациента.

В графе 4 отмечается год рождения пациента.

В графе 5 – врачи, работающие по территориальному принципу, указывают адрес (как местожительство пациента). Врачи, ведущие прием в МСЧ, здравпунктах и амбулаториях предприятий и учреждений отмечают адрес (как местонахождение): цех, отдел, пр. Врачи, работающие в школах и детских дошкольных учреждениях (ДДУ), указывают соответственно класс конкретной школы или группу, ДДУ (гр. 3-5 введены не только для регистрации принятых пациентов, но и для удобства нахождения их

медицинских карт). В лечебных учреждениях, где ведется нумерация «Медицинской карты стоматологического больного» (форма № 043/у) в графу 5 врачи вносят номер карты.

В графе 6 отмечаются все первичные пациенты (взрослые и дети). Первичным считается первое обращение за стоматологической помощью в отчетном году, независимо от характера обращения.

В графе 7 делается отметка о первично принятых детях (возраст до 14 лет 11 мес. 29 дней).

В графе 8 выставляется диагноз путем сокращения записей. Например: К 6 (кариес 6 зуба).

В графе 9 – в этой графе врач путем сокращенных, но разборчивых записей отмечает фактически выполненный им объем работы. Сокращение записей проводится с учетом названий граф «Сводной ведомости»: запломбировано зубов по поводу кариеса (постоянных, молочных), устранение дефектов ранее сделанных пломб, пломбы по поводу заболеваний некариозного происхождения, запломбировано зубов по поводу осложнений кариеса: пульпитов, периодонтитов (постоянных, молочных); вылечено зубов в одно посещение по поводу осложнений кариеса, количество пломб, сделанных из амальгамы; проведен курс лечения заболеваний пародонта; проведен курс лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, удалено зубов постоянного прикуса, удалено зубов по поводу заболеваний пародонта, удалено зубов молочного прикуса; произведена операция, проведен курс профилактических мероприятий (реминерализующая терапия, снятие зубных отложений и пр.).

В этой графе врач указывает все лечебно-профилактические мероприятия, проводимые им в период профилактических осмотров: лечение зубов, снятие зубных отложений, реминерализующую терапию и т. п., а также делает отметки: «ранее санирован», «зубы интактны», «нуждается в санации».

В случае неявки больного на запланированное время врач в графе 9 делает отметку «не явился».

В графе 10 регистрируются все санированные как в порядке плановой работы, так и по обращаемости.

В графе 11 отмечаются пациенты, которым проведена санация в плановом порядке.

В графе 12 – против каждого принятого пациента врач указывает количество условных единиц трудоемкости, (УЕТ), выработанных им при приеме каждого из пациентов (см. приложение 1).

На основании данных «Листка» заполняется «Сводная ведомость». Контроль за правильностью заполнения «Листка» и перевода его данных в «Сводную ведомость» осуществляет руководитель, которому непосредственно подчинен врач.

При проведении контроля за правильностью ведения «Листка» руководитель сопоставляет записи дневника с медицинской картой стоматологического больного (ф. № 043/у).

Врач также может проверить правильность учета работы (объем работы, число единиц трудоемкости и пр.), сопоставив записи в «Листке» с данными «Сводной ведомости».

**4. Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача)  
стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. № 039-2/у-88)**

Код формы \_\_\_\_\_

Код учреждения \_\_\_\_\_

Мед. документ \_\_\_\_\_

Форма N 039-2/у-88

**СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ  
учета работы врача-стоматолога (зубного врача)  
стоматологической поликлиники, отделения, кабинета  
20... г.**

\_\_\_\_\_ (месяц)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача)

Дата	Принято больных (всего)	Принято первичных больных		Запломбировано зубов				Вылече- но зубов в одно посеще- ние по поводу осложн. кариеса	Кол- во пломб из амаль- гамы	Проведен курс лечения		Удалено зубов			Произ- ведено операций	Всего санировано в порядке плановой санации и по обращению	Профилактическая работа				Выра- ботано условных единиц трудоемкости (УЕТ)	
		всего	из них детей (14 лет, 11 мес. 29 дн.)	в том числе по поводу						заболе- вание паро- донта	слизис- той оболочки полости рта	молоч- ного прикуса (ВСЕГО)	в том числе по поводу заболева- ний пародонта молочного прикуса	постоян- ного прикуса (ВСЕГО)			осмотрено в порядке плановой санации	из числа осмотрен- ных нуждалось в санации	санировано из числа выявленных при плановой санации	проведен курс профиллак- тических меропри- ятий		
				кариеса	его осложнений	посто- янных зубов	молоч- ных зубов															посто- янных
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

\_\_\_\_\_ (подпись руководителя)

\_\_\_\_\_ (подпись медицинского статистика или сотрудника, ответственного за разработку ведомости)

## Порядок заполнения

### «Сводной ведомости учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета»

«Сводная ведомость» составляется медицинским статистиком или сотрудником, назначенным руководителем учреждения. «Сводная ведомость» ежедневно заполняется на основании разработки по данным «Листка» работы врача (ф. N 037/у-88). В конце каждого месяца в «Сводной ведомости» каждого врача подводится итог.

На основании данных «Сводных ведомостей», полученных по итогам работы всех врачей стоматологического профиля за 12 месяцев, осуществляется заполнение табл. 7 отчетной формы N 1.

В графе 1 указывается дата рабочего дня врача.

На основании данных этой графы определяется число рабочих дней, отработанных врачом за месяц.

Графа 2 заполняется на основании данных графы 1 «Листка» учета работы врача.

Графа 3 заполняется на основании данных графы 6 «Листка» учета работы врача.

Графа 4 заполняется на основании данных графы 7 «Листка» учета работы врача.

В графе 5 отмечается число запломбированных зубов, включая устранение дефектов ранее сделанных пломб, пломбы по поводу клиновидного дефекта и гипоплазии эмали и других заболеваний некариозного происхождения (например, травмы зуба).

В графе 6 указывается число запломбированных зубов постоянного прикуса по поводу кариеса (поверхностного, среднего, глубокого).

В графе 7 указывается число запломбированных зубов временного (молочного) прикуса по поводу кариеса.

В графе 8 отмечается число зубов, вылеченных по поводу осложнений кариеса (пульпита и периодонтита) в зубах постоянного прикуса.

В графе 9 отмечается число зубов, вылеченных по поводу осложнений кариеса (пульпита и периодонтита) зубов молочного (временного) прикуса.

Графа 10 – число зубов, вылеченных в одно посещение по поводу осложнений кариеса.

Графа 11 – указывается число пломб из амальгамы.

Графа 12 – указывается число лиц, получивших полный курс лечения заболеваний пародонта.

Графа 13 – то же, с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Графа 14 – число удаленных зубов постоянного прикуса.

Графа 15 – число удаленных зубов постоянного прикуса по поводу заболеваний пародонта.

Графа 16 – число удаленных зубов молочного (временного) прикуса.

Графа 17 – число операций по поводу кист, абсцессов, ретенированных зубов и других заболеваний челюстно-лицевой области, по поводу которых проводится хирургическое лечение.

Данные по графам 5-17 отмечаются на основании разработки данных графы 9 «Листка» учета работы врача.

Графа 18 – указывается число санированных как в порядке плановой работы, так и по обращаемости населения. Заполняется на основании данных гр. 10 «Листка» работы врача.

Графа 19 – показывается число осмотренных в порядке плановой санации. Данные заполняются на основании итога гр. 1 «Листка» работы врача при проведении им профилактических осмотров.

Графа 20 – показывается число нуждающихся в санации из числа осмотренных в порядке плановой санации. Данные в эту графу выставляются на основании записей в гр. 9 «Листка» работы врача (см. Инструкцию по заполнению «Листка»).

Графа 21 – санировано из числа выявленных при плановой санации. Данные в эту графу заполняются по результатам гр. 11 «Листка».

Графа 22 – на основании графы 9 «Листка» показывается число проведенных курсов профилактических мероприятий (ремтерапия, обработка поверхности зубов лаком, сошлифовка острых краев зуба, гигиенические обучения, контроль навыков по уходу за полостью рта и пр.).

Графа 23 – указывается общее число условных единиц трудоемкости (УЕТ), выработанных врачом за рабочий день. Заполняется по данным гр. 12 «Листка».

После заполнения «Сводной ведомости» по всем дням месяца подводится итог по каждой графе.

В стоматологических поликлиниках, отделениях и кабинетах, оказывающих помощь только взрослому населению или только детскому, данные по учету работы врача заполняются в одну «Сводную ведомость», так как в этих случаях исключается необходимость дифференциации приема взрослых или детей.

В стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах, оказывающих помощь и взрослому, и детскому населению, на каждого врача ведется две «Сводные ведомости». В одной ведомости фиксируются общие данные, в другой – данные о детях.



**5. Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030/у)**

<b>Министерство здравоохранения СССР</b> <hr/> наименование учреждения	<b>Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____ Медицинская документация Форма № 030/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030</b>
<b>КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА диспансерного наблюдения</b>	
<b>Фамилия врача _____</b>	<b>Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____</b>
<b>Дата взятия на учет _____</b>	<b>Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение _____</b>
<b>Дата снятия с учета _____</b>	<b>Диагноз установлен впервые в жизни _____ дата</b>
<b>Причина снятия _____</b>	<b>Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре (подчеркнуть) _____</b>
<b>1. Фамилия, имя, отчество _____</b>	<b>3. Дата рождения _____</b>
<b>2. Пол М / Ж _____</b>	
<b>4. Адрес _____</b>	
<b>5. Место работы (учебы) _____</b>	
<b>6. Профессия (должность) _____</b>	
<b>Назначено явиться Явился Назначено явиться Явился</b>	
Оборотная сторона ф. № 030/у	
<b>Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях</b>	
<b>Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)</b>	
<b>Дата</b>	<b>Мероприятия</b>
<b>Подпись врача</b>	

**6. Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ф. № 037-1/у)**

Министерство здравоохранения  
СССР

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
наименование учреждения

Медицинская документация  
Форма N 037-1/у  
Утверждена Минздравом СССР  
10.06.83 г. N 710

**ЛИСТОК**  
**ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20... г.

\_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. фактически отработано (по графику)

N п/п	Часы приема	Фамилия, имя, отчество больного	Число полных лет	N медицинской карты стомат. больного, N наряда	Житель города (г) или села (с)	По обращаемости (о) или в планово-профилакт. порядке (п)	Группа населения	Порядковый номер посещения	Диагноз	Комплекс проводимого лечения или его этап, включая смежные специальности	Вид обезболивания	Направлены (лаборатория, рентгенография, биометрия и др.)	Лечение продолжено, закончено, консультация
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

**Примечание:** Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда является основным первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня контингентом больных и объемом лечебно-профилактических мероприятий.

В графе 5 указывается кроме номера медицинской карты стоматологического больного, N наряда, с целью оперативного контроля за исполнением работы в зуботехнических лабораториях.

Графа 6 заполняется символами: «г» – житель города; «с» – житель села.

В графе 7 отражается основной принцип, по которому оказывается помощь и также обозначается символами: «о» – помощь оказывается по обращаемости; «п» – помощь оказывается в планово-профилактическом порядке, т. е. больной направлен из терапевтического, хирургического, пародонтологического, профилактического, подросткового отделения или кабинетов стоматологических поликлиник или с амбулаторно-поликлинического общесоматического приема и нуждается в неотложной стоматологической ортопедической помощи.

Графа 8 отражает принадлежность больного к одной из декретированных групп и обозначается символами: «ш» – школьник; «с» – студент; «т» – техникум, ПТУ; «б» – беременные; «п» – пенсионеры; «ИОВ» – инвалиды отечественной войны; «р» – рабочие промышленных предприятий. Если данный больной находится на диспансерном учете, дополняется символ «д»; допризывный контингент – дпр.

Графа 9 указывает на то, какое по счету посещение данный больной находится на приеме у врача. Первичный – «1», а все повторные, соответственно – «2»; «3»; «4» и т. д.

Графа 10 – «Диагноз» кодируется и в нее вносится соответствующая римская цифра:

- I – Патология твердых тканей зубов;
- II – Частичное отсутствие зубов;
- III – Полное отсутствие зубов;
- IV – Патологическая стираемость;
- V – Болезни пародонта;
- VI – Аномалии и деформации;
- VII – Сложно-челюстнолицевая патология.

В этой графе может стоять одна или несколько цифр, которые отразят групповой признак нозологии более развернуто и полно описанную в истории болезни.

Графы 12 и 13 заполняются соответственно своему назначению, но не оставляется пустой и пишется, например, «не кровоточил».

В графе 14 делается отметка о назначении больного на следующий этап уже в листок соответствующего дня, либо указывается, что лечение закончено. Пациенту, которому проведена консультация, отмечается в этой же графе.

Для получения суммарных данных за рабочий день сведения с листка в конце рабочего дня вносятся врачом в дневник (учетная форма N 039-4/у) соответствующего календарного числа, месяца.

**7. Дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф. № 039-4/у)**

Министерство здравоохранения  
СССР

\_\_\_\_\_

наименование учреждения

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма N 039-4/у  
Утверждена Минздравом СССР  
10.06.83 г. N 710

**ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА**

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

за \_\_\_\_\_ 20... г.

Числа месяца	Факти- чески отра- ботано часов	Принято больных				Объем выполненной работы																										
		всего		из них сельских жителей		вклад- ки	полу- корон- ки	искусственные коронки							штиф- товые зубы	мостовидные протезы					съёмные протезы											
		по обра- щае- мости	в пла- ново- профи- лак. по- рядке	по обращае- мости	в планово- про- филак. порядке			метал- личе- ские	в том числе литые	пласт- массо- вые	фарфо- ровые	ком- би- ниро- ван- ные	эква- тор- ные	кол- пач- ко- вые		всего	в том числе цельно- литые	из них:				пласти- ночные		бюгель- ные								
																		коронки		штиф- товых зубов	литых зубов	фасе- ток	пласт- мас- совых зубов	час- тич- ные	пол- ные	пая- ные	цель- ноли- тые					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20									21	22	23	24	25

разворот ф. N 039-4/у

Объем выполненной работы								Число лиц, закон- чив- ших лече- ние	Из них с нозологическими формами							Из общего количества закончивших лечение							
орто- дон- тичес- кие аппа- раты	избира- тельное пришли- фовыва- ние зубов	непо- сред- ствен- ные про- тезы	времен- ные шины	посто- янные шины и шины- про- тезы	в том числе цельно- литые	сложно- челюст- ные аппа- раты	почин- ки проте- зов		патология твердых тканей	патоло- гиче- ская стира- емость	час- тичное отсут- ствие зубов	полное отсут- ствие зубов	болезни паро- донта	анома- лии и дефор- мации	сложно- челю- стно- лицевая патоло- гия	находя- щиеся на дис- пансер- ном учете	в порядке планово- профилак- тической помощи	школь- ники	уч-ся ПТУ, техни- кумов, ВУЗов	до- при- зыв- ники	бере- мен- ные	пенсио- неры и инвали- ды ВОВ	кол-во лиц, по- лучив- ших про- тезы с приме- нием драг. металлов
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

В графе 1 указывается дата рабочего дня врача.

На основании данных этой графы определяется число рабочих дней, отработанных врачом за месяц.

В графе 2 показывается число проработанных врачом часов в соответствии с графиком работы.

В графах 3 и 4 — общее число принятых врачом больных:

а) непосредственно обратившихся к врачу (гр. 3) и

б) осмотренных в планово-профилактическом порядке (гр. 4); переносятся подсчитанные за день посещения в гр. 7 листка ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда.

В графах 5 и 6 выделяется число посещений, сделанных сельскими жителями (гр. 6 листка, в соответствии с отметками в графе 7).

В графах 7–40 показывается объем выполненной за день работы.

Сведения берутся из графы 11 листка, причем в графах 17–32, 33, 35, 37–40 показываются сведения только о больных, которым полностью закончено лечение (отметка в гр. 14 листка).

Графы 7–16, 34, 36 заполняются по мере выполнения соответствующих работ.

В графе 41 показывается общее число лиц, закончивших лечение.

В графах 42–48 — распределение больных по видам патологии (гр. 14 в соответствии с шифрами в гр. 10 листка).

При этом следует иметь в виду, что больной, закончивший лечение, мог иметь не одно, а два и более заболеваний, сведения о каждом из них показываются в соответствующих графах.

В графы 49–55 выделяются сведения о группах больных, закончивших лечение (гр. 14, в соответствии с записями в гр. 8 листка).

Один и тот же больной в этих графах может быть показан два и более раза:

- по группе населения и
- как больной, состоявший под диспансерным наблюдением;
- как учащийся ПТУ или школы и
- как допризывник;
- по любой группе населения и
- как обслуженный в порядке планово-профилактической помощи.

В графе 56 показывается общее число лиц, получивших протезы, изготовленные с применением драгоценных металлов.

## 8. Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта (ф. № 039-3/у)

Министерство здравоохранения  
СССР

\_\_\_\_\_ наименование учреждения

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма N 039-3/у  
Утверждена Минздравом СССР  
10.06.83 г. N 710

### ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОДОНТА

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

за \_\_\_\_\_ 20... г.

Числа месяца	Фактически отработано часов по графику	Число посещений						Число лиц, осмотренных в плановом порядке				Число лиц, взятых под диспансер. наблюдение		
		всего	в том числе				всего	в том числе				всего	в т. ч. детей до 14 лет включительно	
			городских жителей		сельских жителей			городских жителей		сельских жителей				
			взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно	взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно		взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно	взрослыми и подростками	детьми до 14 лет включительно			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

Продолжение

Число лиц, нуждавшихся в ортодонтическом лечении		Объем выполненной работы							Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение					Число лиц, снятых с диспан- серного учета	
		внутриротовые несъемные аппараты		внутриротовые съемные аппараты		аппараты сочетанного действия	протезы		всего	в том числе					
всего	в т. ч. детей до 14 лет включи- тельно	механиче- ского действия	функци- онального действия	механиче- ского действия	функци- онального действия			несъем- ные		съемные	с аномалиями отдельных зубов	с анома- лиями зубных рядов	с сагиттальны- ми аномалиями прикуса	с транс- верзальными аномалиями прикуса	с верти- кальными аномали- ями прикуса
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

**Примечание.** Дневник учета работы врача-ортодонта заполняется ежедневно каждым врачом-ортодонтом и служит для получения суммарных данных за день работы. В графе «3» проставляется количество первичных посещений за рабочий день. Эта графа показывает количество лиц, осмотренных врачом за смену.

Дневник предназначен для учета работы врача-стоматолога-ортодонта, ведущего амбулаторный прием в бюджетных и хозрасчетных учреждениях, обслуживающих детей и взрослых.

Дневник заполняется ежедневно каждым врачом-ортодонтом на основании записей в медицинской карте стоматологического больного формы № 043/у и служит для получения данных за день и в сумме за месяц работы.

В графе 1 указывается дата рабочего дня врача. На основании данных этой графы определяется число рабочих дней, отработанных врачом за месяц.

В графе 2 показывается число проработанных врачом часов в соответствии с графиком работы.

В графе 3 записывается общее число посещений за рабочий день, то есть общее число лиц, осмотренных врачом (кроме лиц, осмотренных в плановом порядке).

В графах 4-7 фиксируются посещения, сделанные городскими и сельскими жителями, взрослыми и подростками (15 лет и старше) и детьми (0-14 лет включительно).

В графы с 8 по 12 включаются сведения об осмотренных в плановом порядке лицах.

В графах 13-14 показывается общее число лиц, взятых за истекший день под диспансерное наблюдение.

В графах 15-16 — число лиц, нуждавшихся в ортодонтическом лечении, как из числа посетивших врача самостоятельно, так и из числа лиц, осмотренных в плановом порядке.

В графах 17-23 показывается число аппаратов и протезов, выданных за отчетный день.

В графе 24 — общее число лиц, закончивших ортодонтическое лечение.

В графах 25-29 регистрируются сведения о лицах, закончивших лечение по поводу различных видов аномалий зубов и прикуса.

В графу 30 включаются лица, снятые в течение отчетного дня с диспансерного учета как в связи с окончанием лечения, так и по другим причинам.

Таким образом, заполненная первичная медицинская документация, служит основой для разработки информации о деятельности стоматологического учреждения за отчетный период. Основным отчетным документом о деятельности стоматологического учреждения является отчет по форме № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении». Данная форма заполняется 1 раз в год и подается в орган управления здравоохранением соответствующего уровня.



## 9. Журнал записи амбулаторных операций форма N 069/у

Министерство здравоохранения  
СССР

Медицинская документация  
Форма N 069/у  
Утверждена Минздравом

СССР

04.10.80 г. N 1030

\_\_\_\_\_ наименование учреждения

### ЖУРНАЛ записи амбулаторных операций за \_\_\_\_\_ 20... г.

N п/п	Дата	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст, год рождени я	Диагноз	Обезболив ание	Описание операции	Фамилии хирурга и операционно й сестры
1	2	3	4	5	6	7	8
и т. д. до конца страницы							

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом.

Журнал дает возможность в оперативном порядке следить за числом и характером проведенных операций, применяемых видами обезболивания, нагрузкой отдельных хирургов.

В журнале регистрируются все произведенные в поликлинике хирургические вмешательства, при этом кратко описывается ход операций, указывается вид обезболивания, записывается фамилия оперирующего хирурга и операционной сестры.

### 10. Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты [3]

Направления на консультацию и во вспомогательные кабинеты используются амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями при направлении больных к консультантам и во вспомогательные кабинеты (рентгеновские, физиотерапевтические, ЛФК, т. п.) внутри учреждения и при направлении на консультацию, для производства аппаратных и инструментальных исследований, лечения во вспомогательных кабинетах других учреждений.

Лицевая сторона направления заполняется лечащим врачом, направляющим больного, обратная — консультантом, врачом вспомогательного кабинета.

Заключение подлежит пересылке лечащему врачу через больного или нарочным (почтой) и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного.

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Форма № 028/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

Наименование учреждения \_\_\_\_\_

## НАПРАВЛЕНИЕ

### на консультацию и во вспомогательные кабинеты

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

направлен \_\_\_\_\_

куда

\_\_\_\_\_

для \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

«...» \_\_\_\_\_ 20 . . г.

*оборотная сторона ф. № 028/у*

Заключение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

«...» \_\_\_\_\_ 20 . . г.

Учет обращений по поводу заболеваний в стоматологических учреждениях имеет некоторые особенности. В частности, статистический талон регистрации заключительных (уточненных) диагнозов не заполняется [3]. В «Сводной ведомости учета врача-стоматолога» (ф. № 039-2/у) учитываются все обращения к стоматологам за каждый отработанный день (в т. ч. первичные обращения). При этом первичным считается первое обращение за стоматологической помощью в данном календарном году независимо от характера обращения.

## 4.2. Показатели работы врача-стоматолога

### 4.2.1. Основные эпидемиологические показатели

Всемирная Организация Здравоохранения в статистике заболеваемости рекомендует рассчитывать следующие основные эпидемиологические показатели: первичную заболеваемость, распространенность и заболеваемость, выявленную при профилактических осмотрах.

Заболеваемость (первичная заболеваемость, инцидентность) – выражается частотой новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном календарном году среди населения заболеваний.

$$\text{Заболеваемость} = \frac{\text{Число впервые выявленных в жизни заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Распространенность (общая заболеваемость, накопленная заболеваемость, болезненность, превалентность) – выражается частотой всех имеющих среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном календарном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году.

$$\text{Распространенность} = \frac{\text{Число всех заболеваний за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Заболеваемость, выявленная при профилактических осмотрах} = \frac{\text{Число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах}}{\text{Средняя численность осмотренного населения}} \times 1000$$

Показатели, применяемые в стоматологической службе, как специализированном виде медицинской помощи, можно разбить на четыре группы.

### 4.2.2. Показатели стоматологической заболеваемости

При изучении стоматологической заболеваемости специалисты рекомендуют рассчитывать следующие базовые показатели:

**Распространенность стоматологических заболеваний** – отношение общего числа зарегистрированных в течение года стоматологических заболеваний к среднегодовой численности населения (на 100 или 1000).

Данный показатель рассчитывается, в том числе, для разных возрастно-половых и профессиональных групп.

Структура первичных обращений за стоматологической помощью представляет собой отношение числа обращений по поводу конкретного заболевания к общему числу обращений за календарный год.

До 80% всех обращений, по данным А. Н. Галиуллина, связано с поражением зубов кариесом и его непосредственных осложнений [6].

### **Распространенность кариеса зубов**

$$\text{Распространенность кариеса зубов} = \frac{\text{Число лиц с поражением зубов кариесом}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100 (1000)$$

**Интенсивность поражаемости зубов кариесом** (индекс КПУ) – характеризует потребность лечения кариеса.  $\text{КПУ} = \text{К}$  (число зубов, пораженных кариесом) +  $\text{П}$  (число пломбированных зубов) +  $\text{У}$  (число удаленных ранее зубов)

**Прирост интенсивности кариеса** – средний прирост кариеса (постоянных и молочных зубов) на одного человека за определенный срок (год).

По мнению А. Н. Галиуллина, большое значение имеет определение доли кариеса зубов среди всех стоматологических заболеваний, вычисление показателей распространенности болезней пародонта, индекса СРІТN (нуждаемость в лечении болезней пародонта), а также распространенности зубочелюстных аномалий, флюороза и болезней слизистой оболочки ротовой полости [6].

#### ***4.2.3. Анализ и планирование работы стоматологических лечебно-профилактических учреждений***

Анализ и планирование работы стоматологических ЛПУ основываются, в том числе, на данных, которые характеризуют их текущую нагрузку.

**Удельный вес первичных посещений среди всех посещений, сделанных к врачу-стоматологу:**

$$\frac{\text{Число первичных посещений за период времени (в день, месяц)}}{\text{Всего выполнено посещений за период времени (в день, месяц)}}$$

**Доля санированных из общего числа первичных больных:**

$$\frac{\text{Общее число санированных больных среди первичных}}{\text{Общее число первичных больных}} \times 100 (\%)$$

**Доля лиц, нуждающихся в санации полости рта от числа планово-осмотренных** (характеризует качество профилактических мероприятий ЛПУ):

$$\frac{\text{Число лиц, нуждающихся в санации полости рта}}{\text{Число лиц, осмотренных в порядке плановой санации}} \times 100 (\%)$$

**Доля санированных лиц из числа нуждающихся, выявленных при плановом осмотре:**

$$\frac{\text{Число санированных лиц из числа нуждающихся, выявленных при плановом осмотре}}{\text{Число выявленных лиц, нуждающихся в санации полости рта}} \times 100 (\%)$$

**Структура посещений стоматологической поликлиники по врачебным специальностям, видам стоматологической помощи:**

$$\frac{\text{Число посещений специалистов (по видам стоматологической помощи)}}{\text{Общее число посещений стоматологической поликлиники}} \times 100 (\%)$$

Ф. № 039-2/у-88 и ф. № 037/у-88 позволяют получить информацию об общем числе сделанных посещений, в том числе по поводу кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний пародонта, слизистой оболочки рта.

#### ***4.2.4. Количественные и качественные показатели на терапевтическом приеме***

Лечебную работу врача-стоматолога характеризует ряд приведенных ниже показателей.

1. Среднее число больных на врача в смену, в том числе, первичных.
2. Среднее число выработанных врачом УЕТ в смену.
3. Кратность посещений на одно обращение.
4. Среднее число санированных на врача в смену.
5. Кратность посещений на одну санацию.
6. Соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному.
7. Средние сроки сохранности наложенных пломб (отсроченный анализ).
8. Соотношение числа вылеченных зубов с неосложненным кариесом к числу вылеченных зубов с осложненным кариесом (пульпит, периодонтит):

$\frac{\text{Количество зубов, вылеченных по поводу кариеса}}{\text{Количество зубов, вылеченных по поводу пульпита и периодонтита}}$
---

9. Среднее число пломб, приходящихся на рабочий день врача:

$\frac{\text{Всего наложено пломб (запломбировано зубов)}}{\text{Количество рабочих дней (в месяце, году)}}$
--

10. Среднее число посещений для наложения одной пломбы:

$\frac{\text{Число всех посещений с лечебной целью}}{\text{Всего наложено}} \text{ пломб}$ <p>(по поводу кариеса, пульпита, периодонтита)</p>
---

А. Н. Галиуллин (2008) указывает, что до 10–12% посещений стоматолога делается по поводу пародонтита и заболеваний слизистой оболочки полости рта, а из общего числа вылеченных зубов по поводу кариеса до 1/3 приходится на глубокий кариес и 2/3 на средний или поверхностный [6].

11. Число посещений, приходящихся на один зуб, лечение которого закончено (по поводу кариеса, пульпита, периодонтита):

$\frac{\text{Число посещений стоматолога и зубных врачей,}}{\text{Количество}} \text{излеченных зубов}$ <p>сделанных по поводу кариеса, пульпита, периодонтита</p>
--

12. Среднее число посещений на один зуб с пульпитом и периодонтитом, лечение которого закончено:

$$\frac{\text{Число посещений, сделанных для полного излечения зубов с пульпитом (или периодонтитом)}}{\text{Количество вылеченных зубов по поводу пульпита (или периодонтита)}}$$

13. Среднее число посещений для курса лечения заболевания пародонта, очаговой деминерализации зубов:

$$\frac{\text{Число посещений по поводу заболеваний пародонта (очаговой деминерализации)}}{\text{Число вылеченных больных с данной нозологической формой заболеваний}}$$

14. Соотношение вылеченных зубов (количество наложенных пломб и удаленных зубов (по поводу кариеса)):

$$\frac{\text{Число запломбированных зубов (всего наложено пломб)}}{\text{Число удаленных зубов}}$$

15. Среднее число санаций (санированных больных) в день на одного врача (по ф. № 039-2/у-88):

$$\frac{\text{Всего санаций (человек) в месяц}}{\text{Число рабочих дней за месяц}}$$

Количество пломб на 1 первичного больного:



<p>Всего наложенных пломб</p> <hr/> <p>Количество первичных больных</p>
---

Частота осложнений после лечения зубов: рассчитывается на 100 пролеченных больных.

Дополнительно к вышперечисленным, предлагается еще ряд показателей, которые характеризуют **качество работы стоматолога и использование им дополнительных методов диагностики и лечения** (например, длительность сохранения наложенных пломб, доля (в %) применения обезболивающих средств при обработке кариозных полостей зубов, доля (в %) использования физиотерапевтических методов лечения).

В государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях сбор и обработка информации организуется кабинетами медицинской статистики. В частных клиниках эта обязанность возложена на руководителя организации.

Собственно анализ деятельности стоматолога-терапевта основывается на показателях, представленных в табл. 49.

Таблица 49

Количественные и качественные показатели, используемые для анализа  
деятельности стоматологов-терапевтов

1. Среднее число больных на врача в смену, из них первичных
2. Среднее число выработанных врачом УЕТ в смену
3. Кратность посещений на одно обращение
4. Среднее число санированных больных одним врачом за смену
5. Кратность посещений на одну санацию
6. Соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному
7. Средние сроки сохранности наложенных пломб (отсроченный анализ)

#### ***4.2.5. Показатели работы на стоматологическом хирургическом приеме [3]***

1. Среднее число посещений на врача в смену, из них первичных.
2. Среднее число выработанных УЕТ на врача в смену.
3. Среднее число оперативных вмешательств на 100 первично обратившихся больных.
4. Количество удалений зубов в день.
5. Осложнения (в %).
6. Своевременная госпитализация (не позднее 24 часов) при показаниях.
7. Анестезия во всех случаях операции удаления зуба.
8. Доведение операции удаления зубов до конца.
9. Отсутствие осложнений после удаления зубов.
10. Ранняя диагностика при онкопатологии и своевременная госпитализация.
11. Среднее число ранних радикальных вмешательств на 100 первично обратившихся с острыми и хроническими воспалительными процессами челюстно-лицевой области (методом экспертных оценок).
12. Среднее число дней пребывания больного на больничном листе.

#### ***4.2.6. Показатели работы на ортопедическом приеме [3]***

1. 100% рентгенологическая проверка состояния депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками.
2. Удельный вес починок съемных протезов к общему числу съемных протезов, изготовленных в учреждении за определенный период времени.
3. Применение индивидуальных ложек при изготовлении съемных протезов.
4. Средние сроки изготовления зубных протезов.
5. Среднее число лиц, получивших протезы на врача в месяц.
6. Соотношение несъемных конструкций протезов к съемным при пародонтите.
7. Среднее число посещений на одного больного для получения протеза.

8. Среднее число опорных зубов в несъемном протезе в соотношении к искусственным.

9. Удельный вес бюгельных протезов к частичным съемным.

10. Доля зубных протезов, изготовленных по современным методикам.

11. Выполнение финансового плана.

12. Число переделок зубных протезов.

13. Выполнение определенного объема работы, измеряемого в единицах трудоемкости, учет ведется по зубопротезным единицам. Одна единица трудоемкости – время и объем работы, необходимый для изготовления 1 штампованной металлической коронки. Все прочие виды ортопедической работ оцениваются, исходя из единиц трудоемкости. За один год стоматолог-ортопед должен выполнить работу в общем объеме на 2100 единиц трудоемкости.

**Экспертно оцениваются:**

14. Медицинские карты с осмотром протезов.

15. Правильность выбора конструкции протеза.

16. Полнота обследования.

17. Сроки изготовления зубных протезов:

- несъемный мостовидный – 5 недель,
- съемные протезы – 4 недели,
- бюгельный – 5 недель,
- одиночные коронки – 2 недели,
- комбинированные коронки – 3 недели,
- пластмассовые коронки (каппа) – 1 неделя,
- починка съемных протезов – 3 дня.

18. Коррекция протеза.

#### ***4.2.7. Показатели работы на ортодонтическом приеме [3]***

1. Принято больных в день.

2. Выполнение плана УЕТ (в %).

3. Количество пациентов, взятых на лечение (в год).

4. Количество пациентов, закончивших лечение (в году).

5. Изготовление аппаратов (в год) на одного врача.

6. Количество ортодонтических аппаратов на одну аномалию.

7. Количество аппаратов (протезов) на одного зубного техника в год.

8. Осмотрено (число) с профилактической целью (в год) на одного врача.

9. Количество консультаций (в год) на одного врача.

10. Число детей, взятых под диспансерное наблюдение, из числа осмотренных на 1000 детского населения.

11. Число детей, взятых на лечение из числа диспансерных, на 1000 детского населения.

12. Средние сроки лечения аномалии.

13. Среднее число аппаратов, использованных на курс лечения одного ребенка.

14. Средняя кратность посещений врача одним больным на курс лечения.

15. Число закончивших лечение из числа взятых за год.

16. Среднее число посещений на врача в смену, из них первичных.

Анализ информации и данных первичной стоматологической медицинской документации (А. Н. Галиуллин, 2008) осуществляется с целью:

1) оценки компонентов качества оказания стоматологической помощи пациентам;

2) оценки преимущества лечебно-диагностического процесса;

3) определения эффективности различных методов лечения и диагностики, новых медицинских технологий и новых форм организации труда персонала;

4) совершенствования организации работы врачей, текущего и перспективного планирования.

#### ***4.2.8. Порядок расчета основных качественных показателей работы врача-стоматолога [3]***

##### ***4.2.8.1. Терапевтический прием***

1. Преобладание количества пломб, наложенных при неосложненном кариесе, над количеством пломб, наложенных после лечения пульпитов и периодонтитов не менее, чем в 2 раза.

2. Преобладание количества наложенных пломб над количеством произведенных удалений зубов не менее, чем в 2 раза.

3. Законченность постановкой пломбы начатого лечения зуба при среднем количестве не более 2 посещений на 1 пломбу.
4. Отсутствие осложнений после лечения зубов.
5. Длительность сохранения в зубе наложенной пломбы не менее 2 лет.
6. Анестезия при обработке кариозных полостей.
7. Расширение показаний консервативной терапии зубов, осложненных периодонтитом с учетом новейших достижений стоматологии.
8. Применение рентгенодиагностики во всех случаях лечения пульпитов и периодонтитов.
9. При наличии зубного камня снятие его у всех больных, обращающихся за любой стоматологической помощью.
10. Выделение специальных врачебных приемов по лечению больных пародонтитом.
11. Проведение систематической плановой санации, а также применение реминерализующих препаратов фтора и др.
12. Проведение обязательной санации полости рта при хронических заболеваниях (туберкулезная интоксикация, ревматизм, желудочно-кишечные заболевания и др.) в контакте с участковым врачом.
13. Диспансеризация стоматологических больных.

#### ***4.2.8.2. Ортопедический прием***

1. Правильная подготовка полости рта к протезированию на терапевтическом и хирургическом приеме по медицинским показаниям (подготовка корневых каналов, выравнивание окклюзионной плоскости и др.).
2. Стопроцентная рентгенологическая проверка депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками и использованию как опорных пунктов для мостовидных протезов, а также корней при использовании их для штифтовых зубов и штифтовых конструкций.
3. Изготовление протезов в соответствии с современными требованиями. Повышение функциональной ценности обычных протезов введением отдельных элементов бюгельных и других рациональных конструкций; соблюдение анатомических принципов постановки зубов.
4. Изготовление съемных или несъемных протезов в строгом соответствии с клиническими показаниями.
5. В мостовидном протезировании соотношение количества коронок и межзубных зубов, как 1,0 : 1,2 при обязательном использовании двух опорных зубов, исключая протезирование отсутствующего верхнего бокового резца.
6. Проведение в 80–90% случаев эстетического протезирования.
7. Внедрение в практику детского протезирования.

8. Применение методов обезболивания при обработке интактных зубов.
9. Максимальное ограничение изготовления зубных протезов из разных металлов одному пациенту.
10. Срок изготовления отдельных съемных протезов не больше 3 недель и смешанных не более одного месяца.
11. Точное выполнение протезов в назначенные сроки.

#### ***4.2.8.3. Хирургический прием***

1. Своевременная (не позднее 24 часов с момента появления медицинских показаний) госпитализация стоматологических больных.
2. При операции удаления зубов применение во всех случаях анестезии.
3. Доведение операции удаления зубов до конца.
4. Отсутствие осложнений после удаления зубов.
5. Ранняя диагностика и раннее радикальное вмешательство при островоспалительных и периапикальных процессах.
6. Ранняя диагностика и своевременная госпитализация при онкологических заболеваниях.
7. Активное наблюдение больных при наличии воспалительных процессов.

#### ***4.2.8.4. Детский прием***

Качественным показателем работы служит преобладание количества пломб, наложенных при кариесе, над пломбами, наложенными после лечения пульпитов и периодонтитов не менее чем в 8 раз.

Другие показатели аналогичны качественным показателям по терапевтическому приему взрослых больных.

Основным качественным показателем считается профилактика кариеса зубов и плановая санация полости рта детей школьного и дошкольного возраста.

#### ***4.2.8.5. Показатели оценки работы заведующего отделением (терапевтическим и хирургическим)***

1. Среднее число посещений на врача в год (функция врачебной должности).
2. Текущий, непосредственный, после санации и отсроченный контроль за сроками и качеством лечения больных в соответствии со стандартами объемов помощи.
3. Регулярные консультации врачей по диагностике и лечению больных.
4. Анализ и оценка расстановки и использования кадров.
5. Анализ и оценка квалификационного уровня кадров (по квалификационной категории).
6. Показатель возврата больных на долечивание и перелечивание в течение года.
7. Выявление, анализ и оценка непроизводительных потерь рабочего времени.
8. Средняя длительность пребывания больных на больничном листе.
9. Показатель осложнений после оперативных вмешательств.
10. Выборочный периодический контроль ведения первичной учетно-отчетной стоматологической документации.
11. Социологический опрос врачей об удовлетворенности их работой структурных подразделений учреждения.
12. Опрос больных об удовлетворенности оказываемой им помощи.

#### ***4.2.8.6. Показатели оценки работы заведующего ортопедическим отделением***

1. Регулярные консультации врачей по диагностике и рациональному клиническому определению конструкций зубных протезов.
2. Выборочный контроль качества изготовления зубных протезов, поступающих из зуботехнической лаборатории, в соответствии с приказом МЗ СССР от 03.07.1985 г. N 884.
3. Регулярный выборочный контроль качества непосредственного законченного случая протезирования больного, а также отсроченного.
4. Экспертная оценка качества ведения медицинской карты стоматологического больного.
5. Показатель уровня квалификации кадров (по квалификационной категории).
6. Показатель возврата больных, закончивших протезирование в период гарантийного срока или срока службы протеза.

7. Показатель непроизводительных потерь рабочего времени врачами и зубными техниками.

8. Анализ и обсуждение издержек в работе, допускаемых врачами и зубными техниками.

9. Ежедневный контроль за нагрузкой врачей и выявление факторов, влияющих на нее.

10. Социологический опрос врачей об удовлетворенности работой структурных подразделений учреждения.

11. Социологический опрос больных об удовлетворенности их ортопедическим лечением.

#### ***4.2.8.7. Показатели оценки работы заведующего производством зуботехнической лаборатории***

1. Выборочный постоянный контроль качества выполненной зубными техниками работы.

2. Контроль над сроками изготовления зубных протезов.

3. Число переделок зубных протезов по вине зубного техника, причины.

4. Выявление и анализ причин непроизводительных потерь рабочего времени зубными техниками.

5. Распределение производственных заданий в соответствии с технологическим процессом и квалификацией зубных техников.

6. Анализ затрат рабочего времени на производство зубных протезов.

7. Поиск и выявление резерва роста производительности труда.

8. Анализ затрат времени на производство зубных протезов в сопоставлении с приказом МЗ СССР от 28.10.1987 г. N 1156 или разработанными в учреждении.

9. Показатель выполнения производственного плана.

10. Анализ квалификационного уровня зубных техников и рациональность их расстановки в производственном процессе.

11. Анализ издержек, выявление причин и устранение их в производственном процессе.

12. Анализ выполнения личных планов.

#### ***4.2.8.8. Анализ деятельности стоматологических учреждений***

Анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь населению, включает блоки следующего содержания:

а) материально-техническая база;

б) уровень подготовки кадрового состава и его квалификационные характеристики;

в) научный и технический уровень диагностики заболеваний органов



полости рта;

г) научный и технический уровень лечения и профилактики заболеваний органов полости рта;

д) уровень сервиса;

е) уровень информационного обеспечения;

ж) организационно-управленческий уровень;

з) система ценообразования на стоматологические услуги;

и) система оплаты труда медицинского персонала;

к) программы повышения качества стоматологической помощи.

Своевременная и достоверная статистическая информация используется для расстановки приоритетов, планирования, контроля и управления стоматологической организацией[3].

#### ***4.2.8.9. Оценка деятельности стоматологического учреждения (в динамике за последние 3-5 лет)***

1. Характеристика кадров (укомплектованность, возраст, стаж, текучесть, расстановка и использование кадров).

2. Количество врачебных посещений по видам помощи.

3. Численность обслуживаемого населения, из них детей до 14 лет и 15–18 лет.

4. Стоматологическая заболеваемость, потребность в помощи.

5. Количество посещений и УЕТ на одного жителя в год.

6. Кратность посещений на одно обращение.

7. Охвачено осмотрами всего населения, из них детей до 14 лет, 15–18 лет и старше.

8. Нуждалось в санации всего, из них детей до 14 лет, 15–18 лет и старше.

9. Санировано от числа нуждающихся детей до 14 лет, 15–18 лет и старше (в процентах).

10. Охват населения профилактической помощью, из них детей до 14 лет и 15–18 лет.

11. Охват населения стоматологической помощью, из них детей до 14 лет и 15–18 лет в расчете на 1000 населения.

12. Число диагностированных форм осложненного кариеса на 1000 первично обратившихся больных, из них у детей до 14 и 15–18 лет.

13. Число удаленных зубов на 1000 первично обратившихся больных, из них у детей до 14 и 15–18 лет.

14. Число больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области на 1000 первично обратившихся, из них дети до 14 и 15–18 лет.

15. Число детей с аномалиями челюстно-лицевой области, взятых под диспансерное наблюдение, на 1000 детей до 14 лет, 15–18 лет, из них взято на лечение и закончивших лечение в течение года на врача (абсолютные данные и % от взятых на лечение).

16. Число лиц, получивших физиотерапевтическое лечение на 100 посещений в учреждение.

17. Число рентгенологических исследований на 100 посещений в учреждение.

18. Число больных, получивших протезы, на 1000 взрослого населения.

19. Кратность посещений на одну санацию.

20. Охват диспансерным наблюдением на 1000 населения.

21. Показатели эффективности диспансеризации.

22. Показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 100 первично обратившихся.

23. Средняя продолжительность дней нетрудоспособности одного случая заболевания.

24. Социологический опрос больных об удовлетворенности оказанием стоматологической помощи (в процентах).

25. Социологический опрос врачей о деятельности структурных подразделений и управлением службой (в %).

26. Медицинская оценка эффективности деятельности учреждения.

27. Социальная оценка эффективности деятельности учреждения.

28. Экономическая оценка эффективности деятельности стоматологического учреждения, предприятия.

В настоящее время в стоматологических организациях широко используются многофункциональные программные комплексы, предназначенные для автоматизации учета и управления. Их использование позволяет решить такие задачи как:

а) ведение картотеки пациентов и электронной медицинской карты;

б) автоматизация работы регистратуры – расширенный набор функций;

в) статистическая и медицинская отчетность;

г) взаимодействие со страховыми организациями, учреждениями, предприятиями: договора, расчеты, страховые программы, формирование отчетности;

д) оперативный анализ и контроль деятельности клиники;

е) складской учет материалов;

ж) учет работы зуботехнической лаборатории;

з) расширяемый перечень специализаций – возможность применения в других областях медицины;

и) анализ эффективности работы стоматологической клиники.

Автоматизированные системы учета позволяют менеджерам здравоохранения разрабатывать и принимать правильные управленческие решения.

Чем качественнее проводится анализ статистических показателей, тем объективнее и конкретнее раскрываются возможности совершенствования эффективности деятельности медицинской организации.

Крупные медицинские организации создают в своей структуре отдел информационных технологий.

В работу этих подразделений включены такие функции, как

формирование банка данных нормативно-правовых документов, сбор, обработка, анализ на различных уровнях и этапах учетно-отчетной медицинской статистической информации. Основная задача отдела информационных технологий – обеспечение деятельности и развития медицинской организации с помощью передовых информационных технологий[3].

#### ***4.3. Международные подходы к изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний***

Широкое распространение основных стоматологических заболеваний среди населения экономически развитых стран обуславливает необходимость координирования совместных усилий национальных служб здравоохранения, направленных на решение этой многоаспектной задачи.

В 1980 году экспертами ВОЗ был опубликован программный документ «Планирование стоматологической помощи», в котором имеется указание на необходимость проведения периодического ситуационного анализа, т. е. изучения текущей стоматологической заболеваемости (стоматологического статуса) [19].

Специалисты ВОЗ рекомендуют оценивать распространенность кариеса зубов, болезней пародонта, флюороза зубов, болезней слизистой оболочки рта, зубочелюстных аномалий как наиболее часто встречающихся и обуславливающих большую долю «стоматологического бремени болезней» [12,19].

Необходимым условием правильной эпидемиологической оценки с целью создания логичного и долгосрочного плана оказания стоматологической помощи населению является объем анализируемых эпидемиологических данных. Для большинства стран мира эксперты ВОЗ рекомендуют проводить анализ стоматологического статуса минимум за пять – десять лет, поскольку особую важность представляет динамика тех или иных показателей [1, 19].

Если исследование является повторным или в конкретном регионе планируется проведение профилактических и лечебных мероприятий, то интервалы наблюдения могут быть сокращены.

Еще одним необходимым условием является широкий охват населения исследованием. Это особенно актуально для России с ее значительной территорией и резкой вариацией климатогеографических условий.

Таким образом, национальное эпидемиологическое стоматологическое исследование характеризуется высокой стоимостью, но в современной России было проведено уже дважды – в 1996–1997 и 2007–2008 гг.

Россия как член ВОЗ обязана следовать определенным стандартам эпидемиологических исследований, чтобы полученные в их ходе данные можно было использовать при подготовке международных отчетов [21]. В этом аспекте выбор метода оценки стоматологического статуса приобретает

особенную важность. Он должен удовлетворять таким требованиям, как эффективность, надежность и доступность.

С 1962 года разведочный метод изучения стоматологической заболеваемости, который был предложен директором стоматологического отдела ВОЗ Д. Барренсом, является одним из наиболее распространенных в мировой практике. Суть его заключается в транспонировании результатов обследования определенных групп людей на всю популяцию.

Уязвимое место данного метода – правильная выборка населения в возрастном, половом и социальном аспектах, которая должна быть проведена с особым вниманием и учетом особенностей конкретных регионов [4]. Размер выборки составляет не менее 40–50 человек, что вполне реализуемо в условиях средних по мощности стоматологических поликлиниках.

В условиях некоторых регионов Российской Федерации, особенно Крайнего Севера, использование разведочного метода как основного при стоматологическом эпидемиологическом исследовании может затруднено.

А. В. Алимский указывает, что высокий удельный вес приезжего населения обуславливает необходимость применения «специальных методических приемов для увеличения численности обследованных местных жителей в старших возрастных группах», чтобы иметь возможность получить репрезентативные результаты [1].

Для устранения региональных климатогеографических и биогеохимических особенностей применяются масштабные многоэтапные методы эпидемиологических исследований. В качестве примера можно привести метод изучения динамики пораженности стоматологическими заболеваниями, когда за большой промежуток времени (5–10 лет) анализируются все имеющиеся данные. По справедливому утверждению А. В. Алимского, вследствие высокой трудоемкости и затратности этот метод применяется крайне редко [1].

На региональном уровне в России для изучения стоматологического статуса населения применяется анализ данных учета обращаемости за стоматологической помощью. Проф. Н. И. Вишняков и соавторы указывают, что «при определенных условиях организации стоматологической службы изучение регистрационных данных обращаемости может рассматриваться как альтернатива проведению дорогостоящего эпидемиологического обследования», а результаты такого анализа можно правомерно использовать при планировании стоматологической помощи [5]. В то же время следует учитывать специфику заполнения врачами-стоматологами первичной медицинской документации. Неполноценное фиксирование некоторых патологических процессов, например, пародонта, часто не позволяет получить истинное представление о стоматологическом статусе.

Важнейшим информационным компонентом, который помогает получить скрининговую картину стоматологического статуса населения, является государственная статистическая отчетность.

Периодически в наиболее развитых странах мира проводятся эпидемиологические обследования населения, целью которых является

выявление распространенности конкретных патологий ротовой полости. Помимо сугубо медицинского значения, такие исследования позволяют, например, косвенно судить об изменениях типа питания населения [12].

Результатом обследования служит группа индикаторов – «индексов пораженности», сравнение которых позволяет судить о тенденциях в динамике национального стоматологического статуса.

Одним из первых еще с 1950-х гг. стали определять «индекс поражений пародонта» (IP), который является отображением числа и степени тяжести поверхностных проявлений болезней пародонта и глубоких поражений.

В 1970–80 гг. был предложен индекс CPITN («коммунальный индекс поражения пародонта и потребность в лечении»), который устранил некоторые недостатки предыдущего и является сегодня базовым для планирования мониторинга работы в области гигиены полости рта.

Индекс КПУ (DMF / DMFT) – кариес (К) + пломба (П) + удаленный зуб (У) является одним из наиболее распространенных и легких для расчета частных показателей стоматологической заболеваемости. Простое сравнение индекса КПУ для различных регионов позволяет оценить основные аспекты стоматологического статуса и эффективность стоматологической помощи населению.

В странах Западной Европы и Америки получил распространение расчетный индекс SiC (Significant Caries Index / Индекс значительного кариеса), который отражает пропорцию лиц с запущенными тяжелыми формами кариеса во всей популяции [16, 17].

Рассчитывается он следующим образом:

1 шаг: разделение обследованного населения в зависимости от значения индивидуального индекса КПУ (DMF / DMFT);

2 шаг: отбор 1/3 обследованных с самыми высокими значениями индекса КПУ (DMF / DMFT);

3 шаг: расчет среднего значения индекса КПУ (DMF / DMFT) для выбранной группы, который и представляет собой индекс SiC.

Данный индикатор, по мнению его создателей, призван продемонстрировать истинную ситуацию с распространенностью и тяжестью кариеса в группе наиболее пораженных этой болезнью людей.

#### ***4.4. Стоматологическая заболеваемость населения России***

Последние 40 лет со стороны специалистов общественного здравоохранения отмечается особое внимание к изучению потребностей населения в области охраны стоматологического здоровья [8]. Стоматологическое благополучие как составная часть этой системы не является исключением. Как уже отмечалось, в нашей стране в новейший исторический период дважды (в 1996-1997 и в 2007–2008 гг.) на национальном уровне проводилось эпидемиологическое исследование стоматологической заболеваемости, что обусловлено необходимостью

получения дополнительной статистической информации помимо той, что предоставляется ежегодно всеми профильными лечебными учреждениями.

В 1996–1997 гг. в 46 регионах страны было осмотрено более 47 тысяч детей и взрослых. Полученные статистические сведения, собранные и проанализированные в Московском государственном медико-стоматологическом университете под руководством проф. Э. М. Кузьминой, легли в основу первого национального банка данных стоматологической заболеваемости населения Российской Федерации.

В июне 2007г. в рамках исполнения Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 394 (04.06.07) был дан старт второму национальному эпидемиологическому стоматологическому обследованию. Его масштаб был значительно расширен.

В 47 регионах страны было обследовано более 55 тысяч человек. Второй национальный банк данных стоматологической заболеваемости населения, образованный результатами этого исследования, по мнению проф. О. О. Янушевича, станет «ориентиром для разработки новых и корректировки существующих программ стоматологической помощи детскому и взрослому населению» [13].

Регистрация данных в ходе исследования проводилась с помощью Унифицированной карты, разработанной специалистами Всемирной организации здравоохранения.

Дополнительно в каждом регионе осуществлялся анализ питьевой воды на содержание фторида.

Таблица 50

Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов в ключевых возрастных группах, 2007–2008 гг. [12]

Возраст, лет	Распространенность кариеса зубов, %	Интенсивность кариеса зубов			
		К	П	У	КПУ
6	13	0,15	0,08	0,00	0,23
12	73	1,17	1,30	0,04	2,51
15	82	1,57	2,15	0,09	3,81
35–44	99	3,13	6,02	4,78	13,93
65 и >	100	1,72	2,77	18,26	22,75

Уровень интенсивности кариеса зубов взрослого населения России по стандартам ВОЗ оценивается как высокий [12, 13].

Обращает на себя внимание тот факт, что в среднем по стране у 14% лиц старше 65 лет полностью отсутствуют все зубы [12].

Интересные данные были получены о стоматологическом статусе городского и сельского населения нашей страны – достоверные различия распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов между этими двумя группами в начале XXI века отсутствуют.

В то же время в 1996–1997 гг. эти показатели в сельских районах во всех возрастных группах были несколько выше (см. рис.1).

Данная ситуация обусловлена недостаточной обеспеченностью сельских медицинских учреждений кадрами и современным лечебно-диагностическим оборудованием.

В то же время в крупных городах, где покупательская способность граждан несравненно выше, значительное развитие получила коммерческая стоматология.

По мнению многих специалистов даже в условиях экономического кризиса темп роста рынка платных медицинских услуг значительно не снизится.

На большей части территории России содержание фторидов в питьевой воде оценивается как недостаточное, и индекс КПУ у проживающего в таких регионах населения достоверно выше по результатам двух национальных обследований.

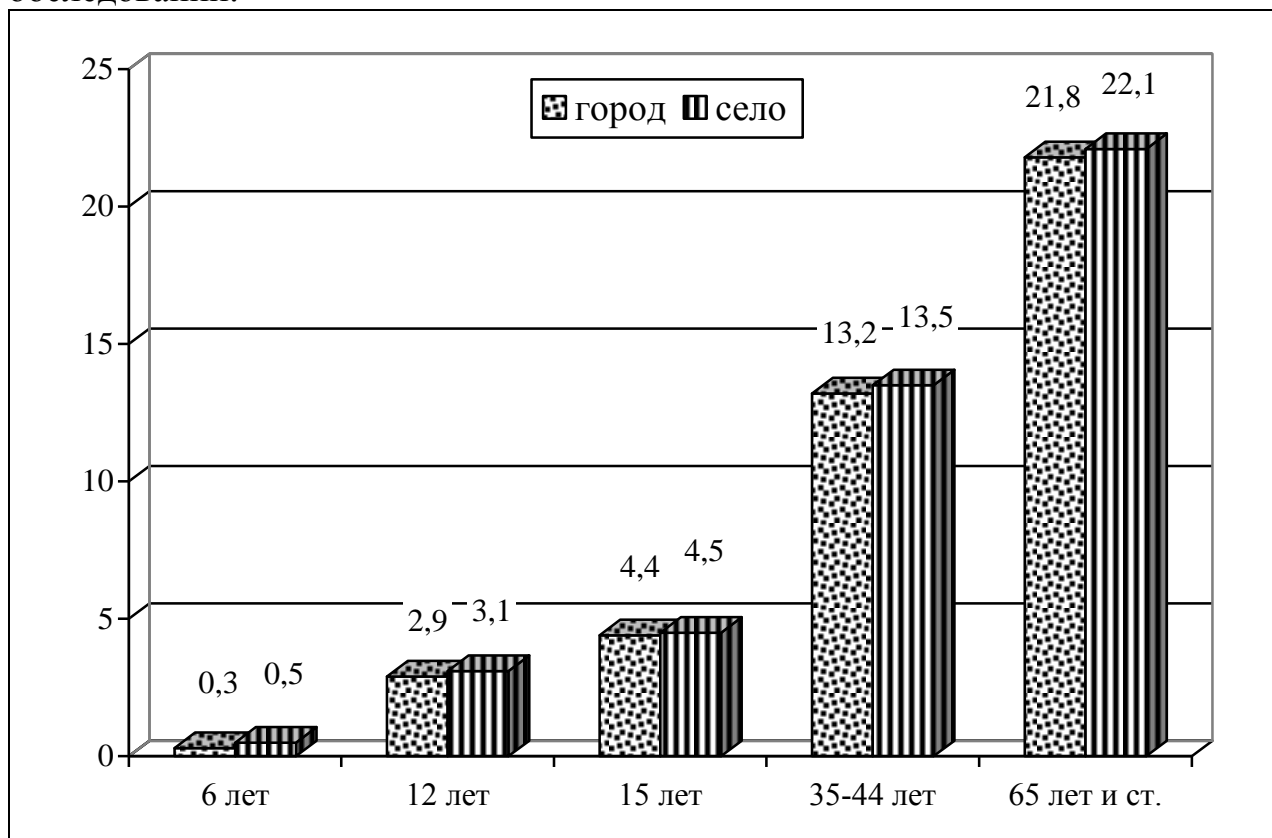


Рис. 1. Интенсивность кариеса постоянных зубов (КПУ) в ключевых возрастных группах среди городского и сельского населения России в 1996–1997гг. [10]

Также можно отметить рост интенсивности кариеса в старших возрастных группах, сравнивая результаты Второго национального стоматологического обследования с теми данными, которые были получены в 1996–1997 гг. и еще ранее – в 80-х гг.

Высокий уровень терапевтической стоматологической патологии в России приводит к утрате зубов и обуславливает высокую потребность в протезировании.

В ходе национального эпидемиологического исследования 2007–2008 гг. были оценены ортопедический статус и потребность в протезировании. Результаты представлены в табл. 51 и 52.

Таблица 51

Доля обследованных лиц, имеющих зубные протезы в возрастных группах 35–44 года и старше 65 лет (2007–2008 гг.) [12]

Возраст, лет	Отсутствие протезов, %	Наличие протезов, %				
		несъемных	частично-съемных	частично-съемных и несъемных	полных съемных	
					на одной челюсти	на обеих челюстях
35–44	69	28	2	1	0	0
65 и >	40	27	9	8	8	8

В возрастной группе 35–44 года потребность в протезировании составляет 55%; в группе 65 лет и старше – уже 63%.

Таблица 52

Доля обследованных лиц, нуждающихся в протезировании (2007–2008 гг.)

Возраст, лет	Протезирование не требуется, %	Потребность в протезировании, %				
		несъемных	частично-съемных	частично-съемных и несъемных	полных съемных	
					на одной челюсти	на обеих челюстях
35 – 44	45	41	6	8	0	0
65 и >	37	17	19	13	6	6

Результаты Второго национального эпидемиологического стоматологического обследования показали, что за прошедшее десятилетие распространенность и интенсивность кариеса зубов среди взрослого населения остается высокой, а потребность в протезировании реализована не в полной мере [12].

Пораженность тканей пародонта в группе 35–44 года также оказалась высокой (81%). У 16 % обследованных лиц зарегистрированы пародонтальные карманы [13].



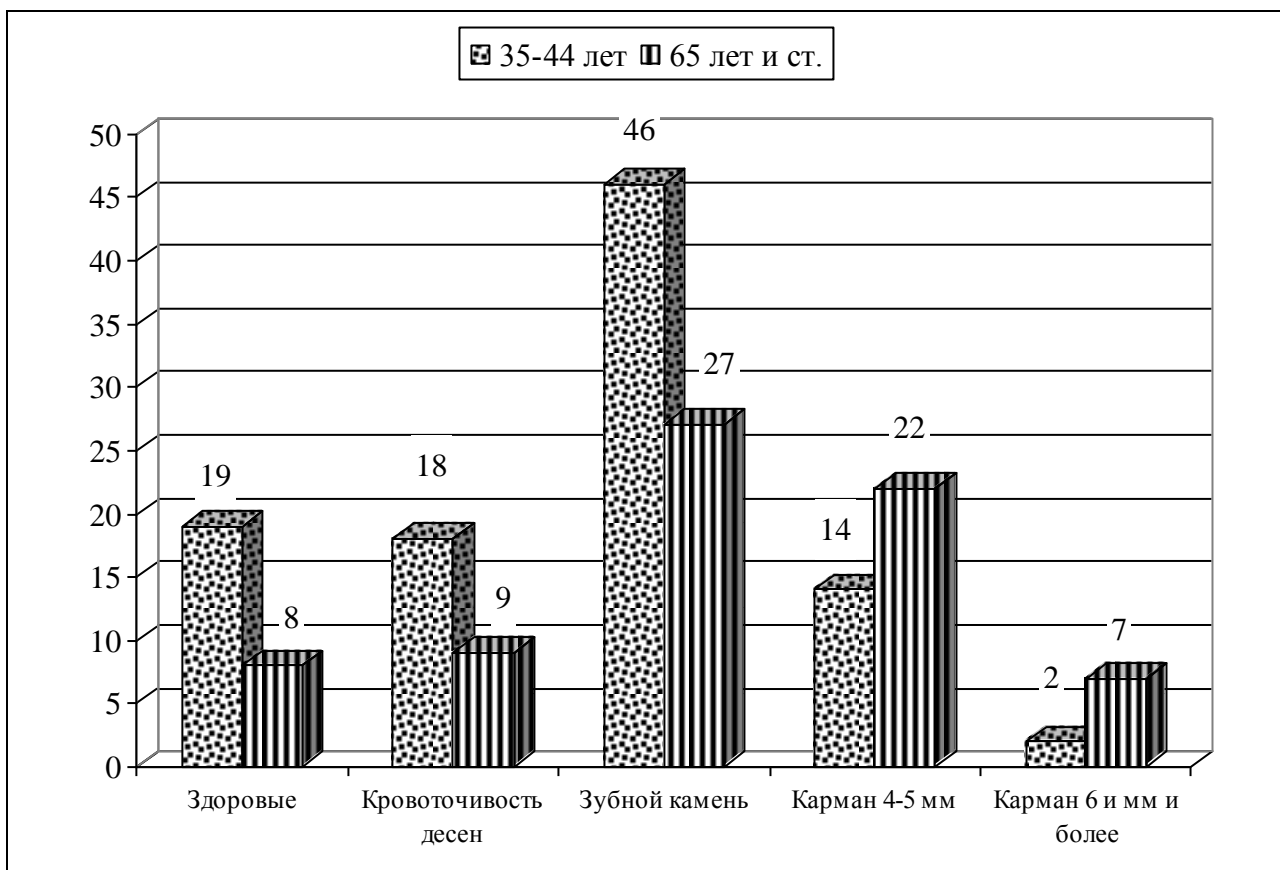


Рис. 2. Распространенность признаков поражения тканей пародонта в возрастных группах 35–44 года и 65 лет и старше в 2007–2008 гг. (%) [13]

В той же возрастной группе выявлено в среднем 2,28 интактных секстанта. В старшей возрастной группе ткань пародонта поражена практически у всех обследованных. Пародонтальные карманы выявлены у 29% обследованных; у 7% глубина их была равна 6 и более мм.

Таблица 53

Среднее количество секстантов с признаками поражения тканей пародонта (по данным второго национального эпидемиологического обследования в 2007–8 гг.) [13]

Возраст, лет	Секстанты					Исключенные
	Здоровые	С кровоточивостью десен	С зубным камнем	С пародонтальным карманом		
				4–5 мм	6 мм и >	
35–44	2,28	1,27	1,43	0,37	0,04	0,61
65 и >	0,57	0,58	0,88	0,60	0,13	3,24

В ходе второго национального стоматологического обследования (2007–2008 гг.) особое внимание было уделено вопросу состояния слизистой

оболочки полости рта. У 8,6 % граждан в возрасте 35–44 года были выявлены соответствующие поражения; в возрасте 65 лет и старше – уже у 11,6% [13].

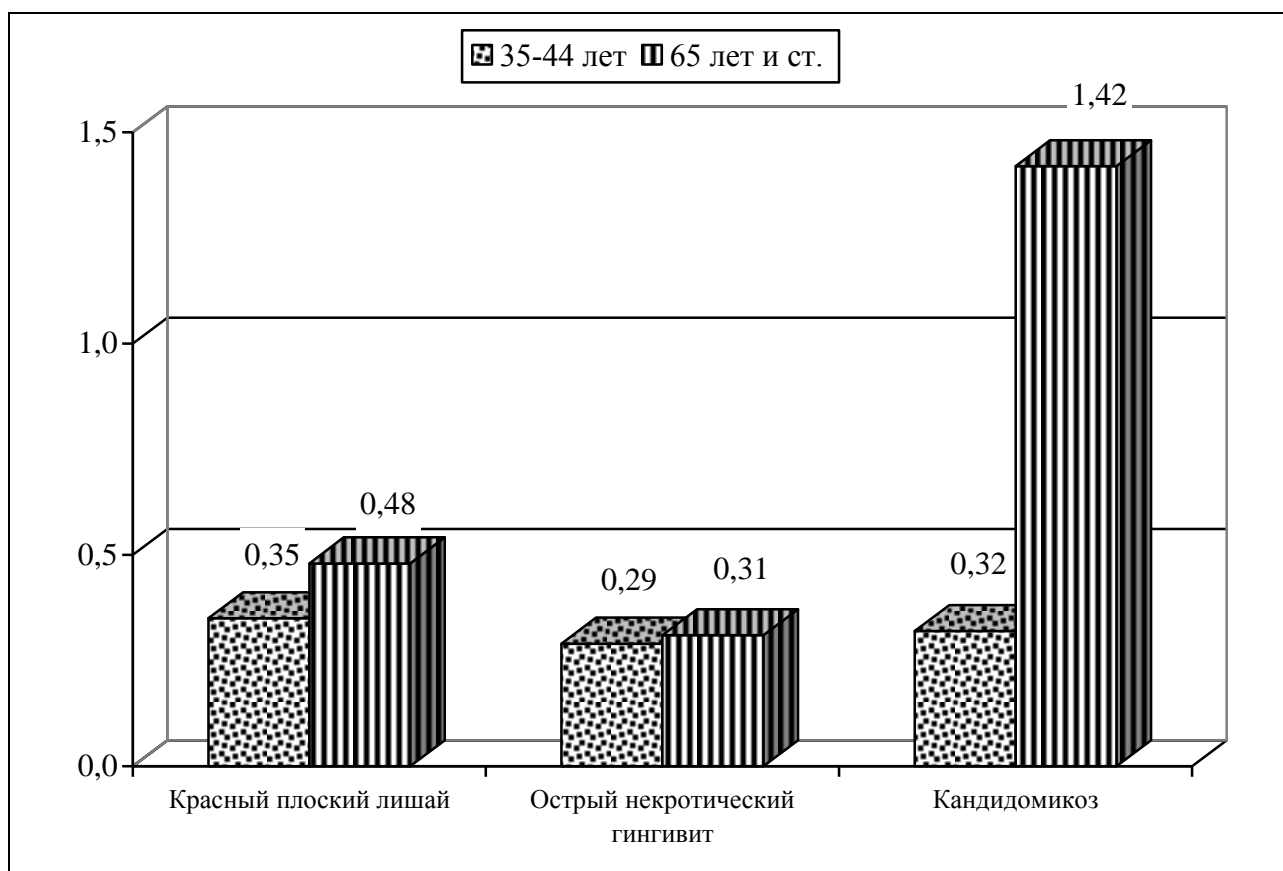


Рис. 3. Распространенность некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта в возрастных группах 35–44 года и 65 лет и старше в 2007–2008 гг. (%) [13]

Стоматит, как ведущая патология, был диагностирован у 3,67% граждан возрастной группы 35–44 года; лейкоплакия, соответственно, у 1,70%. Среди пожилых стоматиты диагностированы в 4,38% случаев; лейкоплакия и кандидомикоз – в 2,10% и 1,42% соответственно. В возрастной группе 65 и старше у 0,08% обследованных лиц обнаружена злокачественная опухоль слизистой оболочки полости рта [13].

#### 4.5. Диспансеризация

Диспансеризация — активное выявление больных (особенно с ранними стадиями заболевания), своевременное лечение заболеваний, изучение и оздоровление условий труда и быта, предупреждение распространения заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, улучшение физического развития молодежи. Диспансеризация также включает активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных групп, как здорового населения, так и лиц, страдающих различными заболеваниями. Данный метод позволяет распознать болезни в ранних формах, установить

связь их возникновения с условиями труда, быта, найти действенные способы активного оздоровления больных и предупреждения болезней. Цель диспансеризации — формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития болезни, снижение заболеваемости, увеличение периода активного творческого долголетия [3].

**Основными принципами системы диспансеризации стоматологических больных являются:**

1. Плановость — установление последовательности и оптимальных сроков проведения организационных, лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.

2. Комплексность:

а) направление лечебных мер не только на ликвидацию локального процесса, но и на общее оздоровление организма;

б) проведение мероприятий по оздоровлению окружающей среды;

в) проведение оздоровительных мероприятий совместно с педиатрами, терапевтами, гигиенистами, врачами других специальностей, средним медицинским персоналом и общественностью.

3. Выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий. Особое внимание уделяется лечебно-профилактическим мероприятиям, которые при данном виде патологии являются решающими.

4. Дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учетом складывающейся ситуации; уровня и структуры стоматологической заболеваемости и обуславливающих их факторов; степени обеспеченности населения врачами и состояния материально-технической базы стоматологической службы; оптимального использования имеющихся сил и средств. Диспансерному наблюдению врача-стоматолога подлежат больные со следующими заболеваниями органов полости рта и челюстно-лицевой области; множественным кариесом зубов и флюорозом, заболеваниями пародонта, хроническими гингивитами, стоматитами, хейлитами, глоссалгией, глоссадинией, одонтогенными остеомиелитами, невралгиями тройничного нерва, невритами лицевого нерва, хроническими воспалениями слюнных желез, предраковыми заболеваниями; злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями челюстей и полости рта, врожденными пороками челюстно-лицевой области и зубочелюстными аномалиями, профессиональными поражениями полости рта и с другой патологией [3].

**Принципы распределения по диспансерным группам:**

1. Здоровые — лица, не предъявляющие никаких жалоб, у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функций органов и систем; среди них лица с так называемыми пограничными состояниями, то есть с незначительными отклонениями физиологических характеристик от нормы, не влияющими на функциональную деятельность организма (Д–I).

2. Практически здоровые — лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но без обострений в течение нескольких лет (Д–II).

3. Больные, нуждающиеся в лечении:

а) с компенсированным течением заболеваний, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;

б) с субкомпенсированным течением заболеваний, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;

в) с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности (Д–III).

В каждой из указанных групп учитываются лица с факторами риска (производственного, бытового, генетического характера) возникновения определенных заболеваний.

Больные подлежат динамическому наблюдению у врачей-специалистов соответствующего профиля. На всех больных, взятых под диспансерное наблюдение, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма № 030/у), в ней содержатся сведения о сроках явки к врачу, о нетрудоспособности, профилактических и лечебных мероприятиях [3].

**Вся работа по диспансеризации проходит три условных этапа:**

1. Выявление больных.

2. Оформление «Контрольной карты диспансерного наблюдения».

3. Оформление «Медицинской карты стоматологического больного», где указываются состояние больного, диагноз, проводимое лечение, сроки повторного наблюдения, лечебно-оздоровительные мероприятия (трудоустройство, диетическое питание и т. д.); на лицевой стороне ставится буква «Д».

Осуществление динамического наблюдения за больными с выполнением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий. В приложении № 19 приведена примерная схема динамического наблюдения за лицами, подлежащими диспансеризации у врача-стоматолога. «Контрольные карты диспансерного наблюдения» заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний, указывается диагноз заболеваний, отмечается дата установления диагноза и способ выявления его: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре.

Контрольные карты используются для контроля за посещением больных к врачу. В карте ведутся записи возникающих осложнений, сопутствующих заболеваний, изменений диагноза, записываются наиболее важные лечебно-профилактические мероприятия: госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т.д.

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты.

Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что позволяет осуществлять контроль за систематичностью посещений, принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки [3].

### Показатели эффективности диспансеризации [3]:

- 1) отношение числа снятых с диспансерного учета по выздоровлению (и по нозологическим формам) к числу больных, состоявших на диспансерном учете (и по нозологическим формам), умноженное на 100;
- 2) сокращение средних сроков потери трудоспособности;
- 3) снижение частоты рецидивов и обострений заболеваний;
- 4) процент лиц, у которых ухудшилось состояние здоровья за отчетный период по нозологическим формам;
- 5) процент лиц, у которых улучшилось состояние здоровья за отчетный год (и по нозологическим формам);
- 6) процент лиц с изменением группы здоровья;
- 7) процент лиц, не получивших освобождения от работы в течение года по поводу данного заболевания;
- 8) прирост или снижение количества кариозных полостей;
- 9) сохранность наложенных пломб.

### ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗ ПРИКАЗА МЗ СССР «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» от 30 мая 1986г № 770 (Приложение 19).

#### Примерная схема динамического наблюдения за лицами, подлежащими диспансеризации у врача-стоматолога

Таблица 54

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
1	2	3	4	5	6
Множественный кариес:					
- прогрессирующий (Д III)	Стоматолог - 4 раза в год	Терапевт, эндокринолог - 1 раз в год	Анализ крови, слюны на микроэлементы (кальций), определение витаминного баланса, гигиенический индекс - 1 раз в год	Пломбирование зубов, гигиена полости рта зубными пастами, содержащими фтор и микроэлементы; физиотерапия. Поливитамины, реминерализующая терапия (фтор в табл., витафтор и др.). Полноценное сбалансированное питание	Снижение прироста кариеса, увеличение сроков сохранности пломб, снижение гигиенического индекса полости рта. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Продолжение таблицы 54

- состояние	Стоматолог -	Терапевт -	Анализ слюны на	Санация и	Стабилизация
-------------	--------------	------------	-----------------	-----------	--------------

стабилизация (Д II)	2 раза в год	по показаниям	содержание микроэлементов, гигиенический индекс - по показаниям	чистка зубов пастами, содержащими фтор, сбалансированное питание	процесса, снижение гигиенического индекса
Флюороз зубов (Д II)	Стоматолог - 1 раз в год	Терапевт - по показаниям	Анализ крови - 1 раз в год. Анализ крови и мочи на содержание фтора и кальция	Витамины С, В, Д, препараты йода, кальция, фосфора. Ультрафиолетовое облучение, местно 10% р-р соляной кислоты, ортопедическое лечение (по показаниям)	Стабилизация процесса
Повышенная стираемость зубов (Д II)	Стоматолог - 2 раза в год	Стоматолог-ортопед - 1 раз в год	Анализ слюны на содержание микроэлементов - 1 раз в год. Клинико-рентгенологическое обследование, артрография, электроодонтодиагностика, измерение высоты нижнего отдела лица, функциональное исследование - по показаниям	Санация полости рта, симптоматическое лечение, лечение гиперестезии, ремтерапия, ортопедическое лечение	Стабилизация процесса
Гингивит (Д III)	Стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, гематолог - по показаниям	Клинический анализ крови, мочи. Рентгенологическое исследование, специальные исследования (профессиональные вредности), проба Шиллера-Писарева, гигиенический индекс - по показаниям	Профессиональная гигиена полости рта (удаление зубных отложений, гигиена полости рта), местная противовоспалительная терапия, поливитамины, щадящая диета. Избирательное шлифование зубов, физиотерапия, ортопедическое лечение, коррекция anomalies мягких тканей преддверия полости рта - по показаниям	Стойкая ремиссия. Снижение гигиенического индекса. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Продолжение таблицы 54

Гингивит (стойкая)	Стоматолог -	Терапевт - по	Проба Шиллера-Писарева,	Гигиена полости рта,	Отсутствие рецидивов
--------------------	--------------	---------------	-------------------------	----------------------	----------------------

ремиссия) (Д II)	1 раз в год	показания м	рентгенологическое исследование, гигиенический индекс - по показаниям	профессиональная гигиена полости рта (удаление зубных отложений, гигиена полости рта), санация полости рта	
Пародонтит: легкая средняя тяжелая степени (Д III)	Стоматолог: - 2 раза - 3 раза - 4 раза в год	Терапевт, стоматолог -хирург; стоматолог - ортопед - 1 раз в год, эндокринолог - по показаниям	Клинический и биохимический анализ крови и мочи. Рентгенологическое исследование, функциональные методы исследования (реопародонтография и др.), гигиенический индекс, пародонтальный индекс, проба Шиллера-Писарева - по показаниям	Профессиональная гигиена полости рта (удаление зубных отложений, гигиена полости рта), местная противовоспалительная терапия, физиотерапия, витаминотерапия, десенсибилизирующая терапия - по показаниям, лечение гиперестезии твердых тканей зубов, избирательное пришлифовывание зубов, ортопедическое лечение, коррекция аномалии мягких тканей преддверия полости рта, шинирующие протезы, хирургические методы лечения (кюретаж, лоскутные операции), криотерапия - по показаниям	Клинико-рентгенологическая стабилизация патологического процесса в тканях пародонта. Снижение дней нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Пародонтит, стойкая ремиссия (Д II)	Стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, стоматолог -ортопед - по показаниям	Анализ крови, мочи на сахар. Рентгенологическое исследование. Проба Шиллера-Писарева. Гигиенический индекс - по показаниям	Санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта, пришлифовывание зубов, ортопедическое лечение - по показаниям	Клинико-рентгенологическая стабилизация, низкий гигиенический индекс

Продолжение таблицы 54

Пародонтоз:	Стоматолог	Терапевт,	Как при	Как при пародонтите	Клинико-
-------------	------------	-----------	---------	---------------------	----------

легкая средняя тяжелая степени (Д III)	г: - 2 раза - 3 раза - 4 раза в год	эндокринолог , стоматолог- хирург, стоматолог- ортопед	пародонтите (Д III)	(Д III) и физиотерапевтическ ое лечение (электрофорез, препараты кальция и фтора)	рентгенологичес кая стабилизация, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Хроничес- кий рецидивиру- ющий афтозный стоматит (Д III)	Стомато- лог - 2 раза в год	Терапевт, аллерголог - по показаниям	Клинический и биохимический анализ крови и мочи, исследование желудочного сока	Десенсибилизирую- щая терапия, Противовоспали- тельная и обезболивающая терапия, иммунотерапия, щадящая диета	Стойкая ремиссия, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Хрониче- ский рецидивиру- ющий афтозный стоматит, стойкая ремиссия (Д II)	Стомато- лог - 1 раз в год	Терапевт - по показаниям	Общий анализ крови	Санация и гигиена полости рта	Стабилизация процесса. Перевод в I диспансерную группу
Многоформ- ная экссудатив- ная эритема (Д III)	Стомато- лог - 2 раза в год	Терапевт, дерматолог, аллерголог -1 раз в год	Клинический и биохимический анализ крови и мочи - 1 раз в год	Десенсибилизирую- щая терапия, витаминотерапия, противовоспали- тельная и обезболивающая терапия. Иммунотерапия. Щадящая диета	Стойкая ремиссия, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Многоформ- ная экссудативна я эритема, стойкая ремиссия (Д II)	Стомато- лог - 1 раз в год	Терапевт, аллерголог - по показаниям	То же - по показаниям	Общеукрепляющая терапия	Стойкая ремиссия

Продолжение таблицы 54

Лейкоплакия:					
--------------	--	--	--	--	--



- стадия пятна	Стоматолог - 4 раза в год	Стоматолог-хирург, онколог	Исследования в лучах Вуда, биопсия	Устранение механических, химических и термических раздражителей, кератолитическая терапия	Улучшение клинических показателей
- веррукозная				Хирургическое иссечение, криотерапия	Снижение дней нетрудоспособности
эрозивно-язвенная стадия (Д III)				Рентгенотерапия - по показаниям	Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Лейкоплакия: стойкая ремиссия (Д II)	Стоматолог - 2 раза в год	Онколог - по показаниям	Биопсия - по показаниям	Санация и гигиена полости рта. Щадящая диета, исключить раздражающие факторы	Стабилизация процесса
Красный плоский лишай (КПЛ):	Стоматолог:	Терапевт, онколог, дерматолог, стоматолог-хирург - по показаниям	Люминесцентный метод исследования, цитологическое исследование, биопсия - по показаниям	Устранение механических, химических и термических раздражителей, витаминотерапия (А, Е), местная рассасывающая терапия, физиотерапия, седативная и десенсибилизирующая терапия, криотерапия. Хирургическое и гормональное лечение	Стойкая ремиссия, перевод в группу (Д II) диспансерного наблюдения
- типичная форма	- 2 раза в год				
- экссудативно-гиперемическая стадия	- 2 раза в год				
- эрозивная форма (Д III)	- 4 раза в год				
Буллезная стадия (Д III)	Стоматолог - 4 раза в год	Терапевт, невропатолог - 1 раз в год	Анализ желудочного сока, исследование функции печени, аллергопробы	Санация полости рта. Щадящая диета, исключить раздражающие факторы	Стабилизация процесса
			- по показаниям		
КПЛ, ремиссия (Д II)	Стоматолог - 2 раза в год	-"	То же - по показаниям		

Продолжение таблицы 54

Хронич.	Хирург-	Терапевт - 1	Клинический	Организация режима	Отсутствие
---------	---------	--------------	-------------	--------------------	------------

воспаление слюнных желез (паренхиматозный, интерстициальный сиаладенит, сиалодохит) (Д III)	стоматолог - 2 раза в год	раз в год	анализ крови и мочи, рентгенологическое обследование, сиалометрия, сиалография, цитологическое и микробиологическое обследование (по показаниям)	труда и отдыха, исключение переохлаждений, санация, гигиена полости рта, слюногонные средства (пилокарпин и др.), диета (кислая, соленая), массаж области желез	рецидивов, снижение числа дней временной нетрудоспособности, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Слюннокаменная болезнь (Д III)	То же	То же	То же	Противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия при обострении процесса. Удаление камня из протока, экстирпация железы (по показаниям)	После операции перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Хроническое воспаление слюнных желез, слюннокаменная болезнь, ремиссия (Д III)	Хирург-стоматолог - 1 раз в год		Не проводится	Промывание протока слюнной железы, организация режима труда и отдыха, закаливание организма, санация и гигиена полости рта, лечение осложнений	Выздоровление
Невралгия тройничного нерва, невриты (Д III)	Хирург-стоматолог, невропатолог - 4 раза в год	Терапевт, отоларинголог - 1 раз в год, нейрохирург - по показаниям	Клинический анализ крови, рентгенологическое обследование, одонтодиагностика	Санация полости рта, общеукрепляющая симптоматическая терапия по схемам, физиотерапия, операция - по показаниям	Снижение нетрудоспособности
Невралгия тройничного нерва, невриты (Д II)	То же		Не проводится	Организация режима труда и отдыха, санация и гигиена полости рта	Выздоровление
Глоссодиния (Д III)	Стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, невропатолог - 1 раз в год	Анализ желудочного сока, исследования функции печени, аллергопробы - по показаниям	Витаминотерапия (гр. В), симптоматическое лечение (блокады), седативные препараты, десенсибилизирующая терапия, физиотерапия	При стойком терапевтическом эффекте перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Продолжение таблицы 54

Глоссодиния	Стоматолог	Терапевт,		Санация и гигиена	Клиническая
-------------	------------	-----------	--	-------------------	-------------

, стойкая ремиссия (Д II)	г - 1 раз в год	невропатолог - по показаниям		полости рта	стабилизация, перевод в группу Д I
Трещина центральной части губы, хроническая (Д III)	Стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, эндокринолог, стоматолог-хирург - по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - по показаниям	Аппликация антисептическими мазями, хирургическое исследование очага поражения, криотерапия	Стабилизация процесса, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Трещина центральной части губы, хронич. стойкая ремиссия (Д II)	Стоматолог - 1 раз в год		Не проводится	Санация полости рта. Гигиена полости рта	Стойкая ремиссия, перевод в группу Д I диспансерного наблюдения
Актинический хейлит (Д III)	Стоматолог - 6 раз в год	Терапевт, невропатолог, эндокринолог - по показаниям	Клинический анализ крови, общий анализ мочи - по показаниям	Аппликации облепиховым маслом, маслом шиповника, концентрат витамина А, делагил и др.	Стабилизация процесса, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Актинический хейлит (Д II)	Стоматолог - 3 раза в год	То же	То же	Гигиена полости рта, защитные мази, кремы	Стойкая ремиссия
Абразивный хейлит Манганотти (Д III)	Стоматолог - 3 раза в год	Дерматолог, онколог	Цитологическое исследование, биопсия	Хирургическое лечение и криотерапия	Стабилизация процесса, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Абразивный хейлит Манганотти, стойкая ремиссия (Д II)	Стоматолог - 1 раз в год	Онколог - по показаниям	Биопсия - по показаниям	Санация и гигиена полости рта	Стойкая ремиссия
Кератоакантома или кожный рог (Д III)	Стоматолог - 2 раза в год	Дерматолог, онколог	Биопсия	Хирургическое иссечение, криотерапия	Стабилизация процесса, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Кератоакантома или кожный рог, стойкая ремиссия (Д II)	Стоматолог - 1 раз в год	То же – по показаниям	То же - по показаниям	Санация и гигиена полости рта	Стойкая ремиссия

Продолжение таблицы 54

Болезнь Боуэна (Д II)	Стоматолог - 1 раз в год	Онколог - по показаниям	То же	Отказ от курения, устранение	Отсутствие озлокачествления
-----------------------	--------------------------	-------------------------	-------	------------------------------	-----------------------------

III)	в год			хронической травматизации слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов, протезами. Отказ от раздражающей пищи. Протезирование однородным металлом	
Папилломатоз полости рта (Д III)	Стоматолог - 1 раз в год	То же	То же	То же	То же
Хронические артриты, артрозы, артрозо-артриты, анкилозы височно-нижнечелюстного сустава (Д III)	Хирург-стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, терапевт-стоматолог, ортопед-стоматолог, ортодонт-стоматолог – 1 раз в год	Клинический анализ крови, рентгенография, томография височно-нижнечелюстных суставов, артрография и т. д. Электромиографическое исследование (ЭМГ). Функциональные методы исследований (по показаниям)	Щадящая диета (механически обработанная пища). Лечение основного заболевания. Местное лечение, физиотерапия, гигиена и санация полости рта. Оперативное лечение (по показаниям). Изготовление окклюзионных шин. Внутри- или внеротовая фиксация челюстей	Восстановление функции сустава в полном объеме. Снижение числа дней нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Хронические артриты, артрозы, анкилозы различной этиологии, ремиссия (Д II)	Хирург-стоматолог, ортопед-стоматолог - 1 раз в год		Определение объема движений челюсти - 1 раз в год	То же и ортопедическое лечение - по показаниям	Выздоровление
Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей (Д III)	Хирург-стоматолог - 4 раза в год	Терапевт, стоматолог-терапевт, ортопед-стоматолог, ортодонт - 1 раз в год - по показаниям	Клинические анализы крови, мочи. Биохимия крови - по показаниям на флору и чувствительность к антибиотикам. Цитологическое исследование - по показаниям. Рентгенография, одонтодиагностика	Диета (повышенное содержание кальция и белка, механически обработанная пища). Общеукрепляющая и стимулирующая терапия (витаминотерапия, переливание крови и т. д.). Санация и гигиена полости рта. Ортопедическое лечение. При	Восстановление функции жевания, снижение числа дней нетрудоспособности, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Продолжение таблицы 54

				обострениях – противовоспалительных	
--	--	--	--	-------------------------------------	--

				тельная, десенсибилизирующая терапия. Физиотерапия, хирургическое лечение - по показаниям	
Хронич. посттравматический остеомиелит челюстей (Д III)	Хирург-стоматолог - 4 раза в год	То же	То же	То же	То же
Хронич. одонтогенный и посттравматич. остеомиелит (Д III)	Хирург-стоматолог - 2 раза в год	То же	Рентгенологическое обследование - 1 раз в год	То же	Восстановление трудоспособности
Хронический одонтогенный и посттравматический синусит (Д III)	Хирург-стоматолог - 4 раза в год	Отоларинголог – по показаниям	Клинический анализ крови и мочи. Рентгенологическое обследование, одонтодиагностика. Пункция верхнечелюстной пазухи с цитологическим, микробиологическим исследованием пунктата. Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам	Общеукрепляющая и противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия. Санация и гигиена полости рта. Хирургическое лечение	Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Состояние после синуситомии (гайморотомии) (Д II)	Хирург-стоматолог - 1 раз в год	Отоларинголог – по показаниям	Рентгенография придаточных пазух - 1 раз в год	Лечение осложнений, санация и гигиена полости рта	Восстановление трудоспособности
Посттравматические дефекты и деформации костей лицевого скелета и мягких тканей (Д III)	Хирург-стоматолог - 2 раза в год	Терапевт-стоматолог, ортопед-стоматолог, ортодонт - 2 - 3 раза в год. Отоларинголог, окулист, физиотерапевт - по показаниям	Клинический анализ крови и мочи. Рентгенография. Функциональные исследования (электромиография и др.) - 1 раз в год	Диета (повышенное содержание белка, кальция). Лечебная физкультура. Местно: миогимнастика, механотерапия, массаж. Хирургическое, ортопедическое лечение - по показаниям	Восстановление функции или значительное улучшение функции, снижение числа дней временной нетрудоспособности. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения

Продолжение таблицы 54

Состояние после	Хирург-стоматолог	Стоматолог, отоларинголог,	То же - по показаниям	Коррекция протезов по показаниям. Санация и гигиена	Восстановление трудоспособности
-----------------	-------------------	----------------------------	-----------------------	---	---------------------------------

устранения посттравматических дефектов, деформации костей лицевого скелета и мягких тканей (Д III)	лог - 1 раз в год	стоматолог-ортопед, ортодонт -по показаниям		полости рта	ти
Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолевых заболеваний челюстно-лицевой области: - костей (кисты, амелобластомы, эпюлисы и т. д.)	Хирург-стоматолог - 2 раза в год	Терапевт - 1 раз в год, стоматолог-ортопед, стоматолог, онколог - по показаниям	Клинический анализ мочи, крови. Рентгенография костей лица, рентгенография легких, цитологическое исследование или биопсия - по показаниям	Санация и гигиена полости рта. Общеукрепляющая терапия, протезирование - по показаниям	Восстановление трудоспособности, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
- мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.) (Д III)	То же	То же и ортодонт-стоматолог	То же и сиалография слюнных желез - по показаниям	То же	Восстановление трудоспособности, перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолевых заболеваний челюстно-лицевой области:	То же	То же	Рентгенография - 1 раз в год	Санация и гигиена полости рта. Коррекция протезов	Отсутствие рецидивов
- костей	То же	То же	То же	То же	То же
- мягких тканей(Д II)	То же	То же	То же	То же	То же

Продолжение таблицы 54

Лучевые поражения	Хирург стоматолог	Терапевт онколог,	Клинический анализ крови и	Общеукрепляющая терапия. Исключить	Снижение числа дней временной
-------------------	-------------------	-------------------	----------------------------	------------------------------------	-------------------------------

костных и мягких тканей челюстно-лицевой области (Д III)	лог - 4 раза в год -	терапевт-стоматолог, ортопед-стоматолог, гематолог - 2 раза в год,	мочи, биохимия крови, микробиологические исследования на флору и чувствительность к антибиотикам	курение. Санация и гигиена полости рта. Протезирование. Плановая госпитализация - 1 - 2 раза в год. Хирургическое лечение - по показаниям	нетрудоспособности
Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез) (Д III)	Хирург-стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, фтизиатр, миколог - по показаниям	Клинический анализ крови и мочи. Рентгенография костей лица. Микробиологическое обследование. Биопсия - по показаниям	Проведение специфического лечения. Санация и гигиена полости рта, хирургическое лечение - по показаниям	Снижение числа дней временной нетрудоспособности, отсутствие рецидивов. Перевод в группу Д II
Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез) в стадии ремиссии (Д II)	Хирург-стоматолог - 1 раз в год	То же	То же	Санация и гигиена полости рта	Выздоровление
Врожденные деформации челюстно-лицевой области (верхней, нижней челюсти и др.) (Д III)	Хирург-стоматолог - 2 раза в год	Терапевт, нейрохирург, ортодонт, ортопед-стоматолог, окулист, отоларинголог - 1 раз в год	Клинический анализ крови и мочи. Рентгенография. Функциональные методы исследования	Хирургическое лечение, санация и гигиена полости рта, ортопедическое, ортодонтическое лечение	Устранение деформации. Восстановление функции. Перевод в группу Д II диспансерного наблюдения
Врожденная расщелина губы и неба (Д III):					

Продолжение таблицы 54

- расщелины губы и альвеоляр-	Хирург-стоматолог - 2	Терапевт, отоларинголог, окулист,	Клинический анализ мочи и крови, биохимия	Общеукрепляющая терапия, хирургическое,	Устранение дефекта, перевод в группу Д I
-------------------------------	-----------------------	-----------------------------------	---	---	--

ного отростка	раза в год	ортодонт, ортопед, логопед (частота - по показаниям)	крови. Рентгенография грудной клетки, челюстей. Электромиография (ЭМГ)	ортодонтическое и ортопедическое лечение. Занятия с логопедом	диспансерного наблюдения
- расщелины неба, расщелины мягкого и твердого неба, полные, неполные	То же	То же	То же	То же	Устранение дефекта, перевод в группу Д II
- полные расщелины мягкого, твердого неба, альвеолярного отростка и губы	То же	То же	То же и энцефалографическое исследование (ЭЭГ) - по показаниям	То же	Устранение дефекта, перевод в группу Д II
Состояние после хейло- и уранопластики с наличием послеоперационного дефекта (Д III)	То же	То же и психоневролог	То же	То же	Устранение дефекта, перевод в группу Д II
Состояние после оперативных вмешательств по поводу врожденных пороков лица и челюстей (Д II)	То же		Функциональные методы исследования - 1 раз в год	Оздоровительные мероприятия, санация и гигиена полости рта, протезирование - по показаниям	Восстановление трудоспособности

Примечание. В группу Д II включены лишь заболевания в состоянии стойкой ремиссии.

### Вопросы для повторения и обсуждения



1. По каким принципам организуется прием стоматологических больных.
2. Какая учетно-отчетная документация ведется врачами-стоматологами.
3. Каковы нормы нагрузки на врача-стоматолога.
4. Назовите количественные показатели работы врача-стоматолога.
5. Назовите качественные показатели работы врача-стоматолога.
6. Какими нормативными документами регламентируется объем работы врача-стоматолога.
7. Каковы задачи врача-стоматолога при проведении диспансеризации стоматологических больных.
8. Назовите основные принципы диспансеризации.
9. Перечислите контингент больных, подлежащих диспансеризации.

### **Тестовые задания**

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ЗАПОЛНЯЕМЫЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

3. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

4. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И  
КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

5. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И  
КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

6. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – ЭТО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Выберите правильный ответ  
8. УКАЖИТЕ ФОРМУ КАРИЕСА, С КОТОРОЙ БОЛЬНОЙ ПОДЛЕЖИТ  
ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ У СТОМАТОЛОГА:

1. Множественный кариес
2. Средний кариес
3. Поверхностный кариес
4. Глубокий кариес

Выберите правильный ответ

9. ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У СТОМАТОЛОГА ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА:

1. Гингивит
2. Пародонтит
3. Пародонтома
4. Пародонтоз
5. Синдром Папийона-Лефевра

Выберите правильные ответы

10. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ У СТОМАТОЛОГА:

1. Острый герпетический стоматит
2. Рецидивирующий афтозный стоматит
3. Кандидоз
4. Многоформная экссудативная эритема
5. Туберкулез слизистой оболочки полости рта
6. Лейкоплакия
7. Красный плоский лишай
8. Сифилис
9. Глоссалгия

Выберите правильные ответы

11. ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ У ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ С:

1. кистой
2. слюннокаменной болезнью
3. хроническим воспалением слюнных желез
4. невралгией тройничного нерва
5. хроническим артритом височно-нижнечелюстного сустава
6. хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей
7. лучевыми поражениями кости и мягких тканей челюстно-лицевой области
8. специфическими воспалительными процессами челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез)
9. врожденными деформациями челюстно-лицевой области
10. врожденными расщелинами губы и неба
11. хроническим периодонтитом

**Эталоны ответов**

номер задания	ответы
1	1 – медицинская карта стоматологического больного 2 – единый талон амбулаторного пациента 3 – листок ежедневного учета врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета 4 – сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета 5 – контрольная карта диспансерного наблюдения
2	1. Среднее число больных на врача в смену, в том числе, первичных 2. Среднее число выработанных врачом УЕТ в смену 3. Кратность посещений на одно обращение 4. Среднее число санированных на врача в смену 5. Кратность посещений на одну санацию 6. Соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному 7. Средние сроки сохранности наложенных пломб (отсроченный анализ) 8. Соотношение числа вылеченных зубов с неосложненным кариесом к числу вылеченных зубов с осложненным кариесом (пульпит, периодонтит)
3	1. Среднее число посещений на врача в смену, из них первичных 2. Среднее число выработанных УЕТ на врача в смену 3. Среднее число оперативных вмешательств на 100 первично обратившихся больных 4. Количество удалений зубов в день 5. Осложнения (в %) 6. Среднее число дней пребывания больного на больничном листе
4	1. 100% рентгенологическая проверка состояния депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками 2. Удельный вес починок съемных протезов к общему числу съемных протезов, изготовленных в учреждении за определенный период времени 3. Средние сроки изготовления зубных протезов 4. Среднее число лиц, получивших протезы на врача в месяц 5. Среднее число посещений на одного больного для получения протеза 6. Удельных вес бюгельных протезов к частичным съемным
5	1. Принято больных в день 2. Выполнение плана УЕТ (в %) 3. Количество пациентов, взятых на лечение (в год) 4. Количество пациентов, закончивших лечение (в году) 5. Изготовление аппаратов (в год) на одного врача 6. Количество аппаратов (протезов) на одного зубного техника в год 7. Осмотрено (число) с профилактической целью (в год) на одного врача 8. Число детей, взятых под диспансерное наблюдение, из числа осмотренных на 1000 детского населения 9. Средние сроки лечения аномалии 10. Число закончивших лечение из числа взятых за год 11. Среднее число посещений на врача в смену, из них первичных
6	... активное выявление больных (особенно с ранними стадиями заболевания), своевременное лечение заболеваний, изучение и оздоровление условий труда и быта, предупреждение распространения заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, улучшение физического развития молодежи.
7	1. Плановость

	2. Комплексность 3. Выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий 4. Дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер
8	Множественный кариес.

номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы
9	1, 2, 4.	10	2, 4, 6, 7, 9.	11	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

### Список основной литературы

1. Алимский А. В. Принципы и методические особенности изучения динамики стоматологической заболеваемости среди жителей северных регионов / А. В. Алимский, Л. М. Алпатова // Новое в стоматологии. – 2001. – № 7 (97). – С. 77–80.

2. Бакшеева С. Л. Стоматологическое здоровье и качество жизни жителей Крайнего Севера / С. Л. Бакшеева, Н. А. Горбач, В. В. Алямовский // Институт стоматологии. – 2009. – № 3 (44). – С. 20–21.

3. Бутова В. Г. Система организации стоматологической помощи населению России / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский, Н. Г. Ананьева. – М. : Мед. кн., 2005. – 166 с.

4. Введение в общую врачебную практику в стоматологии : учеб. пособие / В. Г. Дьяченко [и др.]. – М. ; Тверь : Триада, 2009. – 312 с.

5. Вишняков Н. И. Изучение заболеваемости кариесом зубов по данным обращаемости населения за стоматологической помощью / Н. И. Вишняков, Е. О. Данилов, Н. В. Прозорова // Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 11. – 2007. – Вып. 4. – С. 133–142.

6. Галиуллин А. Н. Общественное здоровье и здравоохранение / А. Н. Галиуллин. – М. : ИКЦ «Академкнига», 2008. – 499 с.

7. Дорохина А. И. Социально-гигиеническое исследование стоматологического статуса населения мегаполиса (на примере г. Москвы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Дорохина. – М., 2008. – 27 с.

8. Кицул И. С. Специфика спроса на стоматологические услуги : научно-практический аспект / И. С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 8. – С. 31 – 36.

9. Кузьмина Э. М. Некоторые показатели мониторинга стоматологической заболеваемости населения России / Э. М. Кузьмина //

Профилактика в стоматологии : материалы пленума Научного совета по стоматологии РАМН и МЗ СР РФ. – М., 2008. – С. 89–90.

10. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России как основа для составления программ подготовки врача-стоматолога / Э. М. Кузьмина // Актуальные вопросы модернизации и повышения качества высшего стоматологического образования в России : материалы междунар. конф. – М., 2006. – С. 52–59.

11. Стоматологическая заболеваемость в возрастном аспекте / С. Н. Разумова [и др.] // Здоровье и Образование в XXI веке : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 420.

12. Стоматологическая заболеваемость населения России. Результаты эпидемиологического стоматологического обследования населения России / Э. М. Кузьмина [и др.]. – М. : Изд-во МГМСУ, 2009. – 236 с.

13. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта / Э. М. Кузьмина [и др.]. – М. : МГМСУ, 2008. – 228 с.

14. Стоматологический статус и клинико-лабораторные аспекты диагностики и течения болезней пародонта у пациентов старшей возрастной группы / А. В. Митрохин [и др.] // Пародонтология. – 2007. – № 2 (43). – С. 3–8.

15. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new oral health goal for 12-year-olds / D. Bratthall // Int. Dent. J. – 2000. – Vol. 50. – P. 378–384.

16. Caries experience of some countries and areas expressed by the Significant Caries Index / M. Nishi [et al.] // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2002. – Vol. 30. – P. 296–301.

17. Monitoring and evaluation of oral health : Report of a WHO Expert Committee. – Geneva, 1989. – 73 p. – (Technical Report Series ; N 794).

18. Oral Health in Ageing Societies. Integration of Oral Health and General Health. Report of a meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan, 1 – 3 June 2005. – S.l., 2005. – 54 p.

19. Planning oral health services : WHO Offset Publication N 53. – Geneva, 1980. – 49 p.

20. Standardization of reporting of dental diseases and condition : Report of a WHO Expert Committee. – Geneva, 1962. – (WHO Technical Report Series \$ N 242).

21. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 2003. – Vol. 31, suppl. 1. – P. 3–24.

## ГЛАВА 5. ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ

### *5.1. Понятие о нетрудоспособности. Виды нетрудоспособности*

Составной частью деятельности врача любой специальности, наряду с лечебно–диагностической работой, является проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

**Нетрудоспособность** – это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность.

Установление нетрудоспособности имеет юридическое значение, так как оно освобождает от работы, обеспечивает бесплатное лечение по программе обязательного медицинского страхования с выплатой пособий за счёт средств социального страхования.

При проведении экспертизы трудоспособности выделяют медицинские и социальные критерии.

**Медицинские критерии** включают своевременно поставленный, точный, полный клинический диагноз с учётом выраженности морфологических изменений, степени функциональных нарушений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и её стадии, осложнений.

**Социальные критерии** отражают всё, что связано с профессиональной деятельностью больного и определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях труда [4].

В зависимости от деятельности различают **временную** и **стойкую нетрудоспособность** (инвалидность). Основой для различия этих двух видов является клинический и трудовой прогноз, то есть предсказание течения и исхода заболевания и сроков возможного восстановления трудоспособности.

**Временная нетрудоспособность** подразделяется на полную и частичную.

**Полная временная нетрудоспособность** – это утрата работающим способности к труду на определённый срок и сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

**Частичная временная нетрудоспособность** – это нетрудоспособность в отношении своей профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным, облегчённым, режимом или уменьшенным объёмом.

**Стойким нарушением нетрудоспособности** называется такое состояние, при котором функциональные и органические нарушения, вызванные заболеванием, травмой или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Таким образом, экспертиза временной нетрудоспособности – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется лечащими врачами медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при наличии лицензии на данный вид деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **“О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности”** от 01.08.2007 № 514.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдаётся несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы [2, 5, 6].

## ***5.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах***

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично выдаёт листок нетрудоспособности единовременно на срок до 10 календарных дней и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней.

В особых условиях (в отдалённых районах сельской местности, в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях) по решению органов управления здравоохранением субъекта Российской Федерации выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу медицинской организации до дня восстановления гражданином



трудоспособности либо до направления его на медико-социальную экспертизу.

Фельдшер или зубной врач единолично выдаёт листок нетрудоспособности одновременно на срок до 5 календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней, а в исключительных случаях, после консультации с врачебной комиссией медицинской организации (по подчинённости), - до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведённой консультации в первичной медицинской документации).

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдача листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, направляют гражданина на врачебную комиссию в медицинскую организацию по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства для продления листка нетрудоспособности.

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулёз) – на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 календарных дней.

При заболеваниях (травмах), когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдаётся в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Не допускается выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником. Выдача листка нетрудоспособности за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдаётся за весь период стационарного лечения, а для граждан, находящихся вне места регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания), - с учётом дней для проезда к месту регистрации. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлён до 10 календарных дней.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста трёх лет листок нетрудоспособности выдаётся со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, травмой гражданина, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдаётся со дня наступления заболевания, травмы.

В случае заболевания (травмы, отравления) учащихся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования для освобождения от учёбы выдаётся справка (форма 095/у).

### ***5.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи***

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдаётся медицинским работником одному из членов семьи (опекуну), фактически осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдаётся по уходу за больным членом семьи:

- ребёнком в возрасте до 7 лет – при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребёнком в стационарном лечебно–профилактическом учреждении на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- ребёнком в возрасте от 7 до 15 лет – при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребёнком в стационарном лечебно–профилактическом учреждении на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания;
- ребёнком – инвалидом в возрасте до 15 лет – при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребёнком в стационарном лечебно–профилактическом учреждении на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания.
- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, страдающими тяжёлыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, - на весь период совместного пребывания с ребёнком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении.
- старше 15 лет – при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии – до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При заболевании двух и более детей одновременно выдаётся один листок нетрудоспособности по уходу за ними.

При заболевании второго (третьего) ребёнка в период болезни первого ребёнка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребёнком, продлевается до выздоровления всех детей без зачёта дней,

совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребёнком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, фамилия, имя, отчество, возраст всех детей.

Листок нетрудоспособности не выдаётся по уходу:

- за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;
- за хроническими больными в период ремиссии;
- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста трёх лет;
- выходные или нерабочие праздничные дни.

При заболевании ребёнка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребёнком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребёнком до достижения им возраста трёх лет, отпуск без сохранения заработной платы, выходные или нерабочие праздничные дни), листок нетрудоспособности по уходу за ребёнком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдаётся со дня, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребёнком) должна приступить к работе.

#### ***5.4. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу (МСЭ)***

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты её начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся до 10 месяцев (в отдельных случаях; состояние после травм и реконструктивных операций, туберкулёз – до 12 месяцев);
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического или трудового прогноза, обусловленного прогрессированием основного заболевания, его осложнением или сопутствующим заболеванием.

При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ.

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению

врачебной комиссии до восстановления трудоспособности на срок не более 4 месяцев после даты регистрации документов в учреждении МСЭ, с периодичностью выдачи листка нетрудоспособности не реже чем 30 дней, или повторного направления на МСЭ.

При отказе гражданина от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной его явке по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на медико-социальную экспертизу или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного [7, 8].

### ***5.5. Экспертиза временной нетрудоспособности в практике врача – стоматолога***

Доля временной нетрудоспособности по стоматологическим заболеваниям в целом в структуре временной нетрудоспособности невелика и колеблется по данным различных авторов от 1,1 – 2,0% в случаях и 0,5 – 1,1% - днях.

В клинике терапевтической стоматологии вопросы экспертизы временной нетрудоспособности возникают чаще всего при острых или обострениях хронических воспалительных процессов периапикальных тканей зубов, при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, языка, тканей пародонта. По данным В.Д. Вагнера с соавторами (1997) удельный вес острых воспалительных заболеваний в общей структуре стоматологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности составляет 73,5% от числа случаев и 68,7% от числа дней, среди них периоститы 50,2%, обострение хронического периодонтита – 23,0%, перикоронарит – 13,2%.

Пациенты с заболеваниями твёрдых тканей зубов, как правило, трудоспособны и в освобождении от работы не нуждаются. При остром пульпите, когда ночные боли вызвали нарушение нормального отдыха или врачу на приёме не удалось полностью устранить боль пациенту, профессия которого требует концентрации внимания (водитель, машинист и т.д.), врач имеет право выписать листок нетрудоспособности на 1 – 2 дня.

Наибольшую долю в структуре стоматологической заболеваемости, сопровождающейся временной утратой трудоспособности, занимает хирургическая патология (осложнения после удаления зубов, воспалительные заболевания, новообразования, травмы челюстно-лицевой области). Около 35,0% больных после амбулаторных операций временно нетрудоспособны. Длительность временной утраты трудоспособности зависит от особенностей заживления ран лица, эстетических требований, профессии пациента. Т.М. Лурье (1984) и А.Г. Шаргородский (1995) отмечают, что наиболее многочисленную группу лиц с потерей трудоспособности составляют пациенты с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. После удаления зубов

относительно часто встречается альвеолит. Клинический и трудовой прогноз обычно благоприятный и продолжительность временной нетрудоспособности составляет от 3 до 5 дней. При развитии осложнений (остеомиелит лунки) продолжительность временной нетрудоспособности увеличивается до 9 – 10 дней [1, 3].

Значительный удельный вес приходится на группу лиц с переломами костей лицевого скелета.

Продолжительность стационарного лечения и временной нетрудоспособности при переломах челюстей зависит от общего состояния организма, возраста, характера и локализации перелома, наличия смещения отломков, сроков обращения больного после травмы, воспалительных явлений в области перелома, а также правильно выбранного способа фиксации отломков.

Продолжительность временной нетрудоспособности родителей в связи со стоматологическими заболеваниями у детей (острый герпетический стоматит, острый гнойный периодонтит, периостит) зависит от тяжести клинического течения заболевания, а также от возраста больного.

В амбулаторной стоматологической практике следует рекомендовать выдачу листка нетрудоспособности на короткие сроки (2–3 дня) с последующим краткосрочным продлением при необходимости, что позволяет вести динамическое наблюдение за больными. Следует помнить, что из-за высокой регенеративной способности тканей челюстно-лицевой области клиническая картина стоматологических заболеваний очень изменчива. Наблюдение больных через короткие сроки позволяет учесть изменения и активизировать лечение путём дополнительных назначений и манипуляций.

Стойкая потеря трудоспособности – инвалидность при стоматологических заболеваниях имеет небольшой удельный вес в общей структуре инвалидности. К таким заболеваниям относят последствия тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травмы, врождённые и приобретённые деформации и дефекты лица и челюстей, а также злокачественные новообразования челюстно-лицевой области.

Временная нетрудоспособность пациентов удостоверяется листком нетрудоспособности, а в некоторых случаях – справкой ЛПУ (форма 095/у). Бланки листков нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи листка нетрудоспособности гражданину, продления листка нетрудоспособности, выписки гражданина на работу.

За нарушение установленного порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности медицинские организации, а также медицинские работники несут ответственность (дисциплинарную или уголовную) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### ***5.6. Порядок учёта и хранения документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность***

Бланки листков нетрудоспособности и справок установленной формы (095/у) являются документами строгой отчётности. Ответственность за получение, хранение и распределение бланков, а также за учёт и отчётность по ним в лечебно–профилактических учреждениях несут руководители и главные бухгалтеры органов и учреждений здравоохранения. Бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, должны храниться в нескороаемых шкафах специальных помещений, опечатываемых в нерабочее время.

Обеспечение бланками листков нетрудоспособности осуществляется за счёт Фонда социального страхования Российской Федерации.

Органы управления здравоохранением и лечебно-профилактического учреждения должны вести точный количественный учёт прихода, наличия и расхода бланков. Для этих целей ведётся книга учёта.

При получении бланков листков нетрудоспособности и регистрации их в книге получатель обязан прошить бланки за левый угол корешков, которые в дальнейшем возвращаются после использования бланков нерасшитыми.

Использование бланков листков нетрудоспособности внутри лечебно – профилактического учреждения фиксируется в книге регистрации распределения бланков. Учёт справок в связи с болезнью студентов, учащихся техникумов, профессионально–технических училищ, школ (форма 095/у) ведётся отдельно.

Учёт бланков листков нетрудоспособности, выдаваемых врачами, производится в журналах регистрации (форма 036/у). Испорченные бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, хранятся в отдельной папке с описью, в которой указывается фамилия, имя, отчество врача, дата сдачи, номера и серии испорченных бланков. Уничтожение испорченных бланков производится по акту комиссией, созданной по приказу руководителя учреждения в конце календарного года, корешки испорченных и использованных бланков хранятся в течение 3 лет, после чего ликвидируются. В случае потери пациентом листка нетрудоспособности выдаётся дубликат, для получения которого пациент должен представить в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее листок нетрудоспособности, подтверждение администрации и главного бухгалтера с места работы о невыплате пособия по утерянному бланку [9].

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Дайте определение нетрудоспособности.
2. Укажите критерии дифференциации временной и стойкой утраты трудоспособности.
3. Назовите цель экспертизы временной нетрудоспособности.
4. Кто имеет право выдавать листки нетрудоспособности?
5. На какой срок может единолично и одновременно выдать листок нетрудоспособности зубной врач?

6. На какой максимальный срок врач имеет право одновременно выдать листок нетрудоспособности?
7. Какова периодичность продления листка нетрудоспособности врачебной комиссией при длительной утрате трудоспособности?
8. На какой срок выдаётся листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком?
9. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности при выписке больного из стационара?
10. Каковы показания к направлению граждан на медико-социальную экспертизу?

### **Тестовые задания**

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ:

- 1) лечащий врач;
- 2) врач станции переливания крови;
- 3) врачи судмедэксперты;
- 4) врач, фельдшер или медицинская сестра.

2. УКАЖИТЕ ВИДЫ ЛЕЧЕБНО – ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА:

- 1) стационарный;
- 2) амбулаторный;
- 3) домашний;
- 4) санаторный.

3. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 30 ДНЕЙ ПРОДЛЕВАЕТ:

- 1) заведующий отделением;
- 2) заместитель главного врача по лечебной работе;
- 3) председатель врачебной комиссии;
- 4) бюро медико-социальной экспертизы.

4. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ЕДИНОВРЕМЕННО ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК:

- 1) до 3 дней;
- 2) до 5 дней;
- 3) до 10 дней.

5. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ЕДИНОЛИЧНО РЕШАТЬ ЭКСПЕРТНЫЙ ВОПРОС ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- 1) в течение 10 дней;
- 2) в течение 15 дней;
- 3) в течение 30 дней.

6. УКАЗАТЬ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫДАЧИ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТКА:

- 1) на 10 дней;
- 2) на 1 месяц;
- 3) на весь период болезни до выздоровления.

7. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) история развития ребёнка;
- 2) медицинская карта стоматологического больного;
- 3) листок нетрудоспособности (закрытый);
- 4) карта выбывшего из стационара.

8. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ОФОРМЛЯЕТСЯ ВРАЧОМ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:

- 1) при хроническом заболевании;
- 2) при несчастном случае, травме;
- 3) для стационарного лечения;
- 4) при алкогольном опьянении.

9. НАРУШЕНИЕМ ПРЕДПИСАННОГО ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) отказ от госпитализации;
- 2) несвоевременная явка на приём к врачу;
- 3) выход на работу без выписки врачом;
- 4) отказ от направления в бюро МСЭ.

10. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- 1) 1 раз в 30 дней;
- 2) каждые 15 дней;
- 3) каждые 10 дней.

11. МАКСИМАЛЬНО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ ДО 7 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЁТСЯ НА СРОК:

- 1) 5 дней;
- 2) 10 дней;
- 3) на 30 дней;
- 4) на весь срок лечения.

12. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) оценка трудоспособности в первые 10 дней заболевания;



- 2) установление степени и длительности нетрудоспособности;
- 3) решение вопроса о стойкой нетрудоспособности больного;
- 4) всесторонняя реабилитация.

**13. ИНВАЛИДНОСТЬ – ЭТО УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ:**

- 1) временная;
- 2) полная;
- 3) стойкая.

**14. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ЗАНИМАЮТ:**

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) несчастные случаи, отравления и травмы;
- 3) болезни нервной системы и органов чувств;
- 4) болезни сердечно – сосудистой системы.

**15. КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ:**

- 1) характер заболевания;
- 2) длительность заболевания;
- 3) степень выраженности функциональных расстройств;
- 4) способность к самообслуживанию.

**Эталоны ответов**

номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	1.	6	3.	11	4.
2	1,2, 4.	7	3.	12	3, 4.
3	3.	8	2, 3.	13	3.
4	3.	9	2, 3, 4.	14	4.
5	3.	10	1.	15	1, 3, 4.

**Список основной литературы**

1. Вагнер В.Д. Пособие по стоматологии / В.Д. Вагнер. – М. : Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 264 с.
2. Галиуллин А.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / А.Н. Галиуллин. – М.: Академкнига, 2008. – 499 с.
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 512 с.

4. Медик В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: учеб. пособие для студентов мед. вузов. Ч. 2.
5. Организация медицинской помощи / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина, 2003. – 456 с.
6. О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности : приказ Минздравсоцразвития России № 514 от 01.08.2007 // Главная мед. сестра. – 2008. - № 1. – С. 135-154.
7. Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации: приказ Минздравсоцразвития России № 513н от 24.09.2008 // Здравоохранение. – 2009. - № 3. – С. 115-119.
8. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / под ред. : Г.И. Куценко, А.И. Вялкова. – М.: Медицина, 2003. – 495 с.
9. Организация и экономика стоматологической службы / Г.М. Гайдаров [и др.]. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – 200 с.
10. Справочник по клинико-экспертной работе. – М.: ГРАНТЬ, 1998. – 744 с.

## **ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **6.1. Понятие, цели, виды медицинского страхования. Механизм страховой медицины**

**Страхование** – это отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц, при наступлении определенных событий за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов.

**Страховать** – предохранять от чего-либо нежелательного, неприятного; защищать, оберегать, обеспечивать безопасность. При *страховании* специализированные организации – *страховщики* собирают *взносы* с граждан и организаций (*страхователей*), заключивших с ними *договоры страхования* или в силу закона. За счет этих взносов (*страховых премий*) у страховщика образуется *страховой фонд*, из которого при наступлении предусмотренного в договоре случая (*страхового случая*) страховщик уплачивает страхователю или иному уполномоченному лицу обусловленную денежную сумму.

Согласно Всеобщей декларации прав человека (1948 г.) социальное обеспечение и, прежде всего, основной его компонент - социальное страхование – основное и неотъемлемое право человека. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи (ст. 25 Всеобщей декларации прав человека). К числу таких прав

относится право на получение обеспечения на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от самого человека обстоятельствам.

**Медицинское страхование** является формой социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья.

**Договоры медицинского страхования** являются разновидностью договоров *личного страхования*, заключаются гражданами или юридическими лицами (*страхователями*) со *страховыми организациями* (*страховщиками*) в пользу застрахованных граждан. В силу личного характера договор медицинского страхования является *публичным договором* (ст. 927 ГК РФ).

#### **Цели медицинского страхования:**

1. гарантирование гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств;
2. финансирование профилактических мероприятий;
3. реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами и дополнительными видами медицинской помощи.

**К основным преимуществам** при организации медицинской помощи в условиях медицинского страхования могут быть отнесены:

1. Создание на основе единого общегосударственного подхода внебюджетных фондов ОМС, ориентированных на гарантированное выравнивание объемов финансирования программ ОМС на территории страны, своевременность и полноту сбора страховых платежей.
2. Обеспечение всеобщности медицинского страхования.
3. Формирование дополнительного, значительного, постоянного, источника финансирования медицины, сопоставимого с бюджетным.
4. Реализация для страхователей принципа солидарности в оплате медицинской помощи для всего застрахованного населения, независимо от состояния здоровья и объема потребления медицинских услуг.
5. Формирование социального характера оказания медицинской помощи, т.е. обеспечение равной доступности стандартного набора медицинской помощи для всех граждан независимо от каких-либо признаков.
6. Внедрение рыночных механизмов в работу медицинских учреждений, ориентированных на стимулирование повышения эффективности и качества их работы; развитие между ними конкуренции; оптимизация расходов на медицинские услуги; переориентация медицинского персонала с лечебной на профилактическую работу; активное внедрение передовых технологий и новейших профилактических, оздоровительных, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий и средств.
7. Разработка и внедрение новых механизмов оплаты труда, основанных на оценке качества полученных результатов.

8. Обеспечение свободы выбора: для страховой медицинской организации – медицинского учреждения; для застрахованных граждан – СМО, врача и медицинского учреждения, т.е. способствование созданию рынка медицинских услуг.

9. Создание системы защиты прав застрахованных на получение качественной медицинской помощи определенного вида и объема в соответствии с программами медицинского страхования.

10. Улучшение показателей индивидуального и общественного здоровья населения страны.

Медицинское страхование осуществляется *в двух видах*: обязательном и добровольном.

**Обязательное медицинское страхование (ОМС)** является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Под *обязательным* понимается страхование, осуществляемое путем заключения договора страхования лицом, на которое в соответствии с законом возложена обязанность такого страхования (страхователем) и за его счет.

Под *социальным* страхованием понимается система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть кормильца.

Особенности ОМС как составной части *государственного* страхования заключаются в том, что, во-первых, страховой фонд, предназначенный на цели ОМС, формируется в том числе за счет бюджетных средств (отчисления за неработающее население), во-вторых, средства ОМС являются государственной собственностью.

Таким образом, ОМС является *личным, социальным, обязательным, государственным, некоммерческим видом страхования здоровья*.

**Добровольное медицинское страхование (ДМС)** осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, *сверх* установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может осуществляться как дополнительное к обязательному медицинскому страхованию либо самостоятельно.

Добровольное медицинское страхование может быть *коллективным* или *индивидуальным*.

Таким образом, ДМС является *личным, добровольным, коммерческим видом страхования здоровья*.

### **Основные термины медицинского страхования**

**Страхователь** – юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу закона.

**Страховщик по ОМС** - Федеральный фонд ОМС в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

**Страховщик по ДМС** – юридическое лицо, являющееся самостоятельным хозяйствующим субъектом с любыми предусмотренными законом формами собственности, обладающее необходимым для осуществления страхования уставным фондом, имеющее государственное разрешение на право заниматься соответствующим видом страхования (лицензию) и организующее свою деятельность в соответствии с российским законодательством. В сфере ДМС страховщиком является **страховая медицинская организация**.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, жизнь, здоровье, трудоспособность которого являются объектом страховой защиты по личному страхованию. На практике застрахованный может быть одновременно и страхователем, если сам уплачивает страховые взносы по условиям договора.

**Застрахованное лицо по медицинскому страхованию** - физическое лицо, имущественные интересы которого, связанные с необходимостью затрат на получение медицинской помощи, застрахованы.

**Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого страхователь заключил договор страхования.

**Страховой риск** - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

**Страховой случай** - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

**Страховое обеспечение** по медицинскому страхованию - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

**Страховой полис (свидетельство)** – документ установленной формы, выдаваемый страховщиком страхователю (застрахованному лицу), удостоверяющий факт заключения договора страхования.

**Объект медицинского страхования** – страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

**Страховые взносы** на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является

обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

**Субъектами медицинского страхования являются:**

1. Гражданин (застрахованный).
2. Страхователь.
3. Страховщик (страховая медицинская организация).
4. Медицинская организация.

В обязательном медицинском страховании законодательно выделяются субъекты и участники ОМС. При этом к **субъектам ОМС** относятся:

1. Застрахованные лица.
2. Страхователи.
3. Федеральный фонд ОМС.

К участникам ОМС относятся:

1. Территориальные фонды ОМС.
2. Страховые медицинские организации.
3. Медицинские организации.

Таблица 55

### Сравнительная характеристика обязательного и добровольного медицинского страхования

Признак	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	Добровольное медицинское страхование (ДМС)
По экономическому характеру	Некоммерческое	Коммерческое
По социальному характеру	Один из видов социального страхования	Частное
По охвату населения	Всеобщее или массовое	Индивидуальное или групповое
По правовому регулированию	Осуществляется в соответствии с ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» и Законом РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»	Осуществляется в соответствии с ГК РФ, Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ», «О медицинском страховании граждан в РФ»

Продолжение таблицы 55

По субъектам страхового дела	Осуществляется СМО и государственными внебюджетными фондами (ФФОМС, ТФОМС)	Осуществляется СМО
Страховщики	ФФОМС, с передачей части	СМО, имеющие лицензию

	полномочий ТФОМС и СМО, имеющим лицензию на ОМС	на ДМС
Страхователи	Работодатели, индивидуальные предприниматели, лица свободных профессий, органы исполнительной власти субъектов РФ	Юридические и/или физические лица (отдельные граждане, предприятия и организации, представляющие интересы граждан)
Средства, направляемые на страхование	Взносы работодателей, индивидуальных предпринимателей, лиц свободных профессий, платежи из бюджетов субъектов РФ	Личные доходы граждан, средства предприятий и организаций
Программа страхования (гарантированный перечень услуг)	Определяется государством	Определяется соглашением (договором) между страхователем и страховщиком
Правила страхования	Определяются государством	Разрабатываются страховщиком
Страховой тариф	Устанавливается государством. Тарифы на медицинские услуги рассчитываются по единой методике и утверждаются тарифным соглашением субъектов ОМС	Определяется на основе актуарных расчетов в соответствии с теорией и практикой расчета страховой премии. Цены на медицинские услуги договорные
Система контроля качества медицинской помощи	Предусмотрена законом. Контроль объемов и качества медицинской помощи проводится в соответствии с государственными нормативными документами	Законом не предусмотрена. Контроль объемов и качества может осуществляться страховщиком на основании договора
Окончание таблицы 55		
Использование доходов	Доходы могут использоваться только для основной деятельности - ОМС	Доходы могут использоваться для любой коммерческой и некоммерческой деятельности

Таким образом, ОМС – составная часть системы государственного социального страхования; ДМС – вид коммерческой деятельности на рынке страховых услуг.

В качестве общих черт или признаков, характеризующих обязательства по ОМС и ДМС, можно назвать: общая цель страхования; сходство в субъектном составе страхового обязательства; единство существенных условий договора медицинского страхования. В качестве отличительных признаков следует отметить: наличие специальных источников правового регулирования для договоров ОМС и ДМС; наличие большего числа возможных рисков, подлежащих страхованию по договору ДМС; наличие страхователя при обязательном медицинском страховании в лице органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации для неработающего населения; различный порядок определения тарифов (страховой суммы) на ОМС и ДМС; большая в сравнении с договорами ОМС конкретизация прав, обязанностей, ответственности сторон обязательства при ДМС.

### **Механизм страховой медицины**

Для получения медицинской помощи в рамках системы медицинского страхования необходимо заключение как минимум трех договоров (рис. 1):

1. Договор медицинского страхования.
2. Договор на организацию и финансирование медицинских услуг по медицинскому страхованию. В системе ОМС данный договор именуется **договором оказания и оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**, что недостаточно точно отражает его фактическое содержание.

2. Договор на оказание медицинской помощи (медицинских услуг).

По **договору медицинского страхования** страховая медицинская организация (страховщик) обязуется заключить договор с лечебно-профилактическим учреждением по организации медицинской помощи застрахованным и при наступлении страхового случая оплатить оказываемые застрахованному медицинские услуги, а страхователь обязуется уплатить страховые взносы в установленные сроки.

Сторонами договора выступают страхователь и страховая медицинская организация. По ОМС данный договор не заключается, а обязательства сторон реализуются в силу закона. Финансирование СМО происходит согласно договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. При этом страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств, полученных от территориального фонда ОМС.

По **договору на организацию и финансирование медицинских услуг по медицинскому страхованию** медицинская учреждение обязуется перед страховой медицинской организацией предоставить застрахованному



контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в установленные сроки в рамках программ медицинского страхования, а страховая организация обязуется производить расчеты и осуществлять контроль качества медицинской помощи.

Сторонами договора являются страховая медицинская организация (СМО) и лечебно-профилактическое учреждение (медицинская организация).

**По договору на оказание медицинской помощи (медицинских услуг)** лечебно-профилактическое учреждение обязуется обеспечить пациенту квалифицированные медицинские услуги в рамках программ медицинского страхования, избрав для этого соответствующие методы лечения, соблюдая права пациента (право на информацию о состоянии здоровья, на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, на отказ от вмешательства, врачебную тайну и т.д.), а пациент обязуется следовать предписаниям лечебно-профилактического учреждения и соблюдать лечебно-охранительный режим.

Сторонами договора выступают лечебно-профилактическое учреждение (медицинская организация) и гражданин (пациент).

Следует отметить, что на сегодняшний день в рамках действующей системы медицинского страхования заключение договора на оказание медицинской помощи (медицинских услуг) между ЛПУ и пациентом в виде единого документа, подписываемого сторонами, не осуществляется.

Представляется, что отсутствие практики заключения подобных договоров является недостатком, который может оказывать негативное влияние на реализацию прав граждан в системе медицинского страхования. Вместе с тем, отсутствие письменного договора не может свидетельствовать об отсутствии соответствующих договорных правоотношений между ЛПУ и пациентом, являющихся производными от других, обозначенных выше, договоров в системе медицинского страхования. В подобных случаях в качестве доказательства наличия правоотношений между сторонами при отсутствии письменного соглашения (договора) может рассматриваться медицинская документация, подлежащая обязательному оформлению при обращении пациента за медицинской помощью (медицинскими услугами).

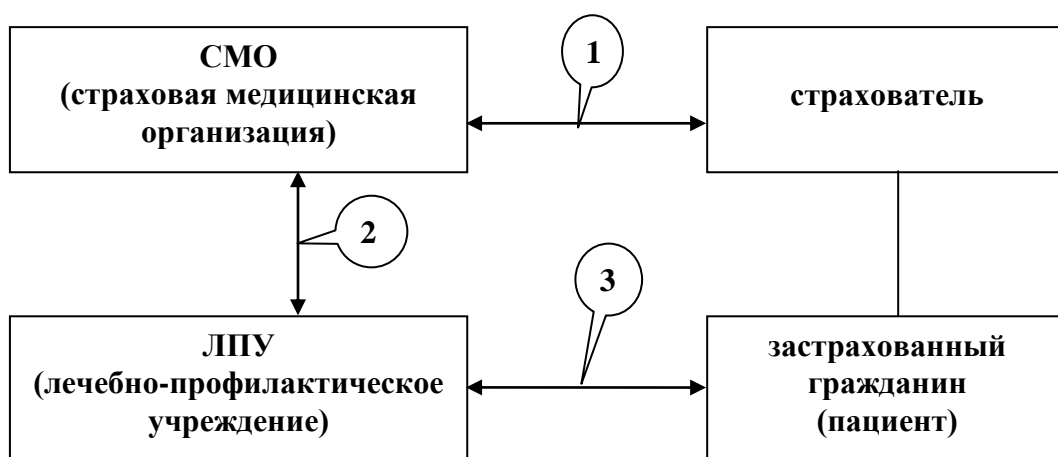


Рис. 4. Механизм страховой медицины.

### Вопросы для повторения и обсуждения:

1. Дайте определение понятия «страхование».
2. Каким нормативно-правовым актом в Российской Федерации было введено обязательное медицинское страхование?
3. Когда обязательное медицинское страхование начало действовать в Российской Федерации?
4. В чем состоят основные различия между ОМС и ДМС?
5. В чем основные отличия между страховой и бюджетной медициной?
6. Каковы преимущества медицинского страхования?
7. Назовите субъекты медицинского страхования.

### Тестовые задания

Выберите ОДИН правильный ответ.

1. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ВИД МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) коммерческим;
- б) некоммерческим;
- в) имущественным;
- г) индивидуальным.

2. ПО ОХВАТУ НАСЕЛЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НОСИТ:

- а) всеобщий или массовый характер;
- б) абсолютный и полный характер;
- в) индивидуальный или групповой характер;
- в) частный и неполный характер.

3. УСЛОВИЯ ДОГОВОРА ОМС ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон;
- г) государством.

4. ПРОГРАММА ДМС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора ДМС;
- г) государством.

5. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) Федеральным фондом ОМС.

6. ТАРИФЫ НА ДМС ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора;
- г) законодательно.

7. ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, ЗАКЛЮЧИВШИЕ СО СТРАХОВЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ДОГОВОРЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) страхователями;
- б) страховщиками;
- в) застрахованными;
- г) выгодоприобретателями.

8. СТОРОНАМИ ДОГОВОРА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) страховая медицинская организация и страхователь;
- б) страховая медицинская организация и медицинское учреждение;
- в) медицинское учреждение и застрахованный;
- г) страхователь и медицинское учреждение.

9. ЛИЦО, В ПОЛЬЗУ КОТОРОГО ЗАКЛЮЧЕН ДОГОВОР МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) перестрахованным.

10. ПРООБРАЗОМ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) европейская модель социального страхования;
- б) скандинавская модель здравоохранения;
- в) «Бисмарковская» система страховой медицины;
- г) американская модель медицинского страхования.

11. ПРАВО ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАКРЕПЛЕНО:

- а) в статье 7 Конституции РФ;
- б) в статье 39 Конституции РФ;
- в) в статье 41 Конституции РФ;
- г) в статье 65 Конституции РФ.

12. КАКОЙ ОРГАН ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- в) органы управления здравоохранением субъектов РФ;
- г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ.

Для каждого последующего вопроса или незаконченного утверждения один буквенный ответ является правильным.

**ВЫБЕРИТЕ:**

<b>А</b> если верно 1, 2, 3	<b>Б</b> если верно 1 и 3	<b>В</b> если верно 2 и 4	<b>Г</b> если верно только 4	<b>Д</b> если верно все
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

13. К ФАКТОРАМ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА, НА ЗАЩИТУ ОТ КОТОРЫХ НАПРАВЛЕНО СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) болезнь;
- 2) безработица;
- 3) несчастный случай;
- 4) банкротство.

14. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) личным;
- 2) добровольным;
- 3) коммерческим;
- 4) социальным.

15. В КОНСТИТУЦИИ РФ ПРОВОЗГЛАШАЕТСЯ ПРАВО ГРАЖДАН НА:

- 1) достойную жизнь;
- 2) свободное развитие человека;
- 3) медицинскую помощь;
- 4) здоровье.

16. К ПРИНЦИПАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) всеобщий характер;
- 2) обязательный характер;
- 3) общественная солидарность;
- 4) социальная справедливость.

Каждый последующий вопрос состоит из двух утверждений, связанных союзом «ПОТОМУ ЧТО».

Сначала определите верно или неверно каждое из двух утверждений по отдельности, а потом, если оба верны, определите верна или нет причинно-следственная связь между ними.

**ВЫБЕРИТЕ:**

ОТВЕТ	Утверждение 1	Утверждение 2	Связь
А	верно	верно	верна
Б	верно	верно	неверна
В	верно	неверно	неверна
Г	неверно	верно	неверна
Д	неверно	неверно	неверна

17. ПОД ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОНИМАЕТСЯ СТРАХОВАНИЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ ПУТЕМ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ЛИЦОМ, НА КОТОРОЕ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ВОЗЛОЖЕНА ОБЯЗАННОСТЬ ТАКОГО СТРАХОВАНИЯ, ПОТОМУ ЧТО при обязательном страховании страхователь никогда не является выгодоприобретателем по договору страхования.

18. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕКОММЕРЧЕСКИМ ВИДОМ СТРАХОВАНИЯ, ПОТОМУ ЧТО добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

19. ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ БЕСПЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ГОСУДАРСТВОМ, ПОТОМУ ЧТО все средства системы ОМС находятся в государственной собственности.

### Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	б.	6	б.	11	в.	16	д.
2	а.	7	а.	12	г.	17	в.
3	г.	8	а.	13	б.	18	а.
4	б.	9	в.	14	б.	19	б.
5	б.	10	в.	15	б.		

### *6.2. Задачи и принципы обязательного медицинского страхования. Субъекты и участники системы ОМС*

**Обязательное социальное страхование** - часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам.

Законодательством, регламентирующим обязательное социальное страхование (ОСС), даны определения основным понятиям и терминам, используемым в ОСС:

**страховой взнос** - обязательный платеж на обязательное социальное страхование;

**тариф страхового взноса** - ставка страхового взноса, установленная на конкретный вид обязательного социального страхования с начисленных выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованных лиц;

**социальный страховой риск** - предполагаемое событие, при наступлении которого осуществляется обязательное социальное страхование;

**страховой случай** - свершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность страховщика, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, также и страхователем, осуществлять обеспечение по обязательному социальному страхованию;

**обеспечение по обязательному социальному страхованию** (далее - страховое обеспечение) - исполнение страховщиком, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, также и страхователем, своих обязательств перед застрахованным лицом при наступлении страхового случая посредством страховых выплат или иных видов обеспечения, установленных федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования;

**средства обязательного социального страхования** - денежные средства и имущество, которые находятся в оперативном управлении страховщика конкретных видов обязательного социального страхования.

**Основными принципами** осуществления обязательного социального страхования являются:

- устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования;

- всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий;

- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;

- государственное регулирование системы обязательного социального страхования;

- паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системы обязательного социального страхования;

- обязательность уплаты страхователями страховых взносов и (или) налогов;

- ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования;

- обеспечение надзора и общественного контроля;

- автономность финансовой системы обязательного социального страхования.

Обязательное медицинское страхование занимает *особое место в системе социальной защиты населения*. Чтобы обозначить занимаемое ОМС

место целесообразно выделить черты сходства и отличия в этих системах. Основными их них являются:

**Единство (сходство)** ОМС с другими элементами системы социальной защиты населения выражается в следующем:

- ОМС – составная часть системы государственного социального страхования;

- ОМС тесно связано с другими видами социального страхования – страхования от потери доходов в случае временной нетрудоспособности, страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и т.д. Например, при обращении граждан в медицинские учреждения за медицинской помощью таковая оказывается в рамках программы ОМС бесплатно, одновременно работающим гражданам медицинскими учреждениями в установленных законом случаях выдается листок нетрудоспособности, на основании которого осуществляется выплата соответствующего социального пособия.

**Отличия (особенности)** ОМС заключаются в следующем:

- *степень охвата* населения. В отличие от других видов социального страхования ОМС является всеобщим, охватывает как экономически активное население, так и неработающее население (пенсионеров, детей, учащихся, студентов, безработных);

- социальная помощь в системе ОМС предоставляется гражданам не в денежной а *в натуральной форме* (в виде медицинских услуг).

С введением в 1993г. в нашей стране обязательного медицинского страхования бюджетная модель здравоохранения модернизировалась в бюджетно-страховую. Основные отличия бюджетной и страховой медицины представлены в таблице.

Таблица 56

**Основные отличия обязательного медицинского страхования от бюджетной системы здравоохранения**

<b>Наименование признака</b>	<b>ОМС</b>	<b>Бюджетная система здравоохранения</b>
Организация медицинской помощи	Медицинская помощь – вид социальной помощи, составная часть системы государственного социального страхования	Медицинская помощь - обязанность государства
Правовое регулирование	Гражданское право	Административное право
Финансирование	Бюджетно-страховая модель финансирования; финансируется медицинская помощь гражданину	Финансирование из бюджета; финансируется медицинское учреждение
Тип	Субъекты ОМС должны реально	Подчиненное



взаимоотношений	представлять свои интересы и интересы партнеров, их взаимозависимость	социально-психологическое положение пациента
-----------------	---	--

### **Принципы системы обязательного медицинского страхования**

Принципы ОМС – основополагающие идеи, руководящие начала, в которых выражается сущность ОМС и его назначение в обществе.

В основу системы ОМС положены следующие принципы:

#### **1. Всеобщий и обязательный характер**

Данный принцип означает, что все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния, здоровья, места жительства, уровня личных доходов в равной мере имеют право на получение бесплатных медицинских услуг, которые включены в программу обязательного медицинского страхования.

#### **2. Государственный характер гарантии бесплатной медицинской помощи**

Означает, что все средства системы ОМС находятся в государственной собственности РФ, а также обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС.

#### **3. Общественная солидарность и социальная справедливость.**

Данный принцип означает:

Во-первых, платежи на ОМС перечисляются за всех граждан, но потребление финансовых ресурсов происходит тогда, когда застрахованный обращается за медицинской помощью, т.е. *«здоровый платит за больного»*.

Во-вторых, объем предоставляемых медицинских услуг не зависит от уровня страховых взносов (граждане с различным уровнем дохода и, соответственно, размером перечисленных страховых взносов на ОМС имеют право на одинаковую медицинскую помощь в системе ОМС, т.е. *«богатый платит за бедного»*).

#### **4. Натуральная форма страхования**

Означает, что выплаты при наступлении страхового случая предоставляются не в денежной форме, а в натуральной, в виде оказания медицинской помощи.

#### **5. Бессрочность**

Означает, что страхование осуществляется в течение всей жизни человека.

#### **6. Устойчивость финансовой системы ОМС**

Обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования.

**7. Обязательность уплаты** страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами.

**8. Государственная гарантия соблюдения прав** застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в

рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

9. **Создание условий** для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

10. **Паритетность представительства** субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

*Объектом* медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

В соответствии с ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в качестве *субъектов* медицинского страхования выступают (ст. 9 ФЗ):

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд ОМС.

К *участникам* системы ОМС согласно ст.9 вышеназванного ФЗ относятся:

- 1) территориальные фонды ОМС;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Фактически ФФОМС и ТФОМС являются *органами государственного управления финансовыми средствами обязательного медицинского страхования*. При этом они являются субъектами, участниками либо гарантами большинства отношений по ОМС, что послужило основанием для обозначения их в специальной литературе в качестве *центрального звена всей системы ОМС*.

Следует отметить, что управление финансовыми средствами в системе ОМС отличается от аналогичной деятельности других внебюджетных фондов (таких, как Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ) и носит *децентрализованный характер*. Это, в частности, выражается в том, что ТФОМС не являются территориальными органами ФФОМС, а создаются в каждом субъекте Российской Федерации органами исполнительной власти субъектов РФ.

В соответствии с действующим законодательством фонды ОМС по своему статусу являются публично-правовыми учреждениями, наделены двойственной природой: с одной стороны, административной компетенцией, как органы государственного управления, с другой – гражданской правоспособностью (специальной) как юридические лица.

#### **Федеральный фонд обязательного медицинского страхования**

**Федеральный фонд ОМС (ФФОМС)** является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, обеспечивает реализацию государственной политики в области ОМС граждан как составной части государственного социального страхования.

Правовое положение ФФОМС определяется федеральным законом о государственных социальных фондах, Федеральным законом об обязательном медицинском страховании, другими федеральными законами и Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным Правительством РФ. Органами управления Федерального фонда ОМС являются правление и председатель Федерального фонда ОМС. Правление Федерального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности Федерального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью. В состав правления Федерального фонда входят 11 человек, возглавляет Правление ФФОМС министр здравоохранения и социального развития РФ,

Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования является страховщиком по обязательному медицинскому страхованию. Согласно ст.33 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» Федеральный фонд ОМС:

1) издание нормативно-правовых актов и методических указаний по осуществлению территориальными фондами переданных полномочий;

2) предоставление субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС для финансового обеспечения осуществления переданных полномочий;

3) осуществление контроля за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения, в том числе проведение проверок деятельности территориальных фондов по выполнению функций администратора доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения;

4) установление форм отчетности в сфере обязательного медицинского страхования и порядок их ведения;

5) установление порядка осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам;

6) осуществление контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проведение проверок и ревизий;

7) осуществление контроля за функционированием информационных систем и порядков информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

8) согласование структуры территориальных фондов, назначения на должность и освобождения от должности руководителей территориальных фондов, а также нормативов расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами своих функций.

Для реализации поставленных задач ФФОМС выполняет следующие функции (ст.33 ФЗ № 326):

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства ОМС и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС;

3) получает из налоговых органов необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени;

5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с имеющимися полномочиями;

7) осуществляет контроль за соблюдением субъектами и участниками ОМС законодательства об ОМС и за использованием ими средств ОМС, в том числе проводит проверки и ревизии;

8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС;

9) ведет единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

10) ведет единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) ведет единый регистр застрахованных лиц;

13) вправе обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами и участниками ОМС и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;

15) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

16) осуществляет международное сотрудничество в сфере ОМС;

17) осуществляет подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров, в том числе за пределами территории Российской Федерации, для Федерального фонда и территориальных фондов в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

18) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам ОМС.

**Доходы ФФОМС.**

Доходы бюджета Федерального фонда ОМС формируются в соответствии с бюджетным законодательством РФ, законодательством РФ о страховых взносах, законодательством РФ о налогах и сборах и законодательством РФ об иных обязательных платежах.

К доходам бюджета ФФОМС относятся:

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет ФФОМС в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- 6) иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

#### **Расходы ФФОМС:**

Расходы бюджета Федерального фонда осуществляются в целях финансового обеспечения:

- 1) предоставления субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении переданных полномочий;
- 2) исполнения расходных обязательств РФ, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента РФ, и (или) нормативных правовых актов Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- 3) выполнения функций органа управления ФФОМС.

В составе бюджета ФФОМС формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда ОМС на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС устанавливается МЗ и СР РФ.

### **Территориальные фонды обязательного медицинского страхования**

Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. Правовое положение территориального фонда определяется федеральным законом о государственных социальных фондах, Федеральным законом об обязательном медицинском страховании, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами РФ, нормативными правовыми актами субъекта РФ.

Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды осуществляют

полномочия страховщика в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС. Для реализации своих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Управление территориальным фондом осуществляется директором. Директор ТФОМС назначается на должность и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ по согласованию с ФОМС.

Правление ТФОМС фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности ТФОМС и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью, а также иные полномочия в соответствии с федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними законами субъектов РФ. Состав правления ТФОМС утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ. Правление ТФОМС не вправе осуществлять административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции.

Территориальный фонд в своей деятельности подотчетен высшему исполнительному органу государственной власти субъекта РФ и ФФОМС.

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;

2) аккумулирует средства ОМС и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в субъектах РФ, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном ФФОМС;

3) получает от территориального налогового органа необходимую информацию для осуществления ОМС;

4) осуществляет администрирование доходов бюджета ФФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

5) начисляет недоимку по страховым взносам на ОМС неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан;

6) утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами ОМС;

7) предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;

8) обеспечивает права граждан в сфере ОМС, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав;

9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

10) вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

11) вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственными за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;

12) осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;

13) собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством РФ;

14) ведет реестр СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;

15) ведет реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;

16) ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

17) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

18) осуществляет подготовку и переподготовку кадров для осуществления деятельности в сфере ОМС.

#### **Доходы ТФОМС.**

Доходы бюджетов территориальных фондов формируются в соответствии с бюджетным законодательством РФ. К доходам бюджетов территориальных фондов относятся:

1) субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов;

2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ФФОМС в соответствии с законодательством РФ;

3) платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС;

4) платежи субъектов РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

5) доходы от размещения временно свободных средств;

б) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законами субъекта РФ;

7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством РФ;

8) иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

#### **Расходы ТФОМС.**

Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ ОМС;

2) исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий РФ в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента РФ, и (или) нормативных правовых актов Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан;

3) исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов РФ;

4) ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда ОМС.

В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете ТФОМС в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным ФФОМС. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Средства бюджета ФФОМС и бюджетов ТФОМС не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы РФ и изъятию не подлежат.

В новом законе «Об ОМС в РФ» четко обозначены сроки оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта РФ, где эта помощь была оказана. Данная медицинская помощь должна быть оплачена медицинской организации территориальным фондом ОМС не позднее 25 дней с даты предоставления счета. Территориальный фонд субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, осуществляет возмещение средств территориальному фонду ОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом ОМС по месту оказания медицинской помощи.

#### **Страховые медицинские организации**

**Страховые медицинские организации (СМО)** - страховая организация, имеющая лицензию, выданную Росстрахнадзором РФ. Особенности лицензирования деятельности СМО определяются Правительством РФ. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с ФЗ «Об ОМС в РФ» и



договором о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между ТФОМС и СМО.

В состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления СМО не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, Федерального фонда и территориальных фондов, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС.

Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность. То есть СМО, занимающаяся медицинским страхованием не может заниматься страхование имущества, жизни, ответственности и т.д.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования.

*Целевые средства* СМО формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение ОМС в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 70 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 70 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 50 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами ОМС, размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых

результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере ОМС, в том числе праве выбора или замены СМО, медицинской организации, порядке получения полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц.

СМО включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором СМО намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций устанавливаются правилами ОМС.

*Основными обязанностями СМО в системе ОМС являются:*

1) оплата медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с правилами, программами и договорами ОМС в рамках целевых средств;

2) оформление, переоформление, выдача полиса ОМС;

3) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонализированного учета;

4) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц;

5) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

6) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

7) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

8) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

СМО не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями СМО.

СМО организуют свою деятельность на некоммерческой основе, вправе одновременно проводить ОМС и ДМС, но не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности.

Деятельность СМО в системе ОМС строится на основании следующих договоров:

1. Договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемые с медицинскими организациями;

2. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемый с ТФОМС.

СМО *вправе*:

1) принимать участие в формировании территориальной программы ОМС и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте РФ;

2) участвовать в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучать мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получать вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС;

5) привлекать экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены Федеральным законом.

Состав и норматив расходов на ведение дела по ОМС определяются ТФОМС.

Собственными средствами СМО в сфере ОМС являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС;

2) 30 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) 30 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

4) 50 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5) 10 % средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов;

6) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей

31 настоящего Федерального закона, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Лицензия на право осуществления деятельности по медицинскому страхованию выдается органом страхового надзора – Федеральной службой страхового надзора РФ (ФССН) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

### **Страхователи**

**Страхователями** в системе ОМС являются:

- *для работающих граждан:*

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

- *для неработающих граждан* – органы исполнительной власти субъектов РФ.

Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей работающих граждан осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда РФ. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей неработающих граждан осуществляются территориальными фондами ОМС.

*Страхователь имеет право* получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на ОМС.

*Страхователь обязан:*

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

### **Медицинские организации в системе ОМС**

К медицинским организациям в системе ОМС относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в

сфере ОМС. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций.

Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере ОМС, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством РФ случаев.

Деятельность медицинских организаций в системе ОМС строится на основании *договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС*. Медицинская организация *не вправе* отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной ОМС.

*Медицинские организации обязаны:*

1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;

2) вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

3) предоставлять СМО и территориальному фонду ОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере ОМС в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом ОМС;

5) использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС;

6) размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду ОМС сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

*Медицинские организации имеют право:*

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС;

2) обжаловать заключения СМО и территориального фонда ОМС по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

*Оплата медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, осуществляется по тарифам или финансовым нормативам. При этом тарифы на медицинские и иные услуги по ОМС утверждаются согласованным решением представителей ТФОМС, органов*

государственного управления субъекта РФ, профессиональной медицинской ассоциации, СМО.

*Тарифы на оплату медицинской помощи* рассчитываются в соответствии с *методикой расчета тарифов* на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования.

Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

### **Гражданин как субъект системы ОМС**

Застрахованными лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в России иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»:

1) работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору;

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);

3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока России, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

5) неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

ж) иные не работающие по трудовому договору, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Согласно ст. 16 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» *застрахованные по ОМС имеют право на:*

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС;

б) на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;

2) выбор СМО путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС;

3) замену СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

6) получение от территориального фонда ОМС, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;

10) защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

*Застрахованные лица обязаны:*

1) предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО в соответствии с правилами ОМС;

3) уведомить СМО об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия СМО, в которой ранее был застрахован гражданин.

*Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой*

застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Выбор или замена СМО осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия путем обращения в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр СМО, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом ОМС на его официальном сайте в сети «Интернет» и может дополнительно опубликовываться иными способами.

Для выбора или замены СМО застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им СМО с заявлением о выборе (замене) этой страховой медицинской организации. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис ОМС. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) СМО, такое лицо считается застрахованным той СМО, которой он был застрахован ранее.

Сведения о гражданах, не обратившихся в СМО за выдачей им полисов ОМС, ежемесячно направляются территориальным фондом ОМС в СМО, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным. Страховые медицинские организации:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда ОМС информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса ОМС;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Каково место ОМС в системе социального страхования населения?
2. Назовите принципы ОМС.
3. Кто входит в состав субъектов и участников системы ОМС?
4. Каковы особенности управления финансовыми средствами в системе ОМС? В чем отличие деятельности фондов ОМС от аналогичной деятельности других внебюджетных фондов?
5. Каковы права и обязанности СМО?



6. Кто является страхователем работающего населения? Кто является страхователем неработающего населения?

7. Какие медицинские организации могут работать в системе ОМС?

8. Каковы права граждан в системе ОМС?

### Тестовые задания

Выберите ОДИН правильный ответ.

1. В СИСТЕМЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ ФИНАНСИРУЕТСЯ:

- а) медицинская помощь, оказанная гражданину, независимо от ее объема и качества;
- б) качественная медицинская помощь, оказанная гражданину в рамках программы государственных гарантий;
- в) качественная медицинская помощь, фактически оказанная гражданину, независимо от ее объема;
- г) медицинское учреждение, независимо от количества фактически пролеченных больных и качества оказания медицинской помощи.

2. В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ ПРЕОБЛАДАЮТ НОРМЫ:

- а) гражданского права;
- б) административного права;
- в) финансового права;
- г) международного права.

3. К ЧИСЛУ ПРИНЦИПОВ ОМС ОТНОСИТСЯ:

- а) «больной ничего не платит»;
- б) «здоровый платит за больного»;
- в) «каждый платит за себя»;
- г) «богатый платит больше».

4. К ЧИСЛУ СУБЪЕКТОВ И УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ ОМС НЕ ОТНОСИТСЯ:

- а) гражданин;
- б) медицинское учреждение;
- в) фонд обязательного медицинского страхования;
- в) фонд обязательного социального страхования.

5. СТРАХОВАТЕЛЕМ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) фонд обязательного медицинского страхования;
- б) юридическое лицо, созданное для осуществления страховой деятельности и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности;
- в) лечебно-профилактическое учреждение;

г) юридическое или физическое лицо, заключившее договор ОМС.

6. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ ПО ДОГОВОРУ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) фонд обязательного медицинского страхования;
- б) страховая медицинская организация;
- в) лечебно-профилактическое учреждение;
- г) гражданин.

7. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС СОЗДАЮТСЯ:

- а) Правительством РФ;
- б) Министерством здравоохранения и социального развития РФ;
- в) Федеральным фондом ОМС;
- г) органами государственной власти субъектов РФ.

8. НА КАКОЙ СУБЪЕКТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВОЗЛОЖЕНЫ ОБЯЗАННОСТИ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВА ЗАСТРАХОВАННЫХ НА ОКАЗАНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

- а) страхователь;
- б) застрахованный;
- в) страховая медицинская организация;
- г) фонд обязательного медицинского страхования.

9. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ПО ДОГОВОРУ ОМС ПРИЗНАЕТСЯ:

- а) факт заболевания застрахованного;
- б) факт обращения застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС;
- в) факт обращения застрахованного в медицинскую организацию с целью прохождения медицинского освидетельствования;
- г) факт обращения застрахованного в медицинскую организацию с целью прохождения медицинского осмотра.

10. ДОГОВОР ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ НА СРОК:

- а) не менее 1 года;
- б) не менее 2 лет;
- в) не менее 3 лет;
- г) не менее 5 лет.

11. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ФИНАНСИРОВАНИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

- а) по дифференцированным подушевым нормативам;
- б) путем оплаты счетов, выставляемых страховой медицинской организацией.

12. РАЗМЕР ВЗНОСОВ НА ОМС ЗА РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) по соглашению между страхователем и страховщиком;
- б) Территориальным фондом ОМС;
- в) Федеральным фондом ОМС;
- г) Налоговым кодексом.

13. В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС (НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОБЪЕМА, КАЧЕСТВА, НЕСВОЕВРЕМЕННО И Т.Д.) СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВПРАВЕ:

- а) частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинской помощи;
- б) требовать прекращения деятельности медицинского учреждения;
- в) привлечь виновных в допущенных нарушениях медицинских работников к дисциплинарной ответственности;
- г) запретить медицинскому учреждению оказывать соответствующие виды медицинской помощи.

Для каждого последующего вопроса или незаконченного утверждения один буквенный ответ является правильным.

**ВЫБЕРИТЕ:**

<b>А</b> если верно 1, 2, 3	<b>Б</b> если верно 1 и 3	<b>В</b> если верно 2 и 4	<b>Г</b> если верно только 4	<b>Д</b> если верно все
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

14. ПЛАТЕЖИ НА НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ ИЗ СРЕДСТВ:

- а) федерального бюджета;
- б) бюджета субъекта РФ;
- в) фонда социального страхования;
- г) бюджета муниципального образования.

15. СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ:

- 1) срочной госпитализации по жизненным показаниям;
- 2) срочной госпитализации по эпидемическим показаниям;
- 3) при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения;
- 4) при плановой госпитализации с целью обеспечения постоянного ухода за больными.

16. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОСТОЯНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ:

- 1) внезапными заболеваниями;
- 2) обострениями хронических заболеваний;
- 3) несчастными случаями, травмами, отравлениями;
- 4) осложнениями беременности и при родах.

17. К ЗАДАЧАМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ОТНОСИТСЯ:

- 1) обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС;
- 2) оплата услуг, оказанных медицинскими учреждениями застрахованным в рамках базовой программы ОМС;
- 3) создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на территории РФ в рамках базовой программы ОМС;
- 4) взимание страховых взносов на ОМС со страхователей неработающего населения.

18. В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ О ФИНАНСИРОВАНИИ ОМС ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОБЯЗУЕТСЯ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ФИНАНСИРОВАНИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ У ПОСЛЕДНЕЙ ЗАКЛЮЧЕННЫХ:

- 1) договоров ОМС;
- 2) договоров на оказание медицинских услуг по ОМС;
- 3) договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС;
- 4) договоров на оказание платных медицинских услуг.

Каждый последующий вопрос состоит из двух утверждений, связанных союзом «ПОТОМУ ЧТО».

Сначала определите верно или неверно каждое из двух утверждений по отдельности, а потом, если оба верны, определите верна или нет причинно-следственная связь между ними.

### ВЫБЕРИТЕ:

ОТВЕТ	Утверждение 1	Утверждение 2	Связь
А	верно	верно	верна
Б	верно	верно	неверна
В	верно	неверно	неверна
Г	неверно	верно	неверна
Д	неверно	неверно	неверна

19. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ НАСЕЛЕНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОБЩИЕ ПРАВИЛА РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА ВСЕЙ ТЕРРИТОРИИ СТРАНЫ, ПОТОМУ ЧТО граждане Российской Федерации имеют право на бесплатную медицинскую помощь на всей территории страны, независимо от места жительства.

20. В СЛУЧАЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВПРАВЕ ЧАСТИЧНО ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ НЕ ВОЗМЕЩАТЬ ЗАТРАТЫ, ПОНЕСЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ, ПОТОМУ ЧТО на страховые медицинские организации возложена обязанность по осуществлению контроля качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным по ОМС.

### Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	Б.	11	А.
2	А.	12	Г.
3	Б.	13	А.
4	Г.	14	Б.
5	А.	15	В.
6	Г.	16	А.
7	Г.	17	Д.
8	В.	18	Б.
9	Б.	19	Г.
10	Б.	20	А.

## Список основной литературы

1. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования: Методическое пособие / под ред. В.Ф. Чавпевцова, В.В. Гришина, В.Ю. Семенова, А.М. Рабец. – М.: ФФОМС, 1998 – 368 с.
2. Герасименко Н.Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан. /Н.Ф. Герасименко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 352 с.
3. Дрошнев В.В. Обязательное медицинское страхование в России / В.В. Дрошнев. – М.: Анкил, 2004. – 160 с.
4. Индейкин Е.Н. Словарь терминов по медицинскому страхованию / Е.Н. Индейкин, В.И. Кричагин, И.С. Мыльникова. - М.: Прицельс, 1993. - 112 с.
5. Кузнецов В.В. Добровольное стоматологическое страхование / В.В. Кузнецов. – М.: Анкил, 2001. – 320 с.
6. Линькова И.В. Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика / И.В. Линькова. – М., 2001. – 132 с.
7. Лисицын Ю.П. Медицинское страхование / Ю.П. Лисицын, В.И. Стародубов, Е.Н. Савельева. - М.: Медицина, 1995. – 144 с.
8. Лопатенков Г.Я. Медицинское страхование и платные услуги / Г.Я. Лопатенков. – СПб.: БХВ-Петербург, 2005. – 160 с.
9. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М.: БЕК, 1995. - 272 с.
10. Медико-социальное страхование: международные нормы и системы управления. Учебно-методическое пособие. – М.: ФФОМС, Агентство развития дополнительного профессионального образования в социальной сфере, 2001. – 288 с.
11. Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. – М.: ФФОМС, 2001. – 112 с.
12. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование /В.В. Гришин [и др.]. – М., 1995. – 167 с.
13. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику/Н.Ф. Герасименко [и др.]. – М.: МЦФЭР, 2003. – 272 с.
14. Правовые вопросы защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования / под ред. А.М. Таранова. – М.: ФФОМС, 2001. – 240 с.
15. Правовое обеспечение профессиональной медицинской деятельности: Учебное пособие /Н.Ф. Герасименко [и др.]. – М.: ММА им. И.М. Сеченова. – 2004. – 456 с.

16. Правовые основы здравоохранения в России / под редакцией Ю.Л. Шевченко. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2001. – 212 с.
17. Цыганова О.А. Медицинское страхование / О.А. Цыганова, И.В. Ившин. – Архангельск, Издательский центр СГМУ, 2010. – 277 с.

**Перечень законов, в которые вносятся изменения в связи с выходом  
Федерального Закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном  
медицинском страховании в Российской Федерации»**

1. Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года N 4015-I "Об организации страхового дела в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 1 апреля 1996 года N 27-ФЗ "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования"
3. Федеральный закон от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"
4. Бюджетный кодекс Российской Федерации
5. Федеральный закон от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"
6. Налоговый кодекс Российской Федерации
7. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
8. Федеральный закон от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"
9. Федеральный закон от 26 июля 2006 года N 135-ФЗ "О защите конкуренции"
10. Федеральный закон от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных"
11. Федеральный закон от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования"
12. Федеральный закон от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"
13. Федеральный закон от 8 мая 2010 года N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с

совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений"

14. Федеральный закон от 8 августа 2001 года N 129-ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей"

15. Федеральный закон от 23 декабря 2003 года N 185-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования процедур государственной регистрации и постановки на учет юридических лиц и индивидуальных предпринимателей"

16. Федеральный закон от 29 декабря 2006 года N 258-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий"

17. Федеральный закон от 18 октября 2007 года N 230-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий"

## ГЛАВА 7. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Согласно ст. 1 Основ законодательства об охране здоровья граждан **охрана здоровья граждан** – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство обеспечивает право граждан на охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Право человека на охрану здоровья фактически включает в себя и право на получение надлежащей медицинской помощи, гарантированное ст. 41 Конституции РФ.

Новые экономические условия, изменения в законодательстве нашей страны, регламентирующие переход от патерналистской к партнерской модели взаимоотношений врач – пациент, требуют от гражданина принятия ответственности и адекватных решений, связанных с вопросами сохранения своего здоровья. Медицинским работникам, в свою очередь, необходимо восприятие пациента как равноправного участника лечебно-диагностического процесса. Для этого всем медицинским работникам



необходимы знания о правовых основах своей профессиональной деятельности и, прежде всего, о правах граждан в области охраны здоровья.

Важность знания законодательства в области здравоохранения определена ст. 54 Основ: **право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации** имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности. Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

**Правам граждан в области охраны здоровья** посвящен раздел IV Основ. В нем регламентируются: право граждан РФ на охрану здоровья (ст. 17 Основ); право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья (ст. 18 Основ); право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье (ст. 19 Основ); право граждан на медико-социальную помощь (ст. 20 Основ); охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности (ст. 21 Основ).

Раздел V Основ раскрывает **права отдельных групп населения в области охраны здоровья:**

- права семьи (ст. 22);
- права беременных женщин и матерей (ст. 23);
- права несовершеннолетних (ст. 24);
- права военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту (ст. 25);
- права лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде лишения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи (ст. 29).

### **Права пациентов**

Пациент – это человек, обратившийся в лечебно-профилактическое учреждение, иную медицинскую организацию либо к частнопрактикующему врачу за диагностической, лечебной или профилактической медицинской помощью (медицинскими услугами) либо участвующий в качестве испытуемого при клинических испытаниях лекарственных средств. Иными словами, для приобретения статуса пациента у человека должны возникнуть определенные отношения (правоотношения) с медицинской организацией вне зависимости от ее организационно-правовой формы, или с медицинским работником, занимающимся индивидуальной предпринимательской деятельностью, основанием для которых является обращение за медицинской помощью (получением медицинских услуг) либо участие в клинических

испытаниях лекарственных средств, независимо от наличия либо отсутствия у него какого-либо заболевания.

Медицинские работники, независимо от своей медицинской специальности осуществляют реализацию прав граждан при оказании медико-социальной помощи. Перечень этих прав представлен в ст. 30 Основ «Права пациента». В ней говорится, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
2. выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
3. обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
4. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
5. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
6. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
7. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
8. отказ от медицинского вмешательства;
9. получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
10. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
11. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
12. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
13. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ЛПУ, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

#### **Право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала**

Уважение и гуманность по отношению к пациентам подразумевают под собой, в первую очередь, уважение пациента как личности, а также чувство сострадания. Бестактное и пренебрежительное отношение к пациенту может послужить поводом к требованию компенсации морального вреда.

Несмотря на внешнюю декларативность права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала в настоящее время ненадлежащая реализация этого права становится серьезной проблемой для системы здравоохранения. По нашим данным, нарушение принципов этики и деонтологии стало самой распространенной причиной подачи судебных исков по возмещению вреда, причиненного жизни (здоровью) пациента. Среди 71 судебного иска, поданного жителями Архангельской области к учреждениям здравоохранения в период с 1997 по 2007 гг., в 41,6% случаев поводом для обращения в суд явилось нарушение именно этого права.

На уровне досудебного разрешения конфликтов между пациентами и учреждениями здравоохранения этот повод также занимает лидирующее положение. Среди всех случаев обращений пациентов с жалобами на медицинскую помощь ненадлежащего качества в одно из муниципальных образований Архангельской области в 38,9% случаев, по мнению пациентов, и в 42,0% случаев, по заключению врачей-экспертов, причинами жалоб стали этические нарушения, допущенные медицинскими работниками.

**Право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования**

Право пациента на выбор врача и лечебного учреждения регламентировано как ст. 30 Основ законодательства об охране здоровья граждан, так и Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Существование права выбора в любой сфере услуг является наиболее эффективным стимулом для роста их качества. Наличие у потребителей возможности выбирать формирует конкуренцию производителей. Возможность выбирать приводит и к росту правовой грамотности людей, активно действующих в своих интересах, которые заключаются в том, чтобы получить максимальный результат при минимуме рисков и затрат.

Кроме того, право на выбор является мощным морально-этическим фактором, поскольку не «привязывает» пациента к одному и тому же врачу, с которым не достигнуты необходимые доверительные отношения, а также к одному и тому же медицинскому учреждению, не соответствующему ожиданиям пациента по качеству медицинского обслуживания.

Реализация права пациента на выбор врача может осуществляться в том случае, когда гражданин желает получать медицинскую помощь «не у своего» врача. Например, гражданин, проживающий по адресу, относящемуся к одному терапевтическому участку, желает лечиться у врача

терапевта, обслуживающего другой участок. В этом случае право пациента на выбор врача может быть реализовано при согласии врача, у которого хочет лечиться данный пациент. При этом условия отказа от лечения и наблюдения такого пациента, в отличие от обязанностей лечащего врача, законодательно не закреплены.

В отличие от права на выбор врача, право на выбор лечебного учреждения в настоящее время реализуется в основном при получении пациентом платных медицинских услуг или медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договорами добровольного медицинского страхования. Когда медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов или ОМС, по-прежнему действует территориальная система прикрепления населения. Она закреплена на федеральном (приказ Минздравсоцразвития РФ от 04 августа 2006 года № 584 "О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу") и региональных уровнях. Например, согласно Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Архангельской области на 2010 год (далее – ПГГ) населению предоставляется возможность выбора врача (с учетом его согласия) и учреждения по личному заявлению гражданина в учреждение здравоохранения не чаще одного раза в год.

С введением системы родовых сертификатов у беременных женщин появилась реальная возможность осуществления своего права на выбор учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь во время беременности и родов. Вместе с тем, механизм реализации права на выбор медицинского учреждения пациентом для получения плановой или экстренной стационарной медицинской помощи до сих пор законодательно не регламентирован. Так, в ПГГ Архангельской области указано, что плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача общей практики в медицинские учреждения (организации) по месту закрепления или в специализированные учреждения здравоохранения (отделения) по медицинским показаниям в порядке, установленном органом управления здравоохранением. В экстренных случаях госпитализация осуществляется по направлению врача скорой медицинской помощи, лечащего врача поликлиники или врача общей практики в дежурный стационар (в соответствии с клиническими показаниями допускается госпитализация без направления).

**Право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.**

Право на обследование, лечение и содержание в надлежащих санитарно-гигиенических условиях – это право пациента пребывать, обследоваться и лечиться в лечебно-профилактическом учреждении в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим стандартам, нормам и нормативам, разработанным и утвержденным в установленном порядке в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Указанное право

пациента реализуется посредством создания в лечебно-профилактическом учреждении условий, безопасных с позиции санитарных правил и норм, т.е. тех, при которых внешние факторы среды обитания не будут создавать угрозу жизни и здоровью человека.

Санитарно-гигиенические требования, при которых должно осуществляться обследование, лечение и содержание пациентов регламентированы, прежде всего, условиями получения лицензии на медицинскую деятельность. Для получения лицензии учреждение здравоохранения получает санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам выполняемых работ и предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность. Форма санитарно-эпидемиологического заключения утверждена приказом Минздрава России № 381 от 27 октября 2000г. и имеет номер 303-00-5у.

#### **Право на проведение по просьбе пациента или его законного представителя консилиума и консультаций других специалистов**

Право пациента на «второе мнение» регламентировано Амстердамской декларацией о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (1994 г.). Вместе с тем, механизм его реализации в законодательстве различных европейских стран существенно отличается. Так, в Германии лечащий врач по просьбе пациента обязан за счет средств обязательного медицинского страхования направить его к другому врачу для получения альтернативного мнения по поводу своего здоровья и предстоящей тактики лечения. Согласно российскому законодательству (ст. 30 Основ) пациент или его законный представитель имеет возможность инициировать проведение консилиума либо проведение консультаций других специалистов. Это право в значительной мере расширяет законные возможности человека на качественную диагностику и лечение. Следует заметить, что этому праву пациента корреспондируется обязанность лечащего врача и должностных лиц медицинского учреждения организовать проведение консилиума либо консультаций.

Определение объема медицинской помощи, включая консультации и проведение консилиумов, осуществляется лечащим врачом, а в отдельных случаях по согласованию с заведующим отделением, в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и стандартов ее оказания. Выделяют диагностические (определяют необходимые и достаточные виды диагностических мероприятий по конкретным нозологическим единицам с целью постановки диагноза и контроля за ходом лечения данного заболевания в лечебно-профилактическом учреждении определенного вида) и лечебно-технологические (определяют перечень необходимых мероприятий, методов лечения данной нозологической формы в различных условиях и в различные периоды болезни) стандарты оказания медицинской помощи (приказ Минздрава РФ от 16.10.92 г. №277 "О создании системы медицинских

стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации").

В настоящее время на федеральном уровне отсутствуют нормативно-правовые акты, закрепляющие экономические аспекты реализации данного права пациентов. Для устранения этих «белых правовых пятен» в некоторых субъектах РФ приняты законы, регламентирующие условия проведения консультации специалистов и консилиумов. Так, ст. 11 Закона Саратовской области от 14 апреля 1997 г. №21-ЗСО «О правах пациента» определяет, что в случае несогласия с заключением и рекомендациями проведенных консилиумов и консультаций пациент имеет право на проведение дополнительных консилиумов и консультаций с привлечением специалистов, в том числе из других медицинских учреждений. Приглашенные для проведения консилиума или консультации специалисты имеют право на ознакомление с данными проведенного обследования и лечения. Все расходы, связанные с привлечением специалистов с целью проведения дополнительных консилиумов и консультаций без соответствующих показаний, по инициативе пациента, оплачиваются за счет личных средств пациента.

Вместе с тем, медицинские работники должны понимать, что просьба пациента о консультации, регламентированной требованиями стандартов оказания медицинской помощи, следует выполнять за счет средств ПГГ. Например: пациент, находящийся на стационарном лечении по поводу гипертонической болезни, требует консультацию окулиста. Данное требование должно быть осуществлено за счет средств учреждения здравоохранения, так как консультация окулиста, в данном случае, предусмотрена стандартами диагностики и лечения гипертонической болезни.

#### **Право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами**

Одним из частных проявлений заболеваний и травм является сопровождение их болезненными ощущениями. Боль нередко доставляет пациенту массу неприятностей. Иллюстрируемое право пациента предусматривает обязанность медицинского персонала доступными способами и средствами облегчать боль.

В 2004 году проводилось специальное исследование "Боль в Европе". В процессе этого исследования было опрошено 46 394 человека. Результаты его были таковы: каждый пятый человек страдает от боли, 35% из них испытывают боль ежедневно, 40% не могут добиться облегчения боли, у 21% из-за хронического болевого синдрома развилась депрессия, 19% из-за постоянных болей потеряли работу, а 16% вообще мечтают о смерти. В Российской Федерации сведений о проведении подобных исследований в доступной нам литературе не опубликовано, но можно предположить, что их результаты были бы, по меньшей мере, сопоставимы.

Согласно резолюции Международного симпозиума «Этика медицинского вовлечения в мучения» (Великобритания, 1993) мучение – это преднамеренное вызывание боли или другого тяжелого расстройства с тягостными ощущениями больного, даже выполняющегося с его согласия.

Для практикующего врача важно понимать, что право пациента на облегчение боли закреплено законодательно и за его нарушение может наступить юридическая ответственность. Например, Протоколом ведения пациентов с кариесом зубов (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 17 октября 2006 г.) предусмотрено проведение перед препарированием анестезии (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям. В данном случае, показанием может служить просьба пациента о проведении обезболивания из-за плохой переносимости боли. Выбор препарата для анестезии также определяется требованиями стандартов (перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местными анестетиками: лидокаин, артикаин, мепивакаин и др.). Таким образом, если пациент подает жалобу в надзорные инстанции о нарушении его права на облегчении боли, а в медицинской документации нет подтверждения применения анестетиков, то данное нарушение стандартов лечения может быть основанием для наступления юридической ответственности.

#### **Право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении**

Право пациента на соблюдение врачебной тайны регламентировано статьей 61 Основ: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений».

Таким образом, врачебная тайна – это не только сведения о диагнозе пациента, но и информация о самом факте обращения за медицинской помощью. Именно это часто не учитывают медицинские работники и, без согласия пациента, информация об обращении за медицинской помощью становится доступной третьим лицам (фамилия пациента появляется в общедоступных списках поступивших больных на справочном бюро, о нахождении в отделении сообщается по телефону и т.д.).

Согласно Методическим рекомендациям Федерального Фонда ОМС (утв. 27.10.1999 г.) «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведений, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него» **конфиденциальность медицинской информации** – это доверительность и секретность информации, сообщаемой пациентом медицинскому работнику при обращении и получении медицинской помощи.

В медицинских учреждениях должен быть организован контроль за соблюдением конфиденциальности информации, составляющей врачебную тайну. При обращении граждан за медицинской помощью и ее получении в лечебно-профилактических учреждениях информация о том, кому могут предоставляться сведения о факте обращения за медицинской помощью, в том числе о пребывании пациента в медицинском учреждении в настоящее время, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, должна со слов пациента заноситься в его медицинскую документацию и им подписываться. Соответственно, в отношении амбулаторного пациента эта информация должна быть отражена в медицинской карте амбулаторного больного, а в отношении пациента в стационаре - в медицинской карте стационарного больного. Аналогичная информация должна заноситься в соответствующие медицинские карты пациентов, не достигших возраста 15 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, и быть подписана их законными представителями. В последующем, в соответствии с Основами, лечащий (или дежурный) врач, другие должностные лица лечебно-профилактического учреждения, сотрудники справочного бюро и других подразделений медицинского учреждения должны учитывать данную информацию при общении с третьими лицами, а также при ответах на письменные и устные обращения юридических и физических лиц по вопросам, касающимся данного пациента.

Согласно ч. 2 ст. 61 Основ, не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, специально установленных законом. То есть, не смотря на то, что этот вид тайны в законе получил определение «врачебная», на самом деле ее соблюдение вменено в обязанности не только врачам, но и всему медицинскому и немедицинскому персоналу учреждения здравоохранения, имеющему в процессе исполнения своих трудовых обязанностей доступ к информации, составляющей врачебную тайну.

В целях обеспечения права граждан на конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну, территориальные фонды обязательного медицинского страхования организуют свою работу в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 25.03.98 N30 "О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну". Подобная работа должна проводиться и в страховых медицинских организациях, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования.

В территориальных фондах ОМС и страховых медицинских организациях определяется круг лиц из числа работников и внештатных врачей-экспертов, которые в силу своих служебных и профессиональных обязанностей имеют доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну. Данные лица включаются в списки, которые утверждаются соответствующим приказом руководителя территориального фонда ОМС или страховой



медицинской организации. Работникам территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций, включенным в упомянутые списки, а также внештатным медицинским экспертам, пользующимся медицинской документацией и другими материалами, содержащими сведения, составляющие врачебную тайну, в силу своих профессиональных обязанностей, выдается специальный вкладыш к служебному удостоверению, дающий право на доступ к данной документации. Работников территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, а также внештатных врачей-экспертов, включенных в списки лиц, имеющих право на доступ к информации, составляющей врачебную тайну, знакомят с данными приказами и мерами ответственности за ее разглашение, изложенными в статье 61 Основ, под роспись.

В российском законодательстве регламентированы условия, при которых возможна передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам. При этом законодатель разграничил данные условия в зависимости от наличия или отсутствия согласия пациента. Так, с согласия гражданина или его законного представителя (ч. 3. ст. 61 Основ), допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается (ч. 4. ст. 61 Основ):

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, до 15 лет (для страдающих наркоманией - до 16 лет), для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 25 02 2003 г. № 123.

Лица, которым в соответствии с законом были переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут за ее разглашение дисциплинарную, гражданскую либо уголовную ответственность так же, как и медицинские работники. Уголовная ответственность за нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения, предусмотрена статьей 137 УК РФ.

### **Право на информацию о состоянии здоровья**

В ч. 1 ст. 31 Основ говорится: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения».

Таким образом, в указанной норме законодатель определяет объем понятия «информация о состоянии здоровья». Когда мы говорим о реализации права пациента на добровольное информированное согласие, то значение понятия «добровольное», т.е. совершаемое по собственному желанию, не принудительное, не вызывает двойного толкования. Термин «информированное» трактуется медицинскими работниками по собственному усмотрению. Вместе с тем, именно ст. 31 Основ определяет объем информации, который медицинские работники должны дать пациенту для получения его согласия на медицинское вмешательство.

О.Ю. Александрова и соавт. (2008 г.) предлагают всю информацию, предоставляемую пациенту перед получением его добровольного согласия на медицинское вмешательство, условно разделять на три основных блока:

1. Информация о состоянии здоровья больного: его заболевании, результатах обследования, прогнозе заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия. В данном разделе должно быть отражено все, что может произойти со здоровьем в процессе, результате и вследствие прогрессирования патологии без медицинского вмешательства.

2. Информация о медицинском вмешательстве: методах лечения, связанном с лечением риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные последствия. В данном разделе необходимо отразить все, что может произойти со здоровьем в процессе, результате и вследствие оказания медицинской помощи

3. Информация о правах и обязанностях пациента. Информация о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство.

Субъектом получения этой информации согласно ч. 2 ст. 31 Основ является дееспособный пациент старше 15 лет (больные наркоманией – старше 16 лет). Информация о состоянии здоровья недееспособных пациентов и лиц, не достигших соответствующего возраста, передается их законным представителям. Законными представителями несовершеннолетнего или недееспособного гражданина являются: родители, усыновители, опекуны, попечители, а также должностные лица организаций, выполняющих функции опеки или попечительства. При этом медицинские работники должны в равной мере реализовывать право обоих родителей на получении информации о своем ребенке младше 15 лет. Мать ребенка не имеет права запретить передавать какую-либо информацию отцу и наоборот

(за исключением случая, когда родитель лишен родительских прав). Опека, согласно ст. 32 ГК РФ, устанавливается над малолетними (младше 14 лет) и недееспособными (признанными таковыми судом вследствие психического заболевания) лицами. Попечительство, согласно ст. 33 ГК РФ, устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет и лицами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами. Опекуны или попечители назначаются органами опеки и попечительства. К организациям, выполняющим функции опеки и попечительства относятся (ч. 4 ст. 35 ГК РФ): медицинские и образовательные учреждения; организации, оказывающие социальные услуги или иные организации, в том числе для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Субъектами предоставления информации являются: лечащий врач, заведующий отделением и другие специалисты, принимающие непосредственное участие в наблюдении и лечении пациента.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация **должна** сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация. Данные положения ч. 3 ст. 31 Основ полностью изменили существовавшие в СССР установки в отношении неинформирования пациента о неблагоприятном прогнозе заболевания. Согласно действующему законодательству медицинский работник не только может, но и должен информировать пациента о состоянии его здоровья при неблагоприятном исходе заболевания. При этом лишь сам пациент принимает решение о круге лиц, которым может быть в дальнейшем передана эта информация.

Согласно ч. 4 ст. 31 Основ гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. То есть, пациент имеет право обратиться с просьбой к своему лечащему врачу об ознакомлении со своей историей болезни, амбулаторной картой, протоколами специальных методов исследования и т.д. Вместе с тем, врач, находясь в трудовых отношениях с работодателем, обязан обеспечить сохранность этой первичной медицинской документации. Обеспечение данных требований можно осуществить лишь в условиях личного присутствия лечащего врача при ознакомлении пациентом или его консультантом с медицинской документацией.

По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. В данном контексте интересами третьей стороны могут считаться фамилии или какие-либо еще данные о других лицах, упоминаемые в медицинской документации пациента. Бремя расходов по изготовлению копий медицинских документов (в т.ч. выписки из истории болезни или амбулаторной карты), осуществляемых по требованию

гражданина может быть возложено на него самого лишь в случае отсутствия медицинских показаний для консультаций или других мероприятий, требующих наличия сведений о состоянии здоровья пациента. При этом данные возмездные услуги должны оказываться медицинским учреждением в соответствии с требованиями федеральных, региональных, муниципальных и учрежденческих нормативно-правовых актов, регламентирующих правила предоставления платных медицинских услуг.

### **Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Требование о согласии пациента на медицинское вмешательство было сформулировано в XVIII столетии в Англии. В американской юриспруденции медицинское вмешательство без согласия пациента обозначалось термином "battery" - "запрещенное воздействие". Само же понятие отражено в известной цитате из решения судьи Cardozo, вынесенного в 1914г. в Нью-Йорке: "Каждый взрослый человек, находящийся в здравом уме, имеет право определять, что должно быть сделано с его собственным телом; хирург же, оперирующий без согласия пациента, совершает преступление".

Согласно ст. 32 Основ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Оно базируется на принципе автономии воли пациента, который сам должен дать согласие на лечение (медицинское вмешательство). При этом согласие должно быть:

- действительным, то есть дано пациентом, достигшим возраста 15 лет (а больным наркоманией – достигшим 16 лет), дееспособным либо законными представителями недееспособных и не достигших установленного возраста лиц;
- добровольным, то есть полученным без какого-либо принуждения;
- информированным, то есть полученным после предоставления всей необходимой информации о состоянии здоровья пациента, результатах обследования, прогнозе, методах лечения, возможных рисках и т.п. в доступной для пациента форме, без применения обмана;
- предварительным, то есть полученным до медицинского вмешательства;
- непротивоправным, то есть без нарушения закона, а также прав третьих лиц;
- получено в надлежащей форме.

Основы не содержат требования обязательной письменной формы добровольного информированного согласия, за исключением случаев проведения биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта человека (ст. 43 Основ).

Вместе с тем, согласно Методическим рекомендациям «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях,

информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него», утвержденным Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 года, **получение пациентом либо его законным представителем информации о состоянии здоровья и согласие на медицинское вмешательство оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его законным представителем и лечащим врачом.** При этом порядок оформления и форма согласия и отказа пациента от медицинского вмешательства (до установления законодательно) может определяться руководителем учреждения здравоохранения или территориальным органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Учитывая большой объем информации, который должен сообщить пациенту медицинский работник и нередко возникающую необходимость документального подтверждения факта получения согласия пациента (в случаях конфликтных ситуаций) многие медицинские организации разрабатывают примерные формы добровольного информированного согласия при различных медицинских вмешательствах. Так, приказом ФМБА от 30 марта 2007г. № 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство" для использования в федеральных государственных учреждениях здравоохранения и клиниках научно-исследовательских институтов, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству утверждены формы добровольного информированного согласия, в.т.ч. на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, оперативное лечение и переливание крови. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2007 г. № 335 утвердил рекомендуемый образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель.

Обязанность предоставления информации закреплена в Гражданском кодексе Российской Федерации, законе "О защите прав потребителей". Недостоверность или недостаточность информации о медицинской услуге является условием объективного вменения вины медицинским работникам при причинении вреда жизни и здоровью пациента при медицинском вмешательстве.

Несмотря на то, что медицинские работники обязаны информировать пациента о всевозможных рисках и осложнениях медицинского вмешательства, это не снимает с них ответственности за непредотвращение этих рисков и осложнений, в случаях, когда медицинские работники должны и могли их предотвратить. Информированное добровольное согласие всегда должно содержать фразу: "Я (пациент) информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения" (Александрова О.Ю. и соавт., 2008).

Необходимо помнить, что как бы ни был информирован и осведомлен пациент по поводу возможных осложнений медицинского вмешательства, ответственность за его последствия в виде причиненного вреда жизни и

здоровью пациента всегда несет врач и никогда - пациент, несмотря на данное им согласие.

Таким образом, медицинское вмешательство невозможно без информированного согласия пациента на его проведение. Вместе с тем, достаточно часто медицинские работники сталкиваются с ситуациями, когда из-за тяжести состояния или по другим причинам пациент не может выразить свою волю. При этом законодательная регламентация алгоритма их действий в этих случаях имеет свои особенности в различных странах. Так, ст. 1901 Гражданского Уложения Германии обязывает медицинских работников в случае необходимости оказания неотложной медицинской помощи гражданину, не способному выразить свою волю, и при отсутствии его письменных указаний, учитывать мнение лица, которому гражданин передал свои распоряжения относительно медицинского вмешательства или отказа от него. При этом медицинские работники обязаны учитывать мнение уполномоченного лица об этических, религиозных убеждениях и личностных ценностях пациента в отношении своей жизни и здоровья. Лечащий врач в Германии обязан информировать лицо, уполномоченное гражданином, о необходимости оказания медицинской помощи, ее риске и прогнозе в отношении здоровья пациента, и ими (уполномоченным лицом и лечащим врачом) принимается совместное решение о необходимости медицинского вмешательства или отказа от него. При принятии данного решения уполномоченное лицо и лечащий врач принимают во внимание мнение близких родственников и других доверенных лиц, за которыми законодательно закреплена возможность высказать свое мнение, если получение этих сведений не приведет к задержке в оказании медицинской помощи лицу, не способному выразить свою волю. В тех случаях, когда лицо, представляющее интересы пациента, и лечащий врач не пришли к единому мнению, необходимость медицинского вмешательства или отказа от него в интересах пациента определяется судебным решением.

В законодательстве РФ используется совсем иной подход (ст. 32 Основ): в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, анализируя законодательство Российской Федерации и Германии в отношении обеспечения прав пациентов, не способных выразить свою волю, можно сделать вывод о существенных различиях в механизмах реализации данного права. Так, российское законодательство гораздо в большей мере использует патерналистский подход к взаимоотношениям врача и пациента, оставшийся в наследство от советского здравоохранения. Тогда как в Германии активно используется принцип партнерских взаимоотношений в диаде врач-пациент.

Факт отсутствия информированного добровольного согласия даже при правильном диагнозе и лечении говорит о несоблюдении прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи, характеризуется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей (противоправное поведение) и является одним из условий наступления гражданско-правовой ответственности.

Схематично данную позицию можно представить следующим образом (Александрова О.Ю. и соавт., 2008).

Неправильное лечение + отсутствие информированного добровольного согласия = ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Неправильное лечение + наличие информированного добровольного согласия = ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Правильное лечение + отсутствие информированного добровольного согласия = ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Правильное лечение + наличие информированного добровольного согласия = надлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Таким образом, информированное добровольное согласие является обязательным, но недостаточным условием освобождения от гражданско-правовой ответственности. Оно играет свою роль при освобождении от ответственности лишь при правильном диагнозе и лечении.

#### **Право на отказ от медицинского вмешательства**

В российском законодательстве не предусмотрено право пациента на эвтаназию, но в отличие от советского периода регламентировано право на отказ от медицинского вмешательства. Согласно ст. 33 Основ гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ст. 34 Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Самой распространенной ошибкой в оформлении отказа от медицинского вмешательства является отсутствие указания на возможные последствия. Запись «о возможных последствиях предупрежден» не является достаточной, необходимо указать возможные последствия. Пример отказа от медицинского вмешательства приведен в Приложении.

В соответствии с Методическими рекомендациями «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и

отказ от него», утвержденными Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 года, при отказе пациента поставить свою подпись, удостоверяющую информированность его о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства, запись об отказе пациента от медицинского вмешательства подписывается заведующим отделением и лечащим врачом.

Согласно ст. 34 Основ оказания медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

#### **Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования**

**Добровольное медицинское страхование (ДМС)** – это система отношений по защите имущественных интересов физических лиц при наступлении событий (страховых случаев), предусмотренных договором добровольного страхования, за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых юридическими и физическими лицами страховых взносов.

Добровольное медицинское страхование является формой организации страхования на случай потери здоровья, предоставляющей гражданам возможность полной или частичной компенсации расходов на медицинское обслуживание и потерю трудового дохода во время болезни, в дополнение к системе государственного здравоохранения или/и обязательного медицинского страхования. ДМС является дополнительной программой к установленному государством объёму бесплатной медицинской помощи. ДМС действует для лиц, указанных страхователями в качестве выгодополучателей. ДМС осуществляется за счёт личных взносов граждан, взносов работодателей.

**Программа добровольного медицинского страхования** – это перечень медицинских услуг в рамках договора страхования, которые будут оплачены страховщиком с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм по каждому виду помощи, а также медицинских учреждений, где застрахованный может получить помощь.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договоров, заключенных между страховщиком и страхователем (договоры добровольного страхования медицинских расходов), а также страховщиком и медицинской организацией (договор на лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги)).

ДМС как и ОМС преследует ту же социальную цель - предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового



финансирования. ДМС является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

Участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая. По общемировым стандартам ДМС покрывает две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием:

- затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу;
- потерю трудового дохода, вызванного невозможностью осуществления профессиональной деятельности, как во время заболевания, так и после него при наступлении инвалидности.

При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности к труду. Таким образом, страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и защищает состояние застрахованного от внезапно возникающих расходов.

Социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения; осуществление тех видов лечения, осуществление которых производится сверх государственных гарантий их бесплатного получения.

**Предметом ДМС** является оказание физическим лицам медицинской помощи, осуществляемой на основе договоров, заключенных между страховщиком и страхователем, а также страховщиком и медицинской организацией и предусмотренной программами ДМС.

В качестве **объекта** ДМС обычно указывается риск возникновения затрат на медицинское обслуживание застрахованного.

Под **страховым случаем** в ДМС понимают обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью, предусмотренной программой ДМС. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезает необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным.

В Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» основная цель медицинского страхования сформулирована следующим образом:

гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Также целью ДМС является расширение возможностей физических лиц в получении медицинской помощи по сравнению с объемом и технологическим уровнем такой помощи, предоставляемой в пределах бюджетного финансирования или за счет средств ОМС.

**Основные виды ДМС.** Виды ДМС различают в зависимости от последствий наступления болезни как экономического, так и медико-реабилитационного характера; объема страхового покрытия; типа страхового тарифа; степени дополнения системы ОМС.

По **экономическим последствиям для человека** выделяют два вида страхования:

- страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья;
- страхование потерь дохода, связанных с наступлением заболевания.

По **медико-реабилитационным последствиям** виды страхования различают в зависимости от типа и методов необходимого лечения. Набор гарантий расширяется или сужается каждой отдельной страховой компанией в зависимости от действующих в ней программ ДМС. Поэтому принято выделять основные виды медицинского страхования и дополнительные виды (опционы).

К первым относят страхование расходов на амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание. Эти гарантии компенсируют затраты на основное лечение, необходимое по жизненным показаниям.

Ко вторым относят виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь (стоматологическую, родовспоможение, протезирование и некоторые другие).

В зависимости от **объема страхового покрытия** различают:

- полное страхование медицинских расходов – предоставляет гарантию покрытия расходов как на амбулаторное, так и стационарное лечение;
- частичное страхование медицинских расходов – покрывает затраты либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное, либо на специализированное лечение (лечение стоматологических заболеваний, санаторно-курортное лечение, родовспоможение и т.п.) по выбору страхователя;
- страхование расходов только по одному риску.

**Страховое покрытие по ДМС** определяется:

- твердо установленной страховой суммой, в пределах которой оплачивается годовой объем конкретных медицинских расходов застрахованного;
- перечнем страховых случаев, при которых гарантируется полная оплата лечения;

- перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду.

Если **Правила ДМС** содержат основные экономико-правовые аспекты предлагаемого страховщиком медицинского страхования, то **программы ДМС** содержат:

- перечень медицинских услуг, входящих в страховое покрытие;
- шкалу страховых сумм, в пределах которых может заключаться договор страхования;
- лимиты ответственности страховщика по отдельным видам медицинских услуг;
- опционы с указанием размеров дополнительного страхового взноса;
- шкалу страховых премий, соответствующих шкале предлагаемых страховых сумм;
- перечень медицинских учреждений, обслуживающих данную программу;
- период страхования.

#### **Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью гражданина при оказании медицинской помощи**

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. При этом, в соответствии со ст. 1068 ГК РФ, вред, причиненный работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, возмещается работодателем (юридическим лицом либо гражданином).

В свою очередь, учреждение здравоохранения, которое понесло ответственность вследствие неправомерных действий своего работника, имеет право в рамках трудового законодательства предъявить к нему регрессные требования (гл. 39 Трудового Кодекса РФ). Согласно ст. 238 Трудового Кодекса (ТК РФ) работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Под **реальным ущербом** понимается фактическое уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества либо на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

Статья 241 ТК РФ определяет пределы материальной ответственности работника: за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка. Порядок взыскания ущерба определен ст. 248 ТК РФ: взыскание с виновного работника суммы причиненного ущерба, не превышающей среднего месячного заработка, производится по распоряжению работодателя. Распоряжение может быть сделано не позднее одного месяца со дня

окончательного установления работодателем размера причиненного работником ущерба. Если месячный срок истек или работник не согласен добровольно возместить причиненный работодателю ущерб, а сумма причиненного ущерба, подлежащая взысканию с работника, превышает его средний месячный заработок, то взыскание может осуществляться только в судебном порядке.

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника только в случаях, прямо предусмотренных федеральным законом (ст. 243 ТК РФ). Это происходит при:

- умышленном причинении ущерба;
- причинении ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- причинении ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;
- разглашении сведений, составляющих охраняемую законом тайну (служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами и т.д.

Примером реализации судебного способа защиты права гражданина на возмещение ущерба при причинении вреда его здоровью служит следующее судебное решение:

*Истица С. обратилась в суд с иском о возмещении стоимости восстановительного лечения и компенсации морального вреда в связи с причинением легкого вреда здоровью по неосторожности. В судебном заседании было установлено, что больная С. обратилась за медицинской помощью в учреждение здравоохранения N. для удаления больного молочного зуба. Однако после обезболивания хирург-стоматолог вместо больного зуба удалил по неосторожности соседний здоровый зуб. Через две недели пациентке был поставлен временный пластинчатый протез, который пообещали позже заменить на протез из металлокерамики. Впоследствии от установки металлокерамического протеза ответчик отказался из-за неправильного прикуса истицы, предложив установить металлический протез. Данный вариант истицу не устроил. Она считала необходимым устранить возникший дефект путем вживления имплантата на место удаленного зуба. Представитель ответчика, не оспаривая факта ошибочного удаления зуба работником ЛПУ, полагал предъявленные к взысканию суммы завышенными и предлагал своими силами устранить дефект.*

*Право выбора способа лечения и устранения возникшего дефекта согласно ст. 29 ФЗ «О защите прав потребителей» принадлежит истице. Таким образом, суд решил: иск С. удовлетворить. Взыскать с учреждения здравоохранения N. в возмещение стоимость восстановительного лечения 36 050 руб. и компенсацию морального вреда 4000 руб.*

В качестве примера нарушения сроков предоставления платной медицинской услуги на основании договора возмездного оказания услуг можно привести следующее судебное решение (2000 г.):

*Истица Г. обратилась в суд, требуя взыскать с ответчика часть стоимости услуги в размере 349 руб. 95 коп. и компенсацию морального вреда в размере 20000 руб. В обоснование требований указала, что в период с 05.03.98 г. по 29.06.98 г. ответчик оказывал ей услугу по протезированию зубов. Истица заплатила за выполнение работ 6985 руб. 90 коп. По вине ответчика срок выполнения работ по протезированию был значительно нарушен, т.к. у него отсутствовал в необходимом количестве металл для протезирования, техник находился в отпуске. В связи с нарушением сроков выполнения*

*работ истица испытывала физические и нравственные страдания, т.к. коронки с зубов были сняты, зубы обточены. Протезирование было окончено 29.06.98 г., спустя 87 дней с момента обращения.*

*Считая свои права потребителя нарушенными, истица обратилась в суд с вышеназванным иском.*

*В судебном заседании представитель истицы Г., действуя в пределах предоставленных ему по доверенности полномочий, уменьшил размер иска в части взыскания стоимости услуги до 3000 рублей, в части компенсации морального вреда – до 5000 рублей. На удовлетворении требований настаивал. Представитель ответчика иск не признал. Считает, что нормально необходимые сроки оказания услуги истице ответчиком не нарушены. Подтвердил, что в указанное истицей время у ответчика отсутствовал в необходимом количестве металл для протезирования зубов, однако это не повлияло на сроки оказания услуги, т.к. после поступления металла протезирование было выполнено в кратчайшие сроки. При рассмотрении дела стороны пришли к выводу о необходимости разрешения спора путём заключения мирового соглашения. Оценив условия мирового соглашения, суд пришёл к выводу о том, что они не противоречат закону, не нарушают права и охраняемые законом интересы других лиц, поэтому мировое соглашение должно быть утверждено судом. Условия ст.ст. 165, 219, 220 ГПК РСФСР суд сторонам разъяснил.*

*Учитывая изложенное, руководствуясь ст.ст. 165 ч. 4, 219 п. 5, 223, 224 ГПК РСФСР, суд определил: утвердить мировое соглашение, заключённое между сторонами на следующих условиях: учреждение здравоохранения N. обязуется выплатить Г. одну тысячу рублей по исполнительному листу, выданному судом, а Г. в лице представителя согласна с предложенными условиями и прекращением производства по делу на основании п. 5 ст. 219 ГПК РСФСР.*

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Перечислите основные права граждан в области охраны здоровья.
2. Назовите права пациентов, регламентированные Основами законодательства об охране здоровья граждан.
3. Дайте характеристику права на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.
4. Назовите особенности реализации права на выбор врача и медицинского учреждения.
5. Раскройте право пациента на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
6. Охарактеризуйте право пациента на проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов.
7. Дайте характеристику праву пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
8. Раскройте право пациента на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении

9. Разъясните право пациента на информацию о состоянии здоровья.
10. Охарактеризуйте право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
11. Дайте характеристику права пациента на отказ от медицинского вмешательства.
12. Раскройте право пациента на получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования
13. Охарактеризуйте право пациента на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью гражданина при оказании медицинской помощи

### **Тестовые задания**

Выберите **ОДИН** правильный ответ.

1. ПРАВО САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОБ ОТКАЗЕ ОТ НЕГО ПО ОБЩЕМУ ПРАВИЛУ ПРЕДОСТАВЛЕНО ЛИЦАМ, ДОСТИГШИМ ВОЗРАСТА:

- а) 14 лет;
- б) 15 лет;
- в) 16 лет;
- г) 18 лет.

2. ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

- а) дается в устной форме в присутствии двух свидетелей;
- б) оформляется распиской пациента о том, что он не имеет претензий к лечебному учреждению;
- в) оформляется записью в истории болезни за подписью пациента (его законного представителя) и лечащего врача;
- г) оформляется в письменной форме и подлежит нотариальному удостоверению.

3. КАКИЕ ПРИЧИНЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ НЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАНЫ УВАЖИТЕЛЬНЫМИ:

- а) окончание рабочего дня у врача;
- б) нахождение врача в трудовом отпуске;
- в) отказ пациента оплатить медицинские услуги;
- г) все вышеперечисленные.

4. КТО ВПРАВЕ РАБОТАТЬ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ?

- а) Лица, имеющие высшее медицинское образование, сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской деятельности.

- б) Студенты шестого курса лечебного факультета.
- в) Лица, обучающиеся в ординатуре.
- г) Провизоры.

5. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ВРАЧИ И РАБОТНИКИ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ОБЯЗАНЫ ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ?

- а) Один раз в год.
- б) Один раз в 2 года.
- в) Один раз в 3 года.
- г) Один раз в 5 лет.
- д) Один раз в 10 лет.

6. ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ВРАЧОМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОКАЗАНИЯ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ПОДЛЕЖИТ ВОЗМЕЩЕНИЮ:

- а) Врачом, причинившим вред здоровью пациента.
- б) Лечебным учреждением, где оказывалась медицинская услуга.
- в) Фондом обязательного медицинского страхования.
- г) Страховой медицинской организацией, с которой у ЛПУ заключен договор в рамках обязательного медицинского страхования.
- д) Вред не подлежит возмещению, так как пациент имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности из средств Фонда социального страхования.

7. ПРИГОВОРОМ СУДА, ВСТУПИВШИМ В ЗАКОННУЮ СИЛУ, ВРАЧ ПРИЗНАН ВИНОВНЫМ В СОВЕРШЕНИИ ХИЩЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПО МЕСТУ РАБОТЫ. В СООТВЕТСТВИИ С ТРУДОВЫМ КОДЕКСОМ РФ РАБОТОДАТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО ПРИВЛЕЧЬ ЕГО К МАТЕРИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И УВОЛИТЬ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД МАТЕРИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА.

- а) Полная материальная ответственность.
- б) Ответственность ограничивается средним месячным заработком.
- в) Ответственность ограничивается 50%-ным удержанием из заработной платы.
- г) Привлечение врача к уголовной ответственности исключает возможность применения материальной ответственности.
- д) Ответственность в данном случае несет весь коллектив (отделение) - коллективная материальная ответственность.

Для каждого последующего вопроса или незаконченного утверждения один буквенный ответ является правильным.

**ВЫБЕРИТЕ:**

<b>А</b> если верно 1, 2, 3	<b>Б</b> если верно 1 и 3	<b>В</b> если верно 2 и 4	<b>Г</b> если верно только 4	<b>Д</b> если верно все
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

8. ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) Министерством здравоохранения и социального развития РФ;
- 2) Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;
- 3) Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию;
- 4) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

9. ПО РОССИЙСКОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ ЭВТАНАЗИЯ ДОПУСКАЕТСЯ:

- 1) по письменному заявлению тяжелобольного;
- 2) для прекращения страданий от болей;
- 3) при заведомо смертельном исходе заболевания;
- 4) запрещается во всех случаях.

10. ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ВОЗМЕЩЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ:

- 1) утраченный потерпевшим заработок (доход);
- 2) вызванные повреждением здоровья расходы на лечение;
- 3) иные дополнительно понесенные потерпевшим расходы, вызванные повреждением здоровья;
- 4) моральный вред.

11. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) психическое расстройство, обуславливающее непосредственную опасность для самого больного и окружающих;
- 2) беспомощность больного вследствие психического расстройства, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- 3) возможность существенного вреда здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи;
- 4) письменное заявление родственников больного, желающего лечить его в условиях стационара.

12. РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В ОТНОШЕНИИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИБО ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ



ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ, ПРИНИМАЕТ:

- 1) главный врач или заведующий отделением;
- 2) консилиум врачей;
- 3) клинико-экспертная комиссия;
- 4) лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача и законных представителей.

13. БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН И ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ЕСЛИ:

- 1) лицо страдает заболеванием, представляющим опасность для окружающих;
- 2) лицо страдает неизлечимым заболеванием;
- 3) лицо страдает тяжелым психическим расстройством;
- 4) лицо находится в состоянии сильного алкогольного опьянения.

14. ИНФОРМАЦИЯ О ФАКТЕ ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАНИНА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ, СОСТОЯНИИ ЕГО ЗДОРОВЬЯ, ДИАГНОЗЕ ЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНЫЕ СВЕДЕНИЯ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ЕГО ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ, МОГУТ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ВОПРЕКИ ВОЛЕ ГРАЖДАНИНА ДРУГИМ ЛИЦАМ В СЛУЧАЕ:

- 1) наличия оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 2) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте 15 лет для информирования его родителей;
- 3) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 4) по письменному заявлению супруга гражданина – этому супругу.

15. ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЯЗАНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ГРАЖДАН БЕСПЛАТНОЙ ДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О:

- 1) местонахождении и режиме работы медицинского учреждения;
- 2) перечне платных медицинских услуг, их стоимости, льготах для отдельных категорий граждан;
- 3) условиях предоставления платных медицинских услуг;
- 4) сведения о квалификации и сертификации специалистов.

16. РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В ОТНОШЕНИИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИБО ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ, ПРИНИМАЕТ:

- 1) главный врач или заведующий отделением;
- 2) консилиум врачей;

- 3) клинико-экспертная комиссия;
- 4) лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача и законных представителей.

Каждый последующий вопрос состоит из двух утверждений, связанных союзом «ПОТОМУ ЧТО».

Сначала определите верно или неверно каждое из двух утверждений по отдельности, а потом, если оба верны, определите верна или нет причинно-следственная связь между ними.

**ВЫБЕРИТЕ:**

<b>ОТВЕТ</b>	<b>Утверждение 1</b>	<b>Утверждение 2</b>	<b>Связь</b>
А	верно	верно	верна
Б	верно	верно	неверна
В	верно	неверно	неверна
Г	неверно	верно	неверна
Д	неверно	неверно	неверна

17. ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОФОРМЛЕН В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ТОЛЬКО В ПИСЬМЕННОМ ВИДЕ, ПОТОМУ ЧТО отказ пациента от медицинского вмешательства полностью освобождает врача от оказания этому пациенту какой-либо медицинской помощи.

18. ГРАЖДАНИН ВПРАВЕ ПРЕДЪЯВИТЬ ИСК О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА ОМС, ПОТОМУ ЧТО право гражданина требовать возмещения вреда, причиненного здоровью, предусмотрено Гражданским кодексом РФ.

19. МОРАЛЬНЫЙ ВРЕД ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПОДЛЕЖИТ ВОЗМЕЩЕНИЮ НЕЗАВИСИМО ОТ ВОЗМЕЩЕНИЯ ИМУЩЕСТВЕННОГО ВРЕДА, ПОТОМУ ЧТО компенсация морального вреда, причиненного при оказании медицинской помощи, не зависит от вины причинителя вреда.

20. ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОФОРМЛЕН В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

ТОЛЬКО В ПИСЬМЕННОМ ВИДЕ, ПОТОМУ ЧТО отказ пациента от медицинского вмешательства освобождает врача от оказания этому пациенту любой медицинской помощи.

### Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	Б	11	А
2	В	12	В
3	Г	13	Б
4	А	14	А
5	Г	15	Д
6	Б	16	В
7	А	17	В
8	В	18	А
9	Г	19	В
10	Д	20	Г

### Список основной литературы

1. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов/ В.И. Акопов. – Москва: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2004. – 368 с.
2. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах /В.И. Акопов. - М.: Издательство «Приор», 2000. - 208 с.
3. Беседкина Н.И. Медицинское право/ Н.И. Беседкина, Ю.А. Дмитриев, Э.А. Иваева. – Элит 2000, 2006. – 496 с.
4. Глашев А.А. Медицинское право /А.А. Глашев. – Волтерс Клувер, 2004. – 208 с.
5. Колоколов Г.Р. Основы медицинского права. Курс лекций: Учебное пособие для вузов / Г.Р. Колоколов, Н.В. Косолапова, О.В. Никульникова. – М.: Издательство «Экзамен», 2005. – 320 с.
6. Курноскина О.Г. Защита прав при обращении за медицинской помощью /О.Г. Курноскина. – Вершина, 2006. – 184 с.
7. Махонько Н.И. Медицинское право / Н.И. Махонько, Г.Р. Колоколов. – Дашков и К, 2009. – 452 с.
8. Ответственность за правонарушения в медицине: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Александрова О.Ю. [и др. ]. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 240 с.
9. Правовые основы здравоохранения в России / под ред. Ю.Л. Шевченко. - М.: ГЭОТАР – Медицина, 2000. - 210 с.
10. Рыков В.А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах / В.А. Рыков. - Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 288 с.

11. Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: Учеб. пособие/ Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 360 с.
12. Стеценко С.Г. Медицинское право: учебник / С.Г. Стеценко. - СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. - 572 с.
13. Цыганова О.А. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности: учебное пособие/ О.А. Цыганова, Е.А. Мартынов, И.В. Ившин. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2009. – 177 с.

## **ГЛАВА 8. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ**

### ***8.1. Современная концепция качества медицинской помощи***

В условиях перехода к рыночной экономике в России особо важное социальное значение приобретает проблема обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью. Ее эффективное решение требует разработки и внедрения новых методологических и методических подходов к планированию, организации и финансированию здравоохранения и, прежде всего, к изучению и оценке качества предоставляемой населению медицинской помощи.

Переход от государственной системы медицинской помощи к системе медицинского страхования в нашей стране осуществляется в чрезвычайно сложных экономических и социальных условиях. Согласно современной концепции социальной защиты основной объем медицинской помощи предоставляется населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий. Медицинскими страховыми программами определяется перечень оказываемых застрахованным гражданам видов медицинской помощи, условия ее предоставления и необходимое качество.

В непрерывном процессе реформирования здравоохранения чрезвычайно важное значение приобретает проблема обеспечения безопасности и надлежащего качества медицинской помощи в условиях выраженного дефицита ресурсов. Она включает необходимость решения двух основных проблем: определение наиболее целесообразного сочетания различных видов медицинской помощи населению и обеспечение должного качества этой помощи.

Поиску путей эффективного решения проблемы обеспечения качества медицинской помощи в условиях ограничения ресурсов здравоохранения во всем мире уделяется особое внимание. Специфика функционирования систем здравоохранения и служб контроля качества в разных странах мира

определяются особенностями их государственного устройства, географического положения, размерами территории, уровнем социально-экономического развития, национальными и культурными традициями.

Особый интерес представляют современные подходы к организации и технологии обеспечения и контроля качества медицинской помощи в условиях медицинского страхования, эффективно используемые экономически развитыми странами, что в совокупности с другими мерами государственного регулирования экономики и вмешательства государства в рыночный механизм позволяет обеспечить высокий уровень качества предоставляемой населению медицинской помощи и, в конечном итоге, повысить качество жизни населения в целом.

Проблемы качества и эффективности здравоохранения относятся к наиболее актуальным, непосредственно связанным с конечными результатами деятельности системы и затратами ее всегда ограниченных ресурсов. В современных условиях достижение адекватного уровня качества медицинской помощи является одной из приоритетных задач по обеспечению эффективного функционирования системы здравоохранения в любом государстве. В связи с этим во всем мире изучению различных аспектов качества медицинской помощи уделяется особое внимание, что находит отражение во всевозрастающем числе публикаций по этой проблеме.

### ***8.1.1. Методологические подходы к изучению качества медицинской помощи***

К настоящему времени в развитых странах мира накоплен значительный опыт по многим проблемам качества медицинской помощи: разработаны номенклатуры оснащенности медицинских учреждений, созданы системы усовершенствования медицинских кадров с их периодической аттестацией, организована экспертиза качества медицинской помощи и др. Традиционно проблемам оценки деятельности медицинских учреждений, изучению ее качества и эффективности посвящались многочисленные научные исследования.

В нашей стране фундаментальные разработки в этой области с начала 1960-х годов проводились сотрудниками НИИ им. Н.А.Семашко методом моментных наблюдений и экспертной оценки с помощью специально разработанных экспертных карт. Однако большинство работ отечественных авторов до начала 1990-х годов в основном посвящались изучению лишь части составляющих качества медицинской помощи. Многие исследователи под качеством медицинской помощи понимали только “качество результата”, пытаясь через показатели деятельности медицинских учреждений и здоровья населения оценить его достигнутый уровень. Основными критериями для оценки медицинского обслуживания служили показатели деятельности больниц: средняя длительность пребывания больного на койке, число пролеченных больных, показатель среднего простоя койки между поступлениями больных, хирургическая активность, длительность

предоперационного периода, послеоперационная летальность при плановых и экстренных операциях, больничная летальность по отдельным заболеваниям, исходы заболеваний, жалобы пациентов и др. В оценке деятельности медицинских учреждений использовались также и специальные показатели, характеризующие полноту догоспитального обследования, своевременность, плановость, экстренность, повторность, обоснованность госпитализации. В общей совокупности характеристик качества особо важное значение придавалось доступности медицинской помощи. Однако под термином “доступность” понималось исключительно лишь обеспечение потребностей населения в различных видах медицинской помощи.

В этот период в связи с методологической и методической неразработанностью проблемы качества медицинской помощи было чрезвычайно трудно определить и систематизировать количественные взаимосвязи множества показателей и их комбинаций, что вело к выделению неоправданно большого числа направлений контроля качества. Постоянной систематизированной работы по обеспечению качества на основе критериев и стандартов фактически не проводилось. При такой постановке проблемы было практически невозможно оценить качество медицинской помощи в интересах конкретного пациента и обеспечить эффективное управление процессом его повышения.

Понятие “**качество медицинской помощи**” (КМП) отражает чрезвычайно сложное и многоаспектное явление. В настоящее время как у иностранных, так и у отечественных исследователей нет единого согласованного мнения относительно содержания этого понятия, и в определениях разных авторов оно трактуется по-разному.

Так, А. Donabedian [94–97] считает, что качество медицинской помощи состоит в применении достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу достижения максимально возможной пользы без увеличения риска от лечения.

Ю.М. Комаров, А.В. Короткова, Г.И. Галанова [31] определяют качество медицинской помощи как совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и техники.

И.А.Захаров [20] включает в оценку КМП понятие “профессиональный стандарт” и определяет качество медицинской помощи как характеристику, отражающую степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели, профессиональным стандартам.

Современное понимание качественной медицинской помощи, согласно заключению экспертной группы ВОЗ, состоит в том, что *“каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение и др. При этом для достижения*

*такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты”.* На основании этих представлений ВОЗ принято следующее определение качества медицинской помощи: *“это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации персонала, то есть способности снижать риск прогрессирования заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от взаимодействия с системой здравоохранения”.*

Согласно международному стандарту ISO 8402, качество – это совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленные и предполагаемые требования. В Глоссарии (Россия – США, 1999) под качеством медицинской помощи понимается множество характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню развития медицинской науки и технологии. По заключению Ю.М. Комарова [30], *“из этого определения следует, что качество ориентировано не на врача и не на медицинское учреждение, а на пациента и его удовлетворение, и оно должно основываться на современных достижениях медицины и современных технологиях”.*

До сих пор у исследователей отсутствует единое мнение и относительно четкого определения перечня характеристик качественной медицинской помощи. Так, А. Donabedian [95] выделяет 7 атрибутов КМП: действенность, эффективность, продуктивность, оптимальность, приемлемость, законность, справедливость. Н.В. Vuory [99] к таким характеристикам относит 4 параметра: адекватность (соответствие потребностям потребителей и производителей), технологичность (соответствие современному научно-техническому уровню), эффективность (соответствие фактически достигнутого результата запланированному), экономичность (соответствие результата затратам). Одни авторы [63] включают в их перечень профессиональную компетентность, доступность, межличностные взаимоотношения, непрерывность, безопасность, удобство; другие [32] – удовлетворенность, стабильность процесса и результата, развитие как совершенствование процесса и улучшение результата, обоснованность действий и технологий. Рабочая группа по обеспечению качества Европейского Регионального бюро ВОЗ (1991) рекомендует учитывать 4 основных характеристики качества медицинской помощи: доступность, безопасность, оптимальность и удовлетворенность.

Наряду с различием подходов отдельных авторов к определению самого понятия качественной медицинской помощи, а также перечня

основных характеристик КМП, исследователями выработано единое мнение относительно его структурных компонентов. Так, принято выделять три основных составляющих качества медицинской помощи: **структурное качество** (или качество структуры), **качество технологии** (или качество процесса) и **качество результата**.

**Структурное качество** отражает условия оказания медицинской помощи. В понятие “условия” включаются: квалификация кадров, наличие и состояние оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение, наличие и пополнение расходных материалов, финансовое обеспечение, а также рациональность использования всех видов имеющихся в распоряжении медицинского учреждения ресурсов. Структурное качество определяется на двух уровнях: микроинституциональном и индивидуальном. Под микроинституциональным уровнем понимается оценка материально-технического состояния и медико-технологического оснащения медицинского учреждения, его кадрового состава и финансового обеспечения. На индивидуальном уровне оцениваются профессиональные качества работника, то есть имеющаяся у него сумма знаний, умений и навыков по выполнению конкретных лечебно-диагностических мероприятий.

**Качество технологии** описывает оптимальность комплекса лечебно-диагностических мероприятий потребностям конкретного пациента. При этом предполагается, что объем выполненных манипуляций должен быть не меньше, но и не больше оптимального, а последовательность их выполнения – строго выдержана. Качество технологии оценивается только на индивидуальном уровне – по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, видов сопутствующей патологии, возраста пациента и других биологических факторов. Важным принципом обеспечения качества процесса является создание таких условий, когда ошибка конкретного исполнителя или случайное отклонение от нормального процесса выполнения медицинской технологии не ведет к ухудшению результата медицинской помощи.

**Качество результата** характеризует соотношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми). В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами понимают динамику состояния конкретного пациента, результаты лечения всех пациентов медицинского учреждения за отчетный период, состояние здоровья населения территории.

Структурные компоненты качества медицинской помощи тесно связаны между собой. Их взаимообусловленность заключается в невозможности обеспечения приемлемого уровня качества технологии и результата при низком уровне качества структуры [83]. Такую взаимозависимость компонентов качества исследователи назвали “принципом негатива”. Его суть заключается в невозможности получения хорошей фотографии при плохом качестве негатива и, наоборот, вероятности получения некачественного снимка при качественном негативе.



В таких условиях практическая реализация программ качества в здравоохранении требует решения двух основных проблем, заключающихся в обеспечении качества и его контроле. Под обеспечением качества понимается достижение необходимого уровня медицинского обслуживания, а под контролем – разработка критериев и стандартов качества и проведение на их основе сравнительного анализа.

Соответственно основным структурным компонентам качества **классическими направлениями оценки КМП**, широко применяемыми в практике здравоохранения, являются три подхода, предложенные А. Donabedian [94, 95] – исследование **структуры, процесса и результата** медицинской помощи. И хотя материально-технические возможности и кадровый состав медицинского учреждения, характеризующие условия оказания медицинской помощи, не позволяют однозначно судить о качестве технологии, исследование качества структуры должно предшествовать изучению качества процесса. В свою очередь качество процесса во многом предопределяет качество результата. Поэтому неудовлетворительные результаты медицинской помощи служат основанием для более детального и тщательного изучения качества процесса.

**Структурный подход**, являясь подходом предпосылки, позволяет определить наличие материальных, трудовых и финансовых ресурсов, обеспечивающих оказание медицинской помощи. Оценка ресурсного обеспечения медицинских учреждений проводится в процессе осуществления процедуры лицензирования.

**Процессуальный подход** предусматривает анализ медицинских и организационных технологий, определение соответствия лечебно-диагностических процедур установленным стандартам и реализуется в процессе аккредитации.

**Результативный подход** подразумевает оценку конечных результатов деятельности системы с помощью комплекса специальных показателей, характеризующих медицинскую, социальную и экономическую эффективность здравоохранения.

В зависимости от участия в процессе контроля качества медицинской помощи тех или иных групп населения выделяют три основных направления контроля или модели управления качеством:

- **профессиональная модель**, в которой центральное место в оценке качества принадлежит врачу. В этой модели контроль осуществляется со стороны производителей медицинских услуг (внутренний контроль качества). При этом основное внимание уделяется профессиональной подготовке и отбору кадров;
- **потребительская модель**, в которой основная роль отводится пациенту, или контроль осуществляется со стороны потребителей медицинских услуг (потребительский контроль качества);
- **бюрократическая модель** предусматривает исполнение функций контроля специальными организациями, назначаемыми правительством,

или контроль обеспечивается со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества).

Оптимальной является смешанная модель, в которой представлены все три направления контроля и группы населения, участвующие в контроле качества медицинской помощи.

### ***8.1.2. Организационно – методические подходы к оценке качества медицинской помощи за рубежом***

В экономически развитых странах основные концепции, принципы и методы анализа качества получили широкое распространение с середины 60-х годов прошлого столетия. Возникновение научного и практического интереса в этих странах к изучению проблемы качества медицинской помощи было обусловлено несколькими причинами:

- недостатками в финансировании здравоохранения;
- отсутствием практики планирования медицинской помощи;
- преимущественным развитием лечебных служб в ущерб профилактическим;
- необходимостью более справедливого распределения услуг здравоохранения.

Приоритет в разработке основополагающей концепции, методологических подходов и организационных форм контроля качества медицинской помощи принадлежит США. Фундаментальной разработке проблемы качества медицинской помощи в здравоохранении посвящены работы А. Donabedian. В конце 60-х годов прошлого столетия им впервые была предложена системная классификация методов анализа качества, получившая название “триады Донабедиана” и позволяющая оценивать структуру, процесс и результаты медицинского обслуживания.

Основополагающим аспектом явилось понимание необходимости первоочередного решения проблемы обеспечения качества и осознание важности разработки и использования в медицинском обслуживании стандартов. Первоначально система обеспечения качества в США охватывала преимущественно медико-технологические направления (лабораторное дело и фармакологию), для которых проведение стандартизации деятельности и результатов было естественной и не слишком сложной задачей. В последующем научные исследования были сосредоточены преимущественно на изучении организационных форм работы, квалификации медицинского персонала и других элементах качества структуры – важной предпосылки качества процесса и результата. С конца 1960-х годов в центре внимания оказалась врачебная деятельность (лечебный процесс) и ее конечные результаты.

С формированием в 1970-годы концепции качества, разработкой критериев качества лечебного процесса, в том числе по его результатам,

широкое распространение получил анализ фактической работы врача по данным первичной медицинской документации. В основу многих разработанных в этот период методов оценки качества врачебного процесса было положено допущение соответствия деятельности (или процесса диагностики и лечения) диагнозу заболевания. До сих пор такой подход используется при разработке современных медико-технологических стандартов. Однако в решении этой проблемы могут быть и другие варианты.

Альтернативный подход к оценке качества был предложен в 1973 году Ассоциацией клиник больниц США. В основе оценки качества медицинской помощи по этому методу предполагается группировка не заболеваний, а больных, не отдельных нозологических форм болезней, а комплекса проблем нездоровья госпитализированных. Причины госпитализации и цель госпитализации при этом методе оценки рассматриваются в качестве критических переменных для классификации и анализа фактических медицинских данных. По мнению специалистов, при таком подходе к оценке качества создаются серьезные предпосылки для его более глубокого обеспечения как с позиции анализа ресурсов, так и с позиции контроля лечения и его результатов.

Внедрение в 1980-е годы в широкую медицинскую практику разработанной Р.Фиттером и его сотрудниками системы классификации больных по так называемым диагностически связанным группам (ДСГ) оказало существенное влияние на организацию оказания медицинской помощи в США [93]. Данная классификация стала важным механизмом для оценки и стимулирования деятельности больничных учреждений, а также для расчета по единой методике стоимости лечения каждого выбывшего из стационара пациента. Система ДСГ классифицирует всех больных в ограниченное количество групп (от 460 до 639 в разных версиях системы), примерно однородных по клинической картине и по степени ресурсопотребления.

В результате статистического анализа большой базы данных, включающей подробные медицинские и затратные сведения о выбывших из различных стационаров США больных, каждой ДСГ был присвоен стоимостной коэффициент. Этот коэффициент выражает степень сложности лечебно-диагностического процесса и, следовательно, уровень потребляемых ресурсов и стоимости лечения для больных с данной ДСГ по отношению к среднему уровню сложности ведения стационарных больных в условиях больниц США. Основным практическим приложением данного метода явилось сдерживание роста расходов на здравоохранение в условиях неуклонной тенденции к увеличению стоимости медицинской помощи.

Одновременно с методологической разработкой проблемы в этот период в экономически развитых странах стали создаваться организационные комитеты по обеспечению и контролю качества по различным направлениям деятельности медицины и здравоохранения. В США разработкой организационно-методических проблем и проведением контроля качества вначале стали заниматься неофициальные – Объединенная

комиссия по проверке больниц, а затем – и официальные учреждения: Организация контроля профессиональных стандартов и Управление по делам продовольствия и лекарств. С момента основания Объединенной комиссии по проверке больниц (1951 г.) ее внимание главным образом было сосредоточено на выработке так называемых минимальных стандартов медицинской помощи. Несколько позднее, в 1970-е годы, возник интерес к оптимально достижимым (или потенциальным) стандартам качества. Разработка стандартов проводилась при активном участии врачей Американской медицинской ассоциации. В итоге были выработаны вполне реальные и воспроизводимые критерии и стандарты качества. Они включали не только требования к больничным ресурсам, но и требования к управлению больницей, организации работы, подбору кадров и т.д. Проверка соответствия больниц разработанным профессиональной медицинской общественностью стандартам в последующем была преобразована в процедуру аккредитации.

Особенно успешное развитие программы аккредитации в США связано с особыми условиями найма врачей на работу в американские больницы. В большинстве случаев врачи не являются штатными сотрудниками больниц и нанимаются на работу на условиях подряда, согласно которым оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с имеющимися у специалиста знаниями и умениями, а больница лишь обеспечивает необходимые для этого условия. В таких обстоятельствах врачи, заинтересованные в том, чтобы эти условия были наилучшими, приняли активное участие в разработке стандартов американских больниц, ставших в последующем методической основой при проведении их аккредитации. Ее практическое выполнение было поручено общественной организации врачей – Объединенной комиссии по проверке (аккредитации) больниц.

Первоначально многие больницы принимали добровольное участие в проводимых комиссией программах контроля качества. Это объяснялось стремлением руководства больниц представить своим пациентам сертификат об аккредитации, свидетельствующий о том, что работа больницы организована в соответствии со стандартами, разработанными медиками-профессионалами, и следовательно, ей можно доверять. С помощью специально разработанных объективных стандартов комиссия в процессе проводимых ею наблюдений оценивала усилия администрации и сотрудников больницы по оказанию медицинской помощи и обеспечению надлежащих условий труда (санитарно-гигиеническое состояние зданий, исправность медицинского оборудования и т.д.). При этом выводы анализа качества в условиях отлаженной системы информационного оповещения носили неофициальный характер и не могли быть использованы для каких бы то ни было санкций.

В 1965 году законом США процедура аккредитации была признана обязательной для всех больниц, предоставляющих медицинскую помощь в рамках государственных программ Медикер и Медикей. Позднее к этому требованию присоединились и другие страховые медицинские компании. В

результате процесс аккредитации стал неотъемлемой частью медицинского страхования, а американские больницы, обслуживающие застрахованные контингенты, оказались перед необходимостью принятия обязательного участия в этом процессе. Однако до сих пор процедура аккредитации формально продолжает считаться добровольным делом, а неаккредитованные больницы могут быть допущены к оказанию медицинской помощи.

В отличие от проверок, проводимых Объединенной комиссией, как неофициальной организацией, созданные в середине 1970-х годов официальные организации преследуют в общем формальные цели, заключающиеся в борьбе с “перепроизводством” медицинских услуг и низким качеством медицинской помощи в целом с применением финансовых и других санкций по линии государственных медицинских программ.

Ю.М. Комаров [30] считает, что наилучшие критерии и стандарты для аккредитации больниц разработаны в США Объединенной комиссией по аккредитации медицинских организаций (JCANO), первое подробное Руководство по проведению которой было издано в 1999 г., а в сокращенном варианте – в 2000 г. Материалы Руководства содержат не только индикаторы и стандарты для аккредитации, но и правила и процедуры их применения. По мнению ученого, после соответствующей адаптации они могут быть использованы и в практике отечественного здравоохранения

Таким образом, в процессе длительного периода становления и развития системы управления качеством медицинской помощи в США была создана стройная и логически завершенная структурно-функциональная модель, включающая как неофициальные, так и официальные организации. Первые проводят оценку качества по соответствующим критериям и результатам медицинской деятельности; вторые – контролируют целесообразность и соответствие фактической медицинской помощи качеству в целом на основе типов предоставляемых застрахованным контингентам медицинских услуг. Как в том, так и в другом случае проявляется общая тенденция к стандартизации всех ситуаций в медицинской практике.

На основании данных проведенных в этот период многочисленных исследований как иностранные, так и отечественные исследователи пришли к единому выводу, заключающемуся в том, что основными причинами дефектов медицинской помощи являются не столько уровень квалификации медицинского персонала и другие технические проблемы, сколько неудовлетворительная организация дела. Вместе с тем, несмотря на высокий научный интерес к проблеме качества медицинской помощи ее практическая реализация оказывается сопряженной с весьма серьезными трудностями, связанными с наличием объективных сложностей в разработке точных критериев для оценки медицинской деятельности и недостатком денежных средств, направляемых на ее финансирование.

### 8.1.3. *Альтернативные подходы к управлению качеством медицинской помощи*

Современные альтернативные подходы к управлению качеством медицинской помощи разрабатываются на основе маркетинговой теории, главной идеей которой является соблюдение приоритета интересов потребителей. Согласно Декларации о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе, принятой в 1994 году, одним из основополагающих прав пациентов в области охраны здоровья является *“право на качественную медицинскую помощь, отвечающую как высоким технологическим стандартам, так и принципам человечности в отношениях между пациентом и производителями медицинских услуг”*.

В соответствии с этими идеями основой разработки маркетинговых подходов стали классическая экономическая теория потребительского поведения и теория управления персоналом. По Ф. Котлеру (1990), маркетинговая модель покупательского поведения включает три основных компонента: характеристику потребителя; факторы, влияющие на его поведение и процесс принятия решений.

Согласно маркетинговой теории особенности поведения потребителей медицинских услуг связаны с одной из основополагающих человеческих ценностей и составляющих качества жизни – здоровьем и определяются специфическими характеристиками медицинской услуги как экономического товара.

Структура процесса принятия решений включает 5 основных этапов: осознание проблемы; поиск информации; оценка вариантов; решение о покупке и реакция на покупку. На рынке здравоохраненческих услуг у покупателей платных медицинских услуг лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и программ добровольного медицинского страхования (ДМС) содержание этапов принятия решений существенно различается между собой. Их отличительные особенности, главным образом, определяются способом оплаты медицинских услуг и представлены в табл. 57 [36].

Таблица 57

Содержание этапов принятия решений о покупке в зависимости от способа оплаты медицинских услуг

<b>Наименование этапа</b>	<b>Индивидуальный (гонорарный) способ оплаты медицинских услуг</b>	<b>Коллективный способ оплаты медицинских услуг (ДМС)</b>
1 этап: осознание проблемы	Процесс покупки начинается сразу после возникновения (осознания) потребности в конкретной медицинской помощи	Процесс покупки начинается задолго до возникновения потребности в конкретной медицинской помощи в связи с осознанием возможности ее появления в будущем

2 этап: поиск информации	Покупатель не имеет большого запаса времени для поиска и подбора информации. Собранная информация характеризуется ограниченным объемом	Покупатель имеет много времени на поиск и подбор достаточного объема информации. При коллективном страховании информацию подбирает и анализирует страхователь
3 этап: оценка вариантов	Возможна из ограниченного списка предложений рынка платных медицинских услуг	Возможна из неограниченного списка предложений рынка услуг добровольного медицинского страхования
4 этап: решение о покупке	Принимается с учетом: – срочности покупки; – ценности покупки (для себя, род ственника, сотрудника и т.д.); – стоимости покупки; – вероятности дальнейшей потребности в платной медицинской помощи, ее объемах и стоимости	Принимается с учетом: – объема медицинской помощи; – стоимости страховой программы– полноты сервисных услуг; – уровня медицинской помощи; – объема страхового возмещения; – лимита ответственности страховщика
5 этап: реакция на покупку	Реакция краткосрочная: удовлетворен / неудовлетворен медицинской услугой (соответствие цены и качества). Оценивается единичный результат	Реакция пролонгированная (в течение времени действия страхования): удовлетворен / неудовлетворен комплексом услуг ДМС. Оценивается комплексный результат

В отличие от экономического подхода наиболее распространенное маркетинговое представление о покупательском поведении основано на придании ведущего значения отношениям, складывающимся в процессе купли-продажи товаров и услуг. Попыткам их изучения и измерения посвящены многие маркетинговые исследования потребительского поведения последних лет. Особо важное значение маркетинг отношений имеет в сфере предоставления услуг. Ожидания потребителей маркетингологами также рассматриваются в качестве одного из значимых факторов, непосредственно воздействующих на покупательские решения и формирующих потребительское поведение. В свою очередь решения покупателей, почти полностью основанные на существующих при совершении покупки ожиданиях, зависят от потребительской оценки.

В связи с этим маркетинговое определение сущности “качества услуги”, основанное на изучении потребительских оценок, включает три основных постулата:

– во-первых, **потребителю гораздо труднее определить качество услуги как неосязаемого действия по сравнению с качеством товара**. В отличие от услуг материальные товары имеют множество осязаемых характеристик качества. У неосязаемых услуг перечень показателей качества нередко ограничивается оценкой поведения контактного персонала, оказывающего услугу, и материальной среды, в которой осуществляются производство и потребление услуг. *Хорошее знание и глубокое понимание процесса потребительской оценки качества услуги и вовлеченных в оценочный процесс факторов, определяющих поведение потребителя, создает необходимые предпосылки для управления качеством услуги;*

– во-вторых, **оценка качества услуги предполагает сравнение потребителем уровня личных ожиданий качества услуги с уровнем собственного восприятия качества**. Суть оценочного процесса заключается в “подтверждении – неподтверждении ожиданий” [49, 50]. Если уровень ожиданий потребителя относительно качества услуги соответствует уровню воспринимаемого качества обслуживания (подтверждение) или ниже его (позитивное неподтверждение), то потребитель остается удовлетворенным или даже восхищенным качеством обслуживания. Если уровень ожиданий потребителя оказывается выше уровня воспринимаемого качества обслуживания (негативное неподтверждение), то потребитель остается неудовлетворенным качеством обслуживания. *Целенаправленное осознанное воздействие на ожидания и восприятия потребителей услуги создает возможности для оказания влияния на результат оценки качества услуги;*

– в-третьих, **оценка качества услуги потребителем не ограничивается только конечным результатом, а включает весь процесс обслуживания**. И, как следствие, *конечный результат и процесс обслуживания оказываются тесно связанными между собой и оказывают равноценное влияние на восприятие потребителем “качества услуги”*.

Маркетинговая теория потребительского поведения в сфере услуг (“подтверждение – неподтверждение ожиданий”) и двухфакторная теория мотивации труда Ф. Герцберга были положены в основу разработанной С. Cronroos [91] двухфакторной модели качества. По Ф. Герцбергу полное удовлетворение трудом достигается в результате взаимодействия двух групп факторов (мотиваторов и гигиенических факторов). С. Cronroos также предлагает различать два качественных аспекта, ведущих к оптимальному восприятию качества услуги потребителем. Для потребителя важно не только **что** он получает в процессе обслуживания, но и **как** он это получает. Согласно этой теории следует различать технические (что) и функциональные (как) аспекты качества. Для полного восприятия качества необходимо одновременное наличие функционального и технического



аспектов качества услуги. Двухфакторная модель качества медицинской услуги может быть представлена в виде следующей схемы (рис. 5).

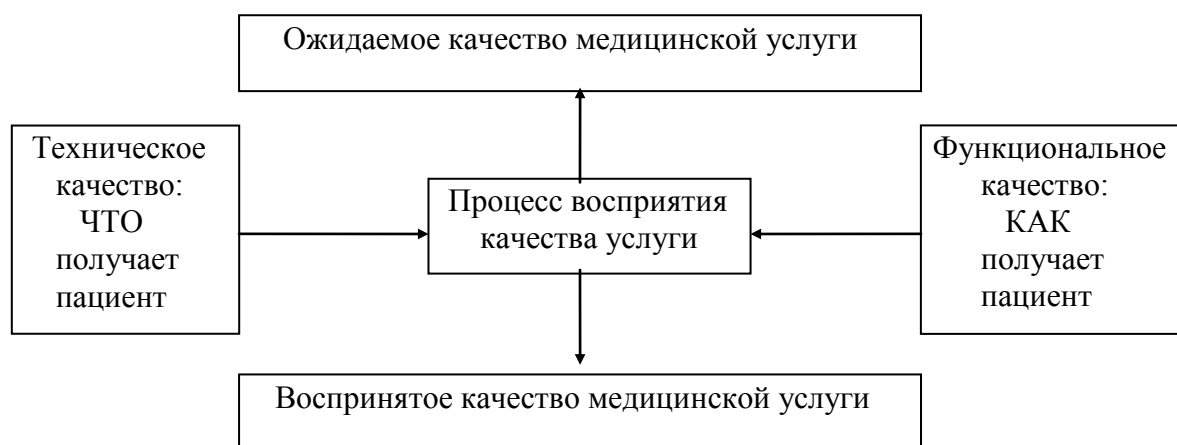


Рис. 5. Двухфакторная модель качества медицинской услуги

Следующим этапом в разработке маркетинговой теории качества услуги явилось изучение факторов потребительской оценки и их классификация. Используемые маркетологами критерии качества услуг (около 20) L. Berry [90] были сгруппированы в 10 оценочных факторов: доступность, коммуникабельность, компетентность, обходительность, доверительность, надежность, отзывчивость, безопасность, осязаемость и понимание/значение клиента. В результате установления взаимосвязей между отдельными критериями они были объединены в 5 основных групп:

- 1) **материальность** – осязаемость, осязаемость, осязаемость, реальность, то есть возможность увидеть современное оборудование, аппаратуру, технику, персонал, наличие и привлекательность информационных материалов об услугах фирмы;
- 2) **надежность** – прочность, основательность, достоверность, то есть способность фирмы выполнить обещанную услугу в срок, точно и основательно;
- 3) **отзывчивость** – чуткость, внимательность, то есть быстрое обслуживание и искреннее желание руководства и персонала фирмы помочь потребителю;
- 4) **убежденность** – уверенность, гарантированность, то есть компетентность, ответственность персонала фирмы;
- 5) **сочувствие** – сопереживание, то есть выражение заботы, вежливость и индивидуальный подход к потребителям.

На основании использования идеи двухфакторной модели качества услуги и 5-ти групп оценочных факторов учеными Техасского университета А. Парасураманом, В. Зейтхамлом и Л. Берри в середине 1980-х годов была разработана пятиступенчатая модель качества услуги. Согласно предложенной авторами модели наличие/отсутствие качества услуги следует рассматривать как результат наличия/отсутствия разрывов на пяти уровнях обеспечения качества услуги. Данная модель была положена в основу разработанного авторами метода исследования качества услуг, получившего

название SERVQUAL (service quality – “качество услуги”). Содержание предложенного подхода авторы определили как “*систематическое, периодическое, объективное и всестороннее исследование эффективности фирмы на рынке услуг*”.

Американская модель качества услуг отечественными специалистами В.З. Кучеренко, В.М. Алексеевой, Т.В. Скомороховой [36] была адаптирована к потребностям российского здравоохранения и с некоторыми изменениями представлена на рис. 6.



Рис 6. Пятиступенчатая модель качества медицинских услуг

Современные маркетинговые модели качества услуг являются концептуальной основой маркетинговых исследований качества и разработки программ стратегического развития здравоохранения, осуществляемых в направлении формирования осознанного поведения потребителей медицинских услуг и повышения доступности качественной медицинской помощи всем без исключения членам общества.

Адаптированный к потребностям отечественного здравоохранения маркетинговый анализ позволяет получить многофакторные результаты комплексного изучения рыночных возможностей лечебно-профилактических учреждений и установить различной силы связи между факторами, определяющими их успехи и неудачи при оказании населению медицинской помощи. Методика позволяет оценить текущее состояние дел в ЛПУ, а также

в структурных подразделениях лечебно-профилактических учреждений независимо от их формы собственности и особенностей финансирования (ОМС, ДМС, платные медицинские услуги). Полученная в результате анализа маркетинговая информация может быть использована для разработки комплекса мероприятий по повышению конкурентоспособности и финансовой устойчивости ЛПУ на рынке медицинских услуг.

Теоретические маркетинговые разработки нашли широкое применение в практике здравоохранения экономически развитых стран мира. В настоящее время в этих странах получили распространение идеи тотального менеджмента качества (Total quality management – TQM), заключающиеся в непрерывном повышении качества клинической практики (НПК) и управлении удовлетворенностью пациентов (УУП) на уровне медицинского учреждения [68].

Согласно Люблянской хартии по улучшению здравоохранения, принятой на совещании министров здравоохранения стран ЕРБ ВОЗ, *“любая реформа здравоохранения должна быть нацелена на непрерывное улучшение качества медицинской помощи, а также на повышение ее эффективности и включать в себя четко разработанную стратегию достижения этой цели”*. Для реализации поставленной цели в России в 2003 г. была принята отраслевая программа *“Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 гг.”* [57], одной из основных задач которой стала разработка и внедрение единой стратегии непрерывного улучшения качества медицинской продукции и медицинских услуг в здравоохранении на всей территории РФ, гармонизированной с международными стандартами в области обеспечения качества.

Федеральным законом от 29.01.2006 г. № 258-ФЗ *“О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий”* контроль за качеством оказываемой медицинской помощи с 1 января 2008 г. возложен на органы государственной власти субъектов РФ. При этом функцию контроля и надзора за полнотой и качеством выполнения переданных полномочий осуществляет Росздравнадзор. Другими словами, федеральный закон устанавливает двухуровневую систему государственного контроля качества, представленную органами Росздравнадзора и исполнительной власти субъектов РФ. Вместе с тем, вполне понятной является необходимость введения еще одного уровня контроля, организуемого непосредственно в самом медицинском учреждении. При этом контроль должен быть основан на принципе *“ориентации на потребителя (пациента) и удовлетворения его ожиданий при получении медицинской помощи”*.

Современное понимание термина *“total quality management”* (TQM)(всеобщее руководство качеством) раскрывается в его определениях. Согласно наиболее популярному из них, TQM – *“это система действий, направленных на достижение удовлетворения и восхищения потребителей (клиентов), рост возможностей работников, более высоких долговременных доходов и меньших затрат”*. Очень близким к нему по содержанию является

официальное определение, принятое международным стандартом ИСО 8402 “Менеджмент качества и обеспечение качества”: *“это подход к руководству организацией, нацеленный на качество, основанный на участии всех ее членов и направленный на достижение долгосрочного успеха путем удовлетворения потребителя и выгоды для всех членов организации и общества”*. В здравоохранении под тотальным менеджментом качества (или всеобъемлющим управлением качеством) понимается постоянно действующая централизованная система управления улучшением качества, предоставляющая широкие возможности персоналу здравоохранения в решении медицинских проблем обслуживаемого населения. Согласно новой системе взглядов основной объем деятельности по управлению качеством медицинской помощи осуществляется непосредственно самими сотрудниками учреждений здравоохранения.

Основой разработки программ НПК являются следующие концептуальные положения:

- успех деятельности медицинского учреждения прямо зависит от приверженности медицинского персонала идеям непрерывного повышения качества медицинской помощи;
- повышение качества медицинской помощи требует формирования новых профессиональных поведенческих установок на основе рационального распределения служебных обязанностей и ориентации работников на постоянное совершенствование качества. Необходимым условием является создание рабочей атмосферы, главной характеристикой которой является “непрерывное совершенствование качества медицинской помощи и повышение удовлетворенности пациентов”;
- постоянное совершенствование качества достигается разработкой и внедрением новых систем поощрения и стимулирования успешной деятельности сотрудников путем оперативной оценки уровней удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи и использования систем комплексного отслеживания результатов деятельности и их сравнения с достигнутыми ранее показателями и данными других учреждений;
- успешная реализация программ НПК требует разработки и внедрения комплекса мер, направленных на обеспечение удовлетворенности работой медицинского персонала учреждений здравоохранения с широким информационным оповещением данных о состоянии морального климата в коллективе и удовлетворенности персонала путем изучения мнения медицинских работников по различным вопросам совершенствования качества медицинской помощи.

Разработка программ управления удовлетворенностью пациентов (УУП) предусматривает использование нескольких взаимосвязанных подходов:

- использование системы управления рисками на основе изучения факторов, влияющих на качество предоставляемой медицинской помощи:

безопасность медицинских услуг, соблюдение санитарно-гигиенических условий, наличие инфекционных осложнений, дефектов в диагностике и лечении, а также проведение анализа имеющихся и потенциальных проблем с разработкой путей их преодоления в процессе реализации программ аккредитации учреждений здравоохранения;

- обеспечение взаимодействия представителей администрации и лиц духовного звания с пациентами и их родственниками перед поступлением в медицинские учреждения и при выписке для проявления заботы о пациенте, выявления имеющихся у него проблем и оказания адекватной помощи; проведение мониторинга удовлетворенности пациентов профессиональным сестринским персоналом на постгоспитальном этапе и в амбулаторных условиях после проведения некоторых процедур и малых операций. Использование круглосуточной программы “Обратитесь к медицинской сестре” в качестве горячей линии связи с потребителями для непрерывного изучения мнения и ожиданий населения в отношении качества предоставляемой медицинской помощи и разработки мер по удовлетворению запросов потенциальных пациентов;
- проведение целевых обследований группы пациентов (7–9 человек) для выяснения мнения о качестве медицинского обслуживания и путей его повышения, опроса пациентов по почте с помощью специально разработанных опросных листов, а также привлечение платных и добровольных “представителей” пациентов для изучения удовлетворенности качеством помощи и принятия участия в рассмотрении жалоб. Создание специальной службы работы с посетителями – “информационных центров для посетителей” в связи со значительным влиянием последних на формирование у пациентов мнения о медицинском учреждении и удовлетворенности оказываемой им медицинской помощи;
- проведение ежегодных комплексных маркетинговых исследований местного рынка медицинских услуг и сопоставление результатов исследований с оценками деятельности конкурирующих медицинских организаций. Прогнозирование потребностей пациентов, тенденций развития здравоохранения для планирования мероприятий по обеспечению качества медицинского обслуживания и удовлетворенности потребителей.

В более узком понимании понятие “управление качеством” означает процедуру решения проблем. Их наличие связано с возможностью появления нежелательных результатов работы. В связи с этим процесс управления качеством может быть представлен в виде замкнутого цикла, состоящего из 7 этапов:

- 1 этап – **поиск проблемы**, заключающийся в выявлении имеющихся дефектов в оказании медицинской помощи;
- 2 этап – **наблюдение**, направленное на выяснение сути проблемы;
- 3 этап – **анализ**, состоящий в выявлении главных причин проблемы;
- 4 этап – **действие**, заключающееся в устранении выявленных причин ненадлежащего оказания медицинской помощи;

- 5 этап – **проверка**, направленная на подтверждение эффективности предпринятых действий;
- 6 этап – **стандартизация**, предусматривающая постоянное эффективное устранение причин;
- 7 этап – **завершение работы**, основным содержанием которого является оценка действий и планирование работы, направленной на дальнейшее улучшение качества медицинской помощи.

Опыт экономически развитых стран по управлению качеством медицинской помощи при непосредственном вовлечении медицинских работников в процесс решения проблем качества нашел применение в российском здравоохранении [68, 69]. При поддержке специалистов Агентства США по международному развитию сотрудниками ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ в Тверской и Тульской областях внедрен современный подход к улучшению качества на основе цикла Шухара ПИАВ:

**Планирование** – выдвижение гипотезы улучшения;

**Испытание** – проведение улучшения;

**Анализ** – изучение результатов улучшения;

**Внедрение** – внесение изменений в практику работы.

В результате использования современных технологий управления качеством медицинской помощи удалось добиться сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре (в среднем на 40%), уменьшить количество осложнений и стоимость лечения (в среднем на 10–20%) [66].

## ***8.2. Управление качеством медицинской помощи в здравоохранении РФ***

Одним из стратегических направлений реформы отечественного здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи; главной целью – создание системы здравоохранения, способной максимально полно влиять на сохранение и укрепление здоровья населения. В современных условиях эффективное управление системой здравоохранения заключается в управлении качеством медицинской помощи.

Единые методологические и организационные принципы управления системой качества медицинской помощи определены федеральными законами “О медицинском страховании граждан в РФ” (1991), “Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан” (1993), “О защите прав потребителей” (1992), приказом МЗ РФ и ФФОМС от 24.10.1996 года № 363/77 “О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ”, утвердившим Положение о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, Положение о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи, Положение о внештатном медицинском эксперте, Положение об эксперте страховой медицинской организации; Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной

нетрудоспособности, утвержденной приказом МЗ РФ и Фонда социального страхования РФ от 06.10.1998 года № 291/167 и др.

Согласно действующему законодательству целью контроля качества является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов и применения эффективных медицинских технологий. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов, определенных отраслевыми медицинскими стандартами и другими нормативными документами системы здравоохранения.

Международный стандарт определяет систему качества как совокупность организационных структур, ответственности, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего управления качеством. Согласно этому определению, система управления качеством в здравоохранении включает три взаимосвязанных компонента:

- **участники контроля** или те, кто осуществляет контроль;
- **средства контроля** или то, с помощью чего осуществляется контроль;
- **механизмы контроля** или то, каким образом осуществляется контроль.

Важным структурным компонентом системы управления качеством медицинской помощи являются **участники контроля**. Согласно действующему законодательству участниками контроля качества в российском здравоохранении являются:

- медицинские учреждения;
- органы управления здравоохранением;
- государственные медицинские образовательные учреждения, осуществляющие послевузовское или дополнительное профессиональное образование;
- фонды обязательного медицинского страхования;
- страховые медицинские организации;
- исполнительные органы Фонда социального страхования;
- лицензионные комиссии;
- профессиональные медицинские ассоциации;
- органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- органы государственного пожарного надзора;
- государственная инспекция по охране труда;
- Госстандарт России и его территориальные органы;
- Госкомитет по антимонопольной политике и его территориальные органы;
- страхователи;
- общественные объединения потребителей.

Таким образом, созданная в нашей стране в середине 1990-х годов единая система управления качеством медицинской помощи включает две

основных подсистемы: систему ведомственного и систему вневедомственного контроля.

### ***8.2.1. Организация контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения***

В общей системе управления качеством медицинской помощи особо важное значение придается ведомственному контролю. Он является основным видом контроля, наиболее приближенным к производителям медицинских услуг и осуществляемым органами управления здравоохранением и медицинскими учреждениями.

Целью проведения ведомственного контроля является совершенствование качества медицинской помощи, выявление ошибок и нарушений в действиях врачей, анализ причин и их устранение, оценка полноты и эффективности использования имеющихся ресурсов.

В соответствии с поставленной целью основными задачами ведомственного контроля являются:

- раннее выявление и предупреждение возникновения врачебных ошибок и недостатков при оказании медицинской помощи, своевременное их устранение;
- снижение риска прогрессирования имеющегося у пациента или возникновения нового патологического процесса;
- рациональное использование всех видов ресурсов здравоохранения;
- обеспечение удовлетворенности пациентов от взаимодействия с системой здравоохранения;
- обеспечение безопасности работы медицинского персонала.

Основными функциями ведомственной системы контроля являются:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинского учреждения (**контроль структурного компонента качества медицинской помощи**);
- экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам (**контроль технологического компонента качества медицинской помощи**);
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, а также изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения (**контроль качества результата**);
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное воздействие на процесс оказания помощи и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи;
- подготовка рекомендаций, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;



- выбор наиболее рациональных управленческих решений, проведение оперативных корректирующих воздействий и контроль за их реализацией.

Организационная структура ведомственной системы контроля качества представлена органами управления здравоохранением и лечебно-профилактическими учреждениями. Осуществление контроля качества является функциональной обязанностью должностных лиц системы здравоохранения.

На уровне органа управления здравоохранением контроль осуществляют:

- главные штатные и внештатные специалисты;
- клинико-экспертные комиссии.

В медицинских учреждениях функции контроля выполняют:

- заведующие отделениями (**первая ступень экспертизы**);
- заместители руководителей учреждений по клинико-экспертной работе, лечебной работе, по амбулаторно-поликлинической помощи и др. (**вторая ступень экспертизы**);
- клинико-экспертные комиссии учреждений (**третья ступень экспертизы**).

Управление процессом контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении осуществляет клинико-экспертная комиссия (КЭК) и входящие в ее состав: комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности (КЭВН), лечебно-контрольная комиссия (ЛКК), комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ). Клинико-экспертная комиссия организует коллегиальное обсуждение и принятие решений по всем наиболее значимым клинико-экспертным вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности, профессиональной пригодности и т.д. КЭК проводит оценку состояния и использования кадровых ресурсов, материально-технического и финансового обеспечения, организует изучение удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг и разрабатывает предложения по улучшению организации дела, а также разрешает конфликтные ситуации, проводит разбор жалоб и претензий пациентов, возникающих в процессе оказания медицинской помощи. Контроль технологического компонента качества медицинской помощи проводится по законченным случаям лечения на основе анализа первичной медицинской документации (медицинской карты амбулаторного пациента, истории болезни, истории родов и др.). При необходимости проводится очная экспертиза. Комиссию возглавляет заместитель главного врача по клинико-экспертной работе. Заседания комиссии проводятся ежемесячно.

**Обязательному контролю** подлежат:

- летальные исходы;
- впервые выявленные онкологические заболевания в поздних стадиях;
- внутрибольничные инфицирования и осложнения, послеродовые осложнения;
- первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

- многократная госпитализация по поводу одного заболевания в течение года;
- нарушение сроков лечения;
- расхождение диагнозов;
- смерть на дому лиц трудоспособного возраста;
- жалобы пациентов и/или их родственников.

**Выборочному контролю** подлежат все прочие случаи оказания медицинской помощи методом “случайной” выборки. В течение месяца заведующие подразделениями проводят экспертизу не менее половины всех законченных случаев лечения. Заместители главного врача по соответствующим службам проводят не менее 30–50 экспертиз в течение квартала. Каждый случай экспертной оценки 1-го уровня (заведующими отделениями) регистрируется в “Журнале экспертной оценки оказания медицинской помощи” с указанием номера амбулаторной карты или истории болезни, ФИО врача, выявленных дефектов. По окончании отчетного периода заполняется протокол экспертизы качества в отделении. На каждый случай экспертной оценки заместителями главного врача по соответствующим службам (2-й уровень экспертизы) заполняется “Карта оценки качества медицинской помощи”. Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью проводится ежемесячно с помощью анкетирования. Результаты оценки качества медицинской помощи дополняются расчетом и анализом показателей деятельности медицинского учреждения.

Методика экспертной оценки качества медицинской помощи и набор показателей, ее характеризующих, разрабатываются, утверждаются и согласовываются на региональном уровне. Изучение удовлетворенности медицинской помощью проводится также по принятой в регионе методике.

Таким образом, ведомственная система контроля качества осуществляет экспертизу всех трех компонентов качества медицинской помощи и представляет собой основной вид контроля, осуществляемый непосредственно самими исполнителями медицинских услуг. Структурный и технологический компоненты качества медицинской помощи обеспечиваются органами управления здравоохранением, которые регламентируют деятельность сети медицинских учреждений и условия их функционирования. К сожалению, действенные механизмы обеспечения качества медицинской помощи в отечественном здравоохранении до сих пор остаются окончательно не сформированными.

### ***8.2.2. Организация процедуры вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи***

Создание вневедомственной системы контроля качества медицинской помощи является принципиально новым явлением в практике отечественного

здравоохранения. Ее формирование стало одним из важнейших направлений в комплексе системных преобразований, проводимых на протяжении последних 20 лет в рамках осуществляемой в стране реформы здравоохранения. За прошедший период вполне определились сложившиеся в этой области проблемы, что позволяет выделить приоритетные направления по дальнейшему совершенствованию организации дела.

**Целью** вневедомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав застрахованных пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих территориальной программе обязательного медицинского страхования, и содействие органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения.

Основными **задачами** вневедомственной системы контроля являются:

- организация медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения прав застрахованных граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и контроля обоснованности размеров оплаты медицинских услуг из средств обязательного медицинского страхования;
- повышение ответственности медицинских учреждений за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинских услуг, методами экономического воздействия.

**Функциями** вневедомственной системы контроля качества являются:

- оценка возможностей учреждений здравоохранения по обеспечению требуемого уровня качества медицинской помощи;
- проверка выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями, а также между страхователем и страховщиком;
- контроль правильности применения тарифов и соответствия предъявляемых к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи;
- контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- анализ результатов оказания медицинской помощи, в том числе изучение удовлетворенности пациентов от взаимодействия с системой здравоохранения;
- подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль за их выполнением;
- другие виды контроля, осуществляемые субъектами в пределах своей компетенции.

Организационная структура вневедомственной системы контроля качества медицинской помощи включает учреждения и организации, не входящие в систему здравоохранения. Действующей нормативной базой

определен перечень функциональных обязанностей каждого из участников вневедомственного контроля: фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, исполнительных органов Фонда социального страхования, лицензионных комиссий, профессиональных медицинских ассоциаций, страхователей, общества защиты прав потребителей.

В соответствии с законом “О медицинском страховании граждан в РФ” (1991) главной целью деятельности территориальных фондов ОМС является реализация государственной политики в области обязательного медицинского страхования. Согласно Положению о территориальном фонде ОМС основными задачами фонда являются обеспечение реализации закона “О медицинском страховании граждан в РФ” и предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС. В соответствии с поставленными задачами в **функции территориального фонда ОМС** входит:

- разработка и утверждение на территориальном уровне основополагающих законодательных документов в области обязательного медицинского страхования: Правила обязательного медицинского страхования, Положение о порядке оплаты медицинских услуг, Положение о контроле качества медицинской помощи;
- осуществление контроля за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование, и установление соответствия оплаты медицинской помощи ее объему и качеству.

Выполнение контролирующих функций обеспечивается проведением экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с законодательно установленной компетенцией каждого из участников вневедомственного контроля качества.

Компетенцией **страховой медицинской организации** является:

- организация и осуществление согласно заключенным договорам обязательного и добровольного медицинского страхования контроля качества, объема и сроков оказания медицинской помощи штатными экспертами, а также путем привлечения на договорной основе внештатных специалистов, входящих в регистр экспертов;
- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему и качеству, а для обязательного медицинского страхования – территориальной программе ОМС, с правом частичного или полного возмещения затрат по оказанию медицинских услуг;
- предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам;
- информирование органов управления здравоохранением, лицензионных комиссий о выявленных в процессе экспертной работы недостатках в деятельности лечебно-профилактических учреждений;

- заключение договоров на выполнение медицинской экспертизы качества с компетентными организациями и специалистами;
- участие в разработке тарифов на медицинские услуги, в лицензировании и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и физических лиц;
- обращение в установленном порядке в лицензионные комиссии с заявлением о приостановлении или прекращении действия лицензии;
- перезаключение договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию в случае выявления неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным.

В компетенцию **исполнительных органов Фонда социального страхования** входит:

- осуществление контроля за обоснованностью выдачи, продления, правильности оформления документов, подтверждающих временную нетрудоспособность граждан, в том числе при выявлении случаев:
  - а) временной нетрудоспособности, превышающих средние показатели;
  - б) заканчивающихся выходом на инвалидность;
  - в) несвоевременного направления на медико-социальную экспертизу.

Компетенция **лицензионных комиссий** включает:

- контроль за безопасностью медицинских услуг и определение их соответствия установленным стандартам;
- контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий;
- выдача лицензий и сертификатов юридическим лицам и гражданам.

Компетенцией **профессиональных медицинских ассоциаций** является:

- участие в формировании регистра экспертов;
- организация экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой гражданам лечебно-профилактическими учреждениями и лицами, занимающимися частной практикой, являющимися членами ассоциации;
- разработка стандартов качества медицинской помощи, программ и критериев подготовки повышения квалификации медицинских кадров, соглашений по тарифам на медицинские услуги;
- участие в работе комиссий по аттестации медицинских работников, аккредитации и лицензированию деятельности учреждений здравоохранения, квалификационных экзаменационных комиссиях.

В компетенцию **страхователя** входит:

- контроль за соблюдением условий договора медицинского страхования;
- получение сведений об организациях, наделенных правом осуществления экспертизы качества медицинской помощи населению, и порядке их деятельности;
- получение сведений о состоянии медицинской помощи застрахованным и информирование застрахованных о результатах экспертной оценки качества медицинской помощи и мерах по ее улучшению;

- перезаключение договоров медицинского страхования в случае неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным.

Компетенцией **общества защиты прав потребителей** является:

- изучение общественного мнения о качестве медицинской помощи;
- информирование субъектов вневедомственного контроля качества и органов управления здравоохранением о дефектах в оказании медицинской помощи;
- защита прав пациентов путем представления и защиты их интересов в административных и судебных органах.

Согласно действующей нормативной базы основными причинами проведения вневедомственного контроля качества служат:

**а) для страховых медицинских организаций:**

- жалобы пациентов и/или страхователей на качество медицинской помощи;
- неблагоприятный исход заболевания, связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий;
- несоответствие представляемых на оплату счетов территориальным медико-экономическим стандартам или территориальной программе ОМС;
- наличие многочисленных дефектов при оказании медицинской помощи отдельными специалистами, подразделениями, учреждениями;

**б) для исполнительных органов Фонда социального страхования:**

- представление к оплате документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, оформленных с нарушением установленного порядка;
- сомнения в обоснованности выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, сроках временной нетрудоспособности, сроках направления на медико-социальную экспертизу;

**в) для лицензионных комиссий:**

- проведение лицензирования юридических и физических лиц;
- обеспечение контроля за выполнением лицензионных условий.

### ***8.2.2.1. Организация и порядок проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе ОМС***

Ведущая роль в системе вневедомственного контроля качества принадлежит страховым медицинским организациям (СМО), а в случае их отсутствия – территориальным фондам ОМС, осуществляющим контроль всех трех компонентов качества медицинской помощи. Вневедомственный контроль качества проводится на основании договора на оказание лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенному между страховщиком и учреждением здравоохранения. Контроль осуществляют штатные и внештатные медицинские эксперты на основе анализа медицинской документации при наличии соответствующего

допуска к сведениям, составляющим врачебную тайну (приказ ФФОМС от 25.03.1998 года № 30 “О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну”).

Процесс оценки качества медицинской помощи включает проведение процедуры контроля и экспертизы. Под контролем качества [31] понимается деятельность, направленная на сопоставление полученных результатов и характеристик с установленными стандартами; под экспертизой качества – проверка соответствия деятельности и ее результатов имеющимся представлениям в виде руководств, экспертных мнений, норм и нормативов, проводимая признанными высококвалифицированными специалистами (экспертами) или группой специалистов [79].

Контроль объемов и качества медицинской помощи, осуществляемый страховыми медицинскими организациями, включает проведение первичного экспертного контроля соответствия оказанной медицинской помощи договорным обязательствам и принятому на территории порядку оплаты медицинских услуг в системе ОМС, и экспертизу качества медицинской помощи. Первичный экспертный контроль проводится штатными специалистами (организаторами здравоохранения) страховщиков сплошным методом по данным предъявленных к оплате счетов (реестров) за оказанную медицинскую помощь. Содержание **первичного экспертного контроля** заключается в проверке:

- правильности оформления счетов;
- идентификации принадлежности застрахованных данному страховщику;
- соответствия оказанной медицинской помощи территориальной программе обязательного медицинского страхования;
- обоснованности применения тарифов и правильности расчетов стоимости медицинской помощи.

При необходимости уточнения информации штатный специалист СМО проводит анализ индивидуальных счетов (карт выбывшего из стационара, талонов амбулаторного пациента) и первичной медицинской документации (истории болезни, амбулаторных карт) непосредственно в учреждении здравоохранения. По итогам первичного экспертного контроля в случае выявления нарушений оплата счетов может быть приостановлена (счета возвращены на доработку) или отклонена. Результаты первичного контроля являются основанием для проведения в учреждении здравоохранения экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в учреждениях здравоохранения штатными и внештатными медицинскими экспертами, имеющими соответствующую квалификацию по проверяемому профилю медицинской помощи и аттестованными в установленном порядке. Для проведения экспертизы используется “Карта оценки качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности”.

Выделяют плановые (выборочные) и целевые экспертизы качества медицинской помощи. Плановой является экспертиза определенной

совокупности случаев медицинской помощи, отобранных при первичном экспертном контроле. Плановые экспертизы в каждом учреждении здравоохранения проводятся не реже одного раза в год в периоды, определенные планом проверок. План проверок разрабатывается субъектом вневедомственного контроля и доводится до сведения всех медицинских учреждений. Плановой экспертизе подлежат не менее 3% случаев оказания медицинской помощи в стационаре и 1% законченных случаев в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Целевой является экспертиза отдельно взятого случая медицинской помощи, проводимая по определенному поводу. Основными причинами проведения **целевой экспертизы** являются:

- необходимость подтверждения надлежащего объема и качества медицинской помощи в случае запросов территориальных фондов и страховых медицинских организаций;
- письменная жалоба пациента, его родственников или страхователя на качество медицинской помощи в учреждении здравоохранения.

На время проведения экспертной проверки руководство учреждения здравоохранения обязано предоставить врачу-эксперту всю необходимую документацию, включая оперативные медицинские документы. Для проведения углубленного анализа эксперт может использовать архивную медицинскую документацию в течение 10 дней.

Страховщики отчитываются о проведении вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с утвержденной ФФОМС ведомственной статистической отчетностью (приказ ФФОМС от 06.05.1999 года № 42 “Об утверждении статистической формы ведомственной отчетности № ПГ”). К сожалению, анализ данных формы № ПГ, в частности, по Московской области за 2003–2007 гг. свидетельствует об отсутствии тенденции к улучшению качества медицинской помощи [21]. Этот вывод подтверждается ростом доли выявляемых по результатам вневедомственной экспертизы дефектов КМП с 15,1% до 17,6% с одновременным увеличением (почти в 10 раз) общей суммы удержания средств из-за частичной или полной неоплаты медицинских услуг (с 30 млн. до 285,9 млн. рублей).

Таким образом, согласно законодательству страховые медицинские организации осуществляют контроль всех трех компонентов качества медицинской помощи. Лицензионные комиссии и профессиональные медицинские ассоциации контролируют структурный и технологический компоненты качества. Участие страхователей и общественных объединений потребителей в контроле качества медицинской помощи является весьма ограниченным и недостаточно конкретизированным. Вместе с тем отсутствие четкого разграничения функций между участниками контроля, несовершенство используемых средств и механизмов контроля чрезвычайно затрудняет эффективное проведение контроля качества в здравоохранении. В таких условиях обеспечение надлежащего качества медицинской помощи является трудно выполнимой задачей.



### **8.3. Технологии контроля качества медицинской помощи**

Вторым структурным компонентом системы управления качеством медицинской помощи являются **средства контроля**. Под средствами контроля качества медицинской помощи понимают:

- **медицинские стандарты;**
- **экспертные оценки;**
- **показатели деятельности медицинских учреждений, здоровья населения.**

#### **8.3.1. Стандарты и стандартизация здравоохранение**

##### **8.3.1.1. Определение понятия “стандарт”, виды стандартов. Порядок разработки и использования стандартов в здравоохранении**

Стандарты представляют собой нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные соответствующими компетентными органами. Согласно глоссарию, стандарт качества медицинской помощи – это реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи.

Стандарты могут быть выражены разными статистическими величинами. Они могут быть представлены целыми числами и не иметь пределов отклонений. Иногда допустима значительная дисперсия и целый ряд величин являются стандартами. Стандарты также могут иметь множество модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты) объекта измеряются, и какова взаимосвязь между тем, что измеряется – и тем, что считается “хорошим”. Некоторые элементы процесса медицинского обслуживания или же его результата измеряются в номинальной форме. В этом случае стандарт может быть выражен в процентах случаев, в которых этот элемент присутствует или отсутствует. Такой стандарт называют “структурным”. Этим показателем, например, выражают летальность.

Элементы измеряют и при помощи более сложной числовой шкалы (например, длительность лечения). Для таких элементов разрабатывают стандарты, являющиеся средними величинами и дисперсиями. В этом случае в качестве оптимума принимается некая средняя величина или некий “пик” в середине шкалы с допущением некоторых отклонений в обе стороны. Такого рода стандарты называют “склоняемыми”. Например, чем настойчивее (или ненастойчивее) предписание врача к проведению операции, тем хуже (или лучше) результаты лечения, если рассматривать такого рода тактику врача с позиций гипер- и гиподиагностики.

Элементы, которые оценивают по их интенсивности (чем чаще или реже, тем лучше), называют “монотонными стандартами” (например, стандарты рождаемости, младенческой смертности). Иногда эти стандарты

относят к “категоричным” (либо – все, либо – ничего), когда желательно 100%-ное, либо 0%-ное значение с небольшими допустимыми отклонениями (например, выздоровление – 100%, инвалидность – 0%). Различают также стандарты “реальные” и “идеальные” или потенциальные.

В зависимости от выбранных классификационных критериев выделяют несколько видов медицинских стандартов:

**1) по уровню принятия стандарта:**

- международные;
- национальные (федеральные);
- территориальные;
- локальные (местные);

**2) по объекту стандартизации:**

- структурно-организационные;
- профессиональные;
- технологические (медико-экономические);
- результативные;

**3) по способу создания и использования:**

- простые;
- групповые.

Ведущим классификационным критерием служит уровень разработки и утверждения медицинских стандартов, так как от уровня принятия стандартов зависит степень обязательности их исполнения. Так, национальные стандарты утверждаются на федеральном уровне и являются обязательными для исполнения на всей территории страны. Территориальные стандарты разрабатываются и утверждаются субъектом РФ на основе уточнения национальных стандартов и являются обязательными для исполнения на конкретной административной территории. Локальные стандарты принимаются и исполняются на уровне отдельного медицинского учреждения. При этом требования федеральных нормативных документов имеют безусловный приоритет перед требованиями документов регионального и местного уровней и должны быть приведены в соответствие с ними.

Выделение основных объектов стандартизации в здравоохранении обусловлено структурой качества медицинской помощи. К ним относятся: условия оказания медицинской помощи; профессиональные качества медицинских работников; содержание лечебно-диагностического процесса и результаты медицинской деятельности. Каждому объекту стандартизации соответствует свой особый вид стандарта. Так, структурно-организационные стандарты устанавливают требования к условиям оказания медицинской помощи; профессиональные – к профессиональным качествам медицинских работников; технологические – предусматривают перечень необходимых лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нозологическими формами болезней с учетом пола, возраста пациентов и ряда других

биологических признаков; результативные – требования к конечным результатам деятельности системы здравоохранения.

В настоящее время основой разрабатываемых диагностических и лечебных программ по видам медицинской помощи является представление о стандартизации как об одной из сторон единого процесса управления здравоохранением. Оказанная конкретному больному медицинская помощь сопоставляется со стандартами объемов лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий и сроков лечения при различных нозологических формах заболеваний.

**Схема стандарта** включает четыре основных элемента:

- набор рекомендуемых лабораторно-диагностических исследований и консультаций специалистов в соответствии с тяжестью заболевания;
- перечень наиболее часто используемых групп лекарственных препаратов;
- показатели длительности лечения в зависимости от тяжести заболевания;
- клинические критерии результатов лечения, среднестатистический показатель выздоровления.

Приказ МЗ РФ № 303 от 3.08. 1999 г. “О введении в действие Отраслевого стандарта “Протоколы ведения больных. Общие требования” положил начало разработке и внедрению единых федеральных стандартов медицинского обслуживания пациентов. Протокол ведения больного представляет собой нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к оказанию медицинской помощи больному при конкретном заболевании, синдроме или клинической ситуации. В настоящее время создана система разработки, утверждения и внедрения федеральных медицинских стандартов – протоколов ведения больного.

Для оценки медицинской помощи больным в учреждениях здравоохранения применяются федеральные медицинские стандарты, утвержденные приказом МЗ РФ от № 164 от 27.05.2002 г. “Об утверждении отраслевого стандарта “Протокол ведения больных”. Этими документами впервые в нормативную базу введены такие разделы как обязательный объем медицинской помощи; расчет стоимости медицинской помощи; форма информированного согласия больных; формы мониторинга эффективности протоколов; формулярные статьи на лекарственные средства и т.д. Всего в настоящее время в разработке находится более 70 протоколов ведения больных.

В зависимости от способа создания стандартов и их использования, они делятся на **простые** и **групповые**. **Простой стандарт** предусматривает наличие только одного стандарта на продукцию или услугу. При этом определение соответствия продукции стандарту осуществляется по принципу “соответствует – не соответствует”. Несоответствие обуславливает отказ в выдаче сертификата и запрет на реализацию данной продукции. **Групповой стандарт** предусматривает разработку и использование комплекса стандартов одного вида, иерархически связанных между собой. В таких

условиях определение соответствия услуги осуществляется путем установления ее соответствия стандарту высшей – , первой – , общей (базовой) категории (класса, разряда), несоответствия ни одному из стандартов. По результатам оценки выдается сертификат соответствия с указанием категоричности стандарта. Несоответствие ни одному из стандартов является основанием для отказа в выдаче сертификата.

Проведение процедуры стандартизации разных компонентов качества медицинской помощи имеет свои особенности. Они обусловлены возможностями измерения исследуемых предметов и явлений. Так, структурный компонент качества сравнительно легко поддается измерению, а разработка стандартов не является слишком сложной задачей. Поэтому методом выбора при определении лечебно-диагностических возможностей медицинского учреждения являются групповые структурно-организационные стандарты. Профессиональные качества медицинских работников также оцениваются на основании их соответствия групповым профессиональным стандартам. Необходимость формирования структурно-организационных и профессиональных стандартов и их использование в оценке структурного компонента качества признается всеми специалистами. Вместе с тем, у них имеются обоснованные сомнения относительно целесообразности формирования технологических стандартов.

Одни исследователи для оценки правильности выполнения врачебного процесса рекомендуют применять стандарты медицинских технологий, включающие перечень обязательных лечебно-диагностических мероприятий для отдельных нозологических форм на этапах медицинской помощи [14, 15, 37]. При этом стандарты медицинской помощи считаются необходимыми компонентами обеспечения и контроля качества медицинского обслуживания, а их несоблюдение является одной из причин ненадлежащего КМП [38, 54].

Ю.М. Комаров [30] приводит сведения о системе индикаторов качества, используемых в здравоохранении Великобритании для характеристики доступности медицинской помощи:

- длительность ожидания плановой операции;
- сроки ожидания скорой помощи и бригады интенсивной терапии;
- соотношение ожидающих операции пациентов и госпитализированных;
- сроки задержки выписки и т.п.

Для оценки каждого индикатора разработаны нормативно утвержденные стандарты. Так, одним из индикаторов качества амбулаторной помощи больным гипертензией является доля больных с АД 160/90 мм рт. ст. и выше, которым проведено повторное измерение АД в течение трех месяцев. Стандартом устанавливается количественное значение данного индикатора: минимум 90% больным с АД 160/90 мм рт. ст. и выше в течение трех месяцев должны быть проведены повторные измерения АД. Это пример достаточно жестких стандартов, имеющих чрезвычайно малую степень свободы. Стандарты такого типа широко применяются во многих странах.

Они служат основанием (в случае несоответствия) для анализа самой деятельности (технологии или процесса) и принятия соответствующих решений.

Другие исследователи считают применение стандартов в медицине методически некорректным, поскольку последние отражают лишь усредненные объемы медицинской помощи той или иной группе больных и не учитывают разнообразные факторы, влияющие на выбор медицинских технологий применительно к конкретному пациенту [47, 66]. Действующие российские медико-экономические стандарты, в отличие, например, от американских, не снабжены ссылками на научные данные подробными объяснениями и не предусматривают альтернативные варианты в зависимости от состояния конкретного пациента [76]. По мнению многих специалистов, несовершенство отечественных медицинских стандартов является основной причиной их несоблюдения [9, 10, 59]. В свою очередь, их несоблюдение не следует однозначно рассматривать как ошибочное, поскольку стандарты не могут подменить профессиональные знания врача и принципы клинического мышления [62].

Ю.М. Комаров [30] так же считает, что в сравнении со стандартами технологий производства лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения, бактериальных и вирусных препаратов, вакцин и сывороток, медицинские стандарты клинических технологий являются не настолько обязательными. Технологические стандарты базируются на оптимальных клинических рекомендациях или руководствах, которые, в свою очередь, основаны на доказательной медицине. Методологией доказательной медицины служит клиническая эпидемиология, позволяющая статистическими методами установить наличие (отсутствие) значимых связей между результатами лечения и применяемыми технологиями.

В практике здравоохранения развитых стран руководства (или клинические рекомендации) используются для улучшения качества медицинской помощи в целом, а также рационального планирования и использования ограниченных ресурсов здравоохранения, обучения медицинского персонала с целью уменьшения числа врачебных ошибок и судебных исков. Они регламентируют порядок проведения аудита качества медицинской помощи и содержание функциональных обязанностей медицинских работников. На их основе составляется перечень необходимых лекарственных препаратов, изделий медицинской техники и т.д.

В настоящее время в здравоохранении 150 стран мира действуют системы менеджмента качества, созданные на основе международных стандартов ИСО серии 9000 (ISO – International Organization for Standardization). Россией также принят гармонизированный с международными требованиями национальный стандарт ГОСТ Р ИСО 9001–2008 “Системы качества. Требования” [43,70]. Вместе с тем, в связи с несовершенством процесса оценивания медицинского обслуживания с помощью технологических стандартов в нашей стране и отсутствием опыта

законодательного принуждения врачей к стандартизации своей профессиональной деятельности, применение стандартов в оценке врачебного процесса в практике отечественного здравоохранения встречается не так уж часто.

Однако эффективное применение технологических стандартов все-таки возможно при условии их использования совместно с различными экспертными методами [35]. Рациональное сочетание стандартов и экспертной оценки представляется наиболее оптимальным средством контроля технологического компонента качества медицинской помощи. В этом случае несоответствие медицинской деятельности установленному стандарту является поводом для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Вместе с тем, в связи с повышением значимости стандартов в обеспечении и оценке качества медицинской помощи отмечается не всегда оправданное стремление к созданию стандартных решений на все случаи медицинской деятельности. Так, например, в Кемеровской области в настоящее время [82] разработаны и действуют около 20 тыс. стандартов оказания медицинских услуг, дифференцированных с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса, а перечень основных требований и критерии оценки деятельности медицинских учреждений изложены в 3-х томах специального руководства [61]. Такой подход специалисты образно называют “тиранией стандартов”. И дело здесь не во множестве стандартов и не в стандартизации медицинской деятельности как таковой. Проблема заключается в том, что это множество требует систематического пересмотра, так как методы и тактика диагностики и лечения претерпевают постоянные изменения. Ввиду этого стандарты из инструмента совершенствования качества могут превратиться в его специфический ограничитель, если качество рассматривается как степень соответствия стандартам. Согласно этой концепции оценка качества предполагает сопоставление фактически оказанной медицинской помощи с эталоном, а степень качества определяется различием параметров эталона и факта. На основании изменений этих различий за определенные (контрольные) отрезки времени и формируется заключительное суждение о повышении (или снижении) качества в здравоохранении.

По мнению Ю.М. Комарова [30], для создания эффективной системы управления качеством медицинской помощи в нашей стране необходимо использование опыта международных организаций (ISO, медицинские ассоциации и врачебные палаты, ВОЗ, Международное общество по обеспечению качества медицинской помощи – ISQua, Европейское общество – EquiP, международные базы данных, Кокрановские сообщества) и отечественных профессиональных сообществ (Всероссийское общество качества (ВОК) и его комиссия по медицинской помощи, общество по доказательной медицине и др.). Определенный вклад в ее развитие могло бы внести создание на основе комиссии ВОК Российской ассоциации по качеству медицинской помощи.

### **8.3.1.2. Определение понятия “стандартизация”.** **Организация системы стандартизации в здравоохранении**

Согласно федеральному закону “О стандартизации” под термином “стандартизация” понимается деятельность по установлению норм, правил и характеристик (требований) с целью обеспечения безопасности продукции, работ и услуг, технической и информационной совместимости, качества, экономии ресурсов.

К настоящему времени в стране созданы необходимые предпосылки для организации федеральной системы стандартизации в здравоохранении [13]: утверждены правила разработки и внедрения нормативных документов, сформирован перечень специальных терминов, утверждены основные классификаторы услуг, разработаны стандарты технологии медицинской помощи, начато создание органов стандартизации в регионах и согласование лицензионных требований и условий. Создание системы стандартизации в здравоохранении является необходимым условием обеспечения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения.

Основными **задачами** федеральной системы стандартизации в здравоохранении являются:

- нормативное обеспечение реализации законов в области охраны здоровья граждан, Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ и Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью;
- разработка и внедрение систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении, в том числе единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству, обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи;
- установление единых требований к лицензированию и аккредитации медицинских учреждений, в том числе условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении, а также подготовке, аттестации и сертификации специалистов;
- содействие в обеспечении национальной безопасности страны.

Основные **принципы** организации системы стандартизации включают:

- **значимость (актуальность)** – предусматривает научно-практическую целесообразность установления требований и их соответствие международному и национальному законодательству, современному уровню развития научно-технического прогресса;

- **согласие (консенсуальность)** – заключается в стремлении всех субъектов как разрабатывающих требования, так и применяющих их на практике, к согласию относительно формы и содержания нормативных документов;
- **единообразие** – предполагает установление единого порядка разработки, согласования и использования нормативных документов;
- **комплексность** – подразумевает наличие согласованности предъявляемых к различным объектам требований;
- **проверяемость** – предусматривает возможность осуществления проверки объективными методами.

Согласно действующему законодательству к **объектам стандартизации** в здравоохранении относятся:

- организационные технологии;
- техническое обеспечение выполнения медицинских услуг;
- квалификация персонала;
- лекарственное обеспечение;
- медицинские услуги;
- технологии выполнения медицинских услуг;
- качество медицинских услуг;
- учетно-отчетная документация;
- информационные технологии и др.

В соответствии с выделенными объектами стандартизации “Основными положениями стандартизации в здравоохранении”, утвержденными приказом МЗ РФ и ФФОМС от 12.01.1998 г. № 12/2, определены **основные направления** разработки нормативных требований:

- общие положения;
- требования к организационным технологиям в здравоохранении;
- требования к техническому оснащению учреждений;
- требования к персоналу;
- требования к лекарственному обеспечению;
- санитарно-гигиенические методы контроля;
- требования к медицинской технике;
- требования к диетическому питанию;
- классификация и систематизация медицинских услуг;
- требования к оценке профилактических лечебно-диагностических возможностей медицинских учреждений;
- требования к оказанию медицинских услуг;
- требования к профилактике заболеваний, защите здоровья населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи;
- требования к качеству медицинских услуг;
- требования к экономическим показателям в здравоохранении;
- требования к документации в здравоохранении;
- требования к средствам информатизации в здравоохранении.



Выделенные 16 групп требований не исчерпывают возможный перечень документов системы стандартизации в здравоохранении. Их группировка является открытой системой и при необходимости может быть дополнена новыми группами.

Основным системообразующим элементом системы стандартизации в здравоохранении является Классификатор простых медицинских услуг, утвержденный приказом МЗ РФ от 22.12.1998 г. № 374. Создание и использование Классификатора простых медицинских услуг направлено на обеспечение структурирования и постоянной актуализации нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении: протоколов ведения больных; методик выполнения простых медицинских услуг; их стоимостных оценок; таблиц оснащения медицинских учреждений и их подразделений.

Классификатор простых медицинских услуг является основой разработки критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских учреждений и доступности медицинской помощи, формирования классификаторов сложных и комплексных услуг. Классификатор построен по иерархической системе классификации, состоит из систематизированных сводов кодов и наименований простых медицинских услуг, применяемых при оказании медицинской помощи. Иерархия включает тип, класс и вид услуги. Классификатор является открытой системой, элементы которой поддаются корректировке и дополнению, что особенно важно в условиях быстро развивающихся медицинских технологий и появления новых методов диагностики и лечения. Система кодирования предусматривает возможность внесения дополнений без необходимости изменения кодов уже существующих простых медицинских услуг.

Внедрение нормативных документов по стандартизации в деятельность здравоохранения требует одновременного совершенствования всей системы контроля качества медицинской помощи. По мнению А.И. Вялкова, О.С. Якимова, П.А. Воробьева [12], действующая система контроля не в состоянии справиться с этой сложной задачей. В связи с этим необходимо создание специальной службы стандартизации, которая будет нести ответственность за соблюдение нормативных требований. Это должна быть достаточно централизованная система, представленная Федеральным центром стандартизации и имеющая свои структуры на всех уровнях управления здравоохранением (отделы стандартизации).

В соответствии с приказом МЗ РФ от 31.01.2001 г. № 18 в стране начато создание региональных отделов по стандартизации. Принятая на итоговой коллегии МЗ РФ (2003) отраслевая программа “Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы” [57] содержит конкретные меры по созданию единой системы непрерывного повышения качества работы в отрасли на основе стандартизации, использования технологий с доказанной эффективностью, клинико-экономического анализа комплексных показателей качества. Программа предусматривает дальнейшее развитие системы стандартизации в здравоохранении на 2003–2007 годы, в том числе

создание федерального центра стандартизации, лицензирования и аккредитации в здравоохранении.

Вместе с тем стандартизация в отечественной медицинской практике до сих пор не получила должного распространения [42]. В значительной степени это связано с относительной новизной использования стандартизованных технологий для объективизации врачебной деятельности и непривичностью организации работы в соответствии с обозначенным перечнем и объемами диагностических и лечебных процедур и манипуляций.

Следствием такого положения дел в здравоохранении является неумещающееся число обращений граждан в компетентные инстанции. Так, Росздравнадзором [54] в III квартале 2009 г. было рассмотрено 2763 обращения граждан в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Ведущими причинами обращений, признанных полностью или частично обоснованными, послужило недовольство граждан: качеством (39,0%) и организацией (20,4%) медицинской помощи, взиманием платы (20,4%) за ее оказание, а также результатами рассмотрения жалоб органами исполнительной власти субъектов РФ (9,3%). Большинство обращений (80,7%) вызваны неудовлетворенностью пациентов доступностью и качеством специализированной (64,4%) и первичной медико-санитарной помощи (16,3%). Основные нарушения были обусловлены: во-первых – несоблюдением стандартов медицинской помощи и отсутствием должного контроля КМП в ЛПУ (72%); во-вторых – недостаточной информированностью пациентов об организации и условиях оказания медицинской помощи (24%) и в-третьих – нарушением Правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27 (12%).

### ***8.3.2. Значение медицинского (клинического) аудита в обеспечении и контроле качества медицинской помощи***

В связи с незавершенностью осуществляемой в настоящее время работы по формированию стандартов в практике медицинских учреждений широко используется **метод экспертных оценок**. Его суть заключается в том, что эксперт (заведующий отделением, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе, эксперт страховой медицинской организации и др.) на основе имеющихся у него представлений, знаний и опыта выносит суждение об уровне соответствующего компонента качества и предлагает пути повышения этого уровня. В настоящее время метод экспертных оценок является основным средством контроля при проведении аккредитации деятельности учреждений здравоохранения.

Метод экспертных оценок предусматривает сопоставление реальных условий оказания медицинской помощи, действий врача, оказывающего медицинскую помощь, достигнутых результатов лечения с мнением эксперта о том, какими они должны быть. Использование этого метода позволяет

выявить типичные ошибки в работе конкретных врачей и медицинских подразделений и установить их причины; осуществить сравнительный анализ качества медицинской помощи, оказываемой врачами при разных заболеваниях, в различных медицинских подразделениях, и на основе полученной информации разрабатывать мероприятия по совершенствованию качества медицинской помощи.

В настоящее время в оценке процесса лечебно-диагностической помощи широкое применение находят методика интегрированной оценки качества (МИОК) [14,55], методика оценки уровня качества диагностики и лечения (УКДЛ) и ее модификации [74], а также автоматизированная технология экспертизы (АТЭ) [27, 44, 46]. Все перечисленные выше методы представляют собой попытки “стандартизации” процесса экспертного оценивания для снижения субъективности этого средства контроля и повышения его “пропускной способности”.

В настоящее время метод экспертных оценок находит широкое применение в оценке качества технологии и результата лечения конкретного пациента.

### ***8.3.2.1. Ошибкоопасные места лечебно-диагностического процесса и пути снижения риска возникновения врачебных ошибок***

Работа врача является сложным видом профессиональной деятельности и включает процесс подготовки, принятия решений и их реализации, что может сопровождаться ошибками. Н.В. Эльштейн [85–87] определяет врачебные ошибки (ВО) как *“неправильные действия (или бездействие) врача, имеющие в своей основе несовершенство современной науки, объективные условия работы, незнание или неспособность применять имеющиеся знания на практике”*. Характерным признаком ВО автор считает невозможность для конкретного врача предусмотреть и предотвратить ее последствия. В связи с чем, по мнению ученого, вне зависимости от исхода врач не несет ответственности за допущенные ошибки. С.С. Вайль и В.Х. Василенко [58] так же рассматривают ВО как случаи добросовестного заблуждения врача при выполнении последним своих профессиональных обязанностей.

Вместе с тем из клинической практики известны многочисленные примеры, свидетельствующие о том, что значительная часть ВО обусловлена незнанием врачом принципов обследования и лечения пациента. На наличие прямой связи между врачебной квалификацией и определенными группами ВО, которых можно было бы избежать в случае правильных действий врача и за которые врач несет ответственность, обращает внимание Р. Ригельман [65]. Автор подчеркивает, что именно возможность предотвращения негативных следствий того или иного действия или бездействия врача отличает ВО от неблагоприятного исхода, неизбежного при современном уровне знаний и независимого от действий врача.

В настоящее время В.В.Стожаров с соавт. [1] значительно расширили определение понятия ВО – *“это такое действие или бездействие врача при оказании помощи пациенту, которое способствовало или могло способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской системой”*. Согласно данному определению, отсутствие реальных негативных следствий не исключает факта ВО. При этом любое действие (или бездействие) врача, повлекшее за собой отрицательное изменение какого-либо компонента КМП, является основанием считать его ошибочным. Однако даже такое более расширенное понимание врачебной ошибки включает только те неправильные действия (или бездействия) врача, которые были обусловлены его недостаточной квалификацией (недостатком знаний, опыта, неумением применять знания на практике, неправильным клиническим мышлением) и последствия которых были предотвратимы. Не зависящие от действий врача факторы, способные оказать влияние на результат лечения (возраст пациента, тяжесть или атипичность заболевания, несовершенство медицинской науки, недостаточные материально-технические возможности лечебного учреждения) относятся к объективным факторам. Они должны обязательно учитываться при формулировании экспертного заключения о КМП и разработке мероприятий по их устранению.

Врачебные ошибки встречаются в работе врачей всех специальностей и на разных этапах врачебной деятельности, что определяет многообразие подходов к их классификации. Весьма условно врачебные ошибки можно подразделить на **тактические и технические** [78]. К **тактическим ошибкам** относятся неправильный выбор методов исследования, методов и средств лечебного воздействия, неправильная оценка результатов исследования, неверное определение показаний и противопоказаний к тем или иным методам профилактики, диагностики и лечения, ошибки в организации лечебного процесса, недоучет психологических особенностей пациента и др. К **техническим ошибкам** относятся дефекты в выполнении диагностических или терапевтических мероприятий, неправильное оформление медицинской документации и др.

В зависимости от этапа и вида медицинской деятельности выделяют **профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные ошибки**, а также **прогностические, деонтологические, организационные и ошибки в оформлении документации** [86, 87]. Г.Скрипкару и Т.Чорня [71] предлагают подразделять врачебные ошибки на **комиссивные и оmissивные, несомненные и сомнительные, доброкачественные и злокачественные, фактические и нормативные**.

В основе врачебных ошибок лежат **объективные и субъективные** причины. Они тесно связаны между собой и взаимообусловлены. **Объективные ошибки** – это своевременно не устраненные или не

признанные субъективные ошибки [75]. Роль субъективного фактора в происхождении ошибок значительна: на их долю приходится 60–70% от общего числа всех врачебных ошибок [29, 87]. Большинство отечественных исследователей проводят четкое разграничение между ошибками врачебной деятельности, в основе которых лежат объективные и субъективные причины. Совершенствование медицинских знаний, разработка новых и более эффективных методов диагностики и лечения обычно ведут к сокращению, а иногда и к полному исчезновению врачебных ошибок объективного характера. Частота врачебных ошибок, обусловленных субъективными причинами, снижается менее заметно.

Врачебные ошибки, имеющие в своей основе объективные причины, считаются не зависящими от действий конкретного врача. Важнейшими объективными причинами врачебных ошибок являются непостоянство отдельных постулатов, концепций и принципов медицины; трудности и сложности познания патологического процесса; особенности патоморфоза заболеваний; атипичность, индивидуальность или тяжесть течения болезни, затрудняющие ее распознавание; извращенная реакция организма; недостаточный уровень развития науки и техники. К числу объективных причин ошибок клинической практики следует также отнести неудовлетворительное состояние материально-технической базы лечебного учреждения и недостатки организационной структуры медицинской помощи.

Таким образом, объективные врачебные ошибки, как правило, связаны с несовершенством современной науки и медицинской техники; сложностью и атипичностью течения заболевания; отсутствием у врача необходимых средств и условий для проведения лечебно-диагностических мероприятий. Объективная возможность врачебной ошибки заключена в сложности и неповторимости патологических процессов, протекающих в человеческом организме. Превращение же этой возможности ошибки в реальную действительность определяется субъективными факторами и, прежде всего, добросовестностью, вниманием и уровнем знаний врача. Другими словами, объективные причины не определяют ошибки врача, а лишь создают условия для их возникновения.

**Субъективные** причины значительно преобладают над объективными. Основными субъективными причинами ВО являются отсутствие у врача необходимых знаний по вопросам оказания помощи пациенту и неумение применять их на практике, а также неправильное клиническое мышление. При этом недисциплинированность, бессистемность и нецелеустремленность клинического мышления врача, нарушение логических законов распространены гораздо чаще, чем недостаток теоретических знаний [17–19, 40]. В связи с этим установление типа ВО, обусловленных незнанием, либо ложными умозаключениями, имеет важное практическое значение для определения способа их устранения. К этой категории ошибок относятся и те, которые вызваны предвзятым отношением к больному или нарушением принципов медицинской деонтологии. Дефектами этического характера чаще всего бывают невнимательность к пациенту, небрежность, поспешность в

принятии решений, амбициозность, самомнение, гипертрофированное чувство собственной важности и др.

Особую группу субъективных врачебных ошибок составляют логические ошибки, наиболее часто возникающие при установлении диагноза и формулировании прогноза. Логические ошибки связаны с неправильными выводами, заключениями или рекомендациями, сделанными на основе неверной интерпретации достоверных данных и фактов. Наиболее частой причиной логических ошибок является поспешное обобщение, ошибочность определения причинной зависимости между явлениями, неправильное применение аналогий и т.д. [11, 60].

Возникновению врачебных ошибок иногда способствуют и сами пациенты в связи с их скептическим отношением к медицине и действиям врача, самолечением, отказом от сотрудничества с врачом, невыполнением врачебных назначений, рекомендаций и предписаний и т.д.

**Структура врачебного процесса** включает 4 основные этапа:

- 1 этап – сбор информации о пациенте и его заболевании;
- 2 этап – установление диагноза;
- 3 этап – выбор и проведение лечения;
- 4 этап – обеспечение преемственности.

Данные этапы являются обязательными при любом виде медицинской помощи и на каждом из них могут быть допущены ВО. **К ошибкам сбора информации** относятся дефекты непосредственно проводимого врачом исследования (расспроса, физикального исследования), применения лабораторной, инструментальной диагностики и консультирования со специалистами, вследствие которых неверно или несвоевременно решается диагностическая и/или лечебная задача, и/или неоптимально используются ресурсы медицинского учреждения. Ошибки расспроса включают отсутствие описания или неверное (неполное, несвоевременное) описание характера жалоб больного, анамнеза болезни и анамнеза жизни. Ошибки физикального исследования (осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации), лабораторной и инструментальной диагностики, консультаций специалистов классифицируются по выбору, времени, применению и описанию результатов исследования. Дефекты выбора отмечаются в случае, когда необходимые исследования были не проведены или проведены излишне (результаты не повлияли на постановку диагноза или выбор лечения). Нарушения времени исследования устанавливаются при несвоевременном и/или нерегулярном проведении необходимых исследований. Дефекты применения исследований регистрируются при их неполном объеме и/или неверной методике. Ошибки описания связаны с неправильной оценкой результатов исследования (замечания по содержанию) либо с использованием необщепринятой терминологии (замечания по терминологии).

*Ошибки сбора информации и проведения обследования в связи с необоснованным применением методов лабораторной, инструментальной*

*диагностики, консультаций специалистов оказывают негативное влияние на весь дальнейший процесс оказания медицинской помощи (постановка диагноза, проведение лечения, обеспечение преемственности) и обуславливают неэффективное использование ресурсов медицинского учреждения.*

**К ошибкам диагноза** относятся неправильные формулировка, рубрификация, содержание и время постановки диагноза. Под ошибкой формулировки диагноза понимается его терминологическое несоответствие Международной классификации болезней или рабочим классификациям, утвержденным МЗ РФ. Под ошибкой рубрификации подразумевается неверное выделение в клиническом диагнозе основного, сопутствующего заболеваний и осложнений. Под ошибкой содержания диагноза понимается неверный результат анализа информации, выраженный соответствующей диагностической формулой. Под ошибкой времени понимается несвоевременность постановки диагноза.

*Ошибки диагноза обуславливают выбор тактически неверных решений относительно характера проводимого лечения и обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи, что также является причиной неэффективного использования имеющихся ресурсов.*

**Ошибки лечения** заключаются в неверном проведении лечебных мероприятий (фармакотерапии, лечебных манипуляций, диетотерапии, лечебной физкультуры и др.). Их оценка осуществляется на основании использования четырех критериев: выбора, времени, применения и описания результатов лечения. Ошибки выбора означают, что необходимые лекарственные средства или манипуляции не были применены. Ошибки времени заключаются в том, что лечение было назначено или отменено с опозданием, либо преждевременно. Ошибки применения связаны с неверным назначением дозы, путей введения или частоты назначения. Ошибки описания означают отсутствие в медицинской документации информации о результатах лечения. Описание эффекта лечения заключается в характеристике количественных и качественных изменений симптомов заболевания, наступивших после проведения лечебных мероприятий. Неверное и несвоевременное описание результатов лечения или его отсутствие являются основанием для заключения о ВО.

*Ошибки лечения, наряду с неэффективным использованием ресурсов здравоохранения, особенно негативное влияние оказывают на состояние здоровья пациентов, и как следствие, на социальные ресурсы в целом.*

В экспертизе качества врачебного процесса важное место принадлежит оценке обеспечения **преемственности**. Под преемственностью медицинской помощи понимают передачу пациента или медицинской информации о нем на следующий этап оказания медицинской помощи. **Ошибки преемственности** оцениваются по критериям выбора места оказания медицинской помощи, времени передачи, способа транспортировки и описания (информационного обеспечения). К ошибкам выбора относят неверное определение места дальнейшего оказания медицинской помощи.

Ошибки времени заключаются либо в преждевременной, либо в запоздалой передаче пациента на следующий этап помощи. К ошибкам транспортировки относится неверное определение способа передачи пациента на следующий этап помощи. Ошибки описания связаны с дефектами оформления выписного эпикриза: неверное или неполное описание проведенного обследования и лечения, неправильное оформление заключительного диагноза, неверные или неполные рекомендации по дальнейшему лечению и медицинскому наблюдению.

*Ошибки преемственности в основном оказывают негативное влияние на ресурсы здравоохранения (данного и следующего этапов), а также в ряде случаев – на состояние здоровья пациентов и, как следствие, на социальные ресурсы в целом.*

Таким образом, на всех этапах врачебного процесса могут быть допущены серьезные ошибки, способные оказать негативное воздействие на здоровье пациентов и влекущие за собой неэффективное использование ресурсов здравоохранения. В настоящее время в нашей стране от врачебных ошибок ежегодно погибает 44 тысячи человек [89]. В связи с этим особо важное значение в совершенствовании качества медицинской помощи придается предупреждению врачебных ошибок.

Разработка путей предупреждения врачебных ошибок определяется конкретными причинами и условиями их возникновения. Необходимым условием их выявления является проведение **системного анализа врачебных ошибок** (врачебная эрология). В США этой проблемой занимается специальный Институт врачебных ошибок. Результаты анализа врачебных ошибок являются основанием для проведения коллегиального обсуждения с участием всех заинтересованных специалистов на врачебных и клиничко-анатомических конференциях в лечебно-профилактических учреждениях. Они направлены на всестороннее и объективное осмысление клинических и секционных материалов и установление причин и источников ошибок в сроках госпитализации, диагностике, тактике и стратегии лечения, а также выявление организационных и деонтологических недостатков в оказании медицинской помощи.

В предупреждении врачебных ошибок особо важное значение имеет соблюдение **общих принципов медицины** [78]. Они являются алгоритмом врачебных действий, вносят определенный порядок и системность в работу врача. К наиболее общим принципам эффективного лечения относятся установление правильного диагноза; своевременность начала лечения; комплексность терапии; полноценное взаимодействие врача и пациента; применение лечебно-диагностических мероприятий строго по показаниям; их правильное выполнение; динамический и объективный контроль за изменением состояния пациента; учет взаимовлияния различных диагностических и лечебных средств и т.д.

На профилактику врачебных ошибок направлена разработка и внедрение **системы единых отраслевых стандартов качества медицинской помощи**. При обосновании стандартов следует учитывать



оптимальные конечные результаты и передовые медицинские технологии, категорию и оснащенность лечебно-профилактических учреждений, тенденции развития здравоохранения, современные подходы к профилактике, диагностике и лечению заболеваний.

Высокая частота распространенности субъективных врачебных ошибок (особенно диагностических) в связи с недисциплинированностью, бессистемностью и нецелеустремленностью мышления, нарушением его логических законов требует улучшения логической подготовки врача для формирования у него **клинического мышления и развития клинического чувства**. Клиническое чувство определяется как способность полно и правильно оценивать болезненное состояние, подразумевает хорошую теоретическую подготовку, практический опыт, обоснованные суждения, адекватное использование техники и наличие профессиональных этико-психологических отношений с пациентом.

В этой связи важное значение приобретает **систематичность повышения квалификации и развитие личностных качеств врача**, приобретение им умений и навыков объективной и самокритичной оценки своего профессионального поведения на протяжении всей трудовой деятельности, способностей к самоподготовке, самовоспитанию и саморазвитию.

По мнению многих иностранных и отечественных исследователей, использование в виде критериев ненадлежащего состояния КМП врачебных ошибок и их негативных последствий, является более предпочтительным, чем применение разнообразных “индикаторов качества” процесса, разрабатываемых для каждой конкретной нозологической формы, например, обязательного набора лекарственных препаратов и диагностических процедур. Ограничения в использовании последнего подхода связаны с трудностями в идентификации противопоказаний к терапии, используемой в виде индикаторов качества, учете тяжести состояния больных, невозможностью проведения сравнительного анализа КМП при разных нозологических формах, в разных медицинских учреждениях и их подразделениях.

### ***8.3.3. Показатели деятельности системы здравоохранения и их значение в оценке качества медицинской помощи***

Весьма эффективным средством контроля качества медицинской помощи, традиционно используемым в практике здравоохранения, являются **показатели деятельности системы здравоохранения**. Наименования показателей и методики их расчета приведены в соответствующих разделах учебных пособий по общественному здоровью и здравоохранению [52, 67, 72].

Все известное множество применяемых с этой целью статистических показателей может быть условно объединено в 2 большие группы: **показатели обеспеченности населения медицинской помощью и**

**показатели деятельности учреждений здравоохранения.** Ниже представлены наименования и методики расчета некоторых статистических показателей, наиболее широко применяемых для оценки деятельности системы здравоохранения.

**Обеспеченность населения медицинской помощью** оценивается с помощью показателей обеспеченности населения медицинскими кадрами, больничными койками, амбулаторно-поликлиническими посещениями и др.

**Показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами** включают:

- *обеспеченность населения врачебными (сестринскими) кадрами:*  
(численность врачебных (сестринских) кадров / среднегодовая численность населения) x 10000;
- *соотношение врачебных и сестринских кадров:*  
численность сестринских кадров / численность врачебных кадров;
- *удельный вес врачей (медицинских сестер) отдельных специальностей в общей численности врачей (медицинских сестер):*  
(число врачей (медицинских сестер) данной специальности / общее число врачей (медицинских сестер)) x 100;
- *укомплектованность врачебных (сестринских) должностей:*  
(число занятых врачебных (сестринских) должностей / число штатных врачебных (сестринских) должностей) x 100;
- *коэффициент совместительства:*  
число занятых врачебных (сестринских) должностей / число физических лиц врачей (медицинских сестер).

**К показателям обеспеченности населения стационарной медицинской помощью** относятся:

- *обеспеченность населения больничными койками:*  
(число больничных коек / среднегодовая численность населения) x 1000;
- *обеспеченность больничными койками городского населения:*  
((число коек в городских стационарах – число коек в городских стационарах, используемых для лечения сельских жителей) / среднегодовая численность городского населения)) x 1000;
- *обеспеченность больничными койками сельского населения:*  
((число коек в сельских стационарах + число коек в городских стационарах, используемых для лечения сельских жителей) / среднегодовая численность сельского населения)) x 1000;
- *структура коечного фонда по профилям специальностей:*  
(число коек данного профиля / среднегодовое число коек) x 100;
- *структура коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического*

*процесса:*

(число коек данной интенсивности лечебно-диагностического процесса / среднегодовое число коек) x 100;

– *нагрузка на одну занятую врачебную должность:*

число коек / число занятых врачебных должностей;

– *уровень госпитализации населения или госпитализационная активность:*

(численность госпитализированного населения / среднегодовая численность населения) x 100.

**Обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью** оценивается с помощью комплекса специальных показателей:

– *посещаемость населением амбулаторно-поликлинических учреждений:*

число посещений к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений / среднегодовая численность населения;

– *средняя численность населения на участке:*

среднегодовая численность обслуживаемого поликлиникой населения / число участков (терапевтических, педиатрических и др.);

– *структура посещений поликлиники по виду обращений:*

(число посещений по поводу заболеваний (профилактических осмотров) / общее число всех посещений поликлиники) x 100;

– *структура посещений поликлиники по врачебным специальностям:*

(число посещений к врачам данной специальности / число посещений к врачам всех специальностей) x 100;

– *удельный вес первичных посещений населения к врачам поликлиники:*

(число первичных посещений / общее число посещений) x 100.

**Система показателей деятельности учреждений здравоохранения** включает показатели, характеризующие работу стационарных и амбулаторно-поликлинических структурных подразделений.

Оценка деятельности больничных учреждений проводится на основании изучения организации и качества предоставляемой населению стационарной медицинской помощи. К **показателям организации стационарной помощи** относятся:

**а) показатели госпитализации населения:**

– *сезонность госпитализации (структура госпитализации по сезонам года):*

(число поступивших в стационар в январе (феврале и т.д.) / общее число поступивших в стационар в течение года) x 100;

– *структура поступления в стационар по дням недели:*

(число поступивших в стационар в понедельник (вторник и т.д.) / общее число поступивших в стационар за анализируемый период) x 100;

– *удельный вес плановой и экстренной госпитализации:*

(число больных, поступивших в стационар в плановом порядке (экстренно)

/

общее число поступивших в стационар) x 100;

– *преемственность госпитализации:*

- (число больных, полностью обследованных на догоспитальном этапе / общее число госпитализированных) x 100;
- *своевременность госпитализации:*  
(число больных, поступивших в стационар своевременно / общее число госпитализированных) x 100;
  - *обоснованность госпитализации:*  
(число больных, госпитализированных в стационар обоснованно / общее число госпитализированных) x 100;
- б) показатели использования коечного фонда:**
- *среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость койки):*  
число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре / среднегодовое число коек в стационаре;
  - *оборот койки:*  
число пролеченных больных (полусумма поступивших и выбывших) / средненегадовое число развернутых коек;
  - *простой койки:*  
(число дней в году – среднее число дней занятости койки) / оборот койки;
  - *средняя длительность пребывания больного на койке:*  
число койко-дней / число пролеченных больных;
  - *структура госпитализированных по срокам лечения в стационаре:*  
(число больных, находящихся на лечении в стационаре 9 дней (10–19, 20–29, 30 и более дней) / общее число пролеченных больных) x 100;
  - *среднегодовая динамика коечного фонда:*  
(число коек на начало года / число коек на конец года) x 100;
  - *обеспеченность населения койко-днями:*  
(число койко-дней, проведенных больными в стационаре / среднегодовая численность населения) x 1000.

**Показателями качества стационарной медицинской помощи** служат:

- *повторность госпитализации:*  
(число больных, госпитализированных в данном году повторно / общее число госпитализированных) x 100;
- *структура исходов госпитализации:*  
(число больных, выписанных с выздоровлением (улучшением и т.д.) / общее число госпитализированных) x 100;
- *общая летальность:*  
(число умерших в стационаре больных / число пролеченных больных) x 100;
- *досуточная летальность (удельный вес умерших в первые сутки пребывания в стационаре):*  
(число умерших в первые 24 часа после поступления в стационар / общее число умерших в стационаре) x 100;

– *летальность по отделениям:*

(число умерших в данном отделении / число выбывших пациентов из данного отделения) x 100;

– *летальность при отдельных заболеваниях:*

(число умерших от данного заболевания / число пролеченных по поводу данного заболевания) x 100;

– *частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов:*

(число случаев расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов / общее число вскрытий умерших) x 100.

В характеристике деятельности стационарных учреждений особо важное значение придается **показателям работы структурных подразделений хирургического профиля**. К ним относятся:

**а) показатели организации и качества хирургической помощи:**

– *хирургическая активность:*

(число операций, проведенных больным, выбывшим из хирургического отделения / число выбывших из хирургического отделения) x 100;

– *средняя длительность пребывания оперированных больных в стационаре:*

число койко-дней, проведенных оперированными больными в стационаре /

общее число оперированных больных;

– *средняя длительность пребывания больных в отделении до (после) операции:*

число койко-дней, проведенных больными до (после) операции / число оперированных больных;

– *структура оперативных вмешательств:*

(число операций, проведенных по данному поводу / общее число операций) x 100;

– *частота послеоперационных осложнений:*

(число операций, после которых наблюдались осложнения / общее число операций) x 100;

– *общая послеоперационная летальность:*

(число умерших после операции / число оперированных) x 100;

– *послеоперационная летальность оперированных по данному поводу:*

(число умерших, оперированных по данному поводу / число оперированных по данному поводу) x 100;

– *структура послеоперационной летальности:*

(число умерших, оперированных по данному поводу / общее число умерших при всех операциях) x 100.

**б) показатели экстренной хирургической помощи:**

– *своевременность доставки в стационар больных, нуждающихся в экстренной хирургической помощи:*

- (число больных, доставленных ранее 24 часов от начала заболевания, требующего экстренной хирургической помощи / общее число больных, доставленных для оказания экстренной хирургической помощи) x 100;
- *удельный вес операций, проведенных по экстренным показаниям:*  
(число операций, проведенных по экстренным показаниям / общее число операций) x 100;
  - *структура исходов оперативных вмешательств, проведенных по экстренным показаниям:*  
(число экстренно поступивших больных с данным исходом заболевания / общее число поступивших по экстренным показаниям) x 100.

**Система показателей амбулаторно-поликлинических учреждений** включает показатели организации и качества предоставляемой населению амбулаторно-поликлинической помощи, проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения.

К показателям, характеризующим **организацию и качество амбулаторно-поликлинической помощи** относятся:

**а) показатели участковости:**

– *участковость на приеме:*

(число посещений жителями участка своего участкового врача / общее число посещений жителями участка к участковым врачам поликлиники) x 100;

– *участковость на дому:*

(число посещений участковым врачом на дому жителей своего участка / общее число посещений участковым врачом на дому) x 100;

**б) показатели нагрузки на врачебную должность:**

– *среднедневная нагрузка врачей на приеме в поликлинике (на дому):*

число посещений врачей в поликлинике (на дому) за год (квартал, месяц) /  
число занятых врачебных должностей на приеме (на дому) x число дней работы в году (квартал, месяц);

– *среднечасовая нагрузка врачей на приеме в поликлинике (на дому):*

число посещений врачей в поликлинике на приеме (на дому) за год (квартал, месяц) / число фактически отработанных врачом часов на приеме (на дому) за год (квартал, месяц);

**в) показатели помощи на дому:**

– *удельный вес помощи на дому:*

(число посещений врачами на дому / общее число посещений на приеме и на дому) x 100;

– *активность посещений на дому:*

(число активных посещений на дому / число всех врачебных посещений на дому) x 100.

**г) показатели качества диагностического процесса в поликлинике:**

– *частота расхождения диагнозов поликлиники и стационара:*

- (число случаев расхождения диагнозов поликлиники и стационара / численность госпитализированного населения) x 100;
- частота направления на госпитализацию без диагноза:  
(число больных, направленных на госпитализацию без диагноза / число больных, направленных на госпитализацию) x 100;
  - К показателям, характеризующим **организацию и качество профилактических медицинских осмотров**, относятся:
    - полнота охвата населения периодическими медицинскими осмотрами:  
(число осмотренных / число лиц, подлежащих осмотру) x 100;
    - частота выявления заболеваний при периодических медицинских осмотрах:  
(число заболеваний, выявленных при профилактическом осмотре / число осмотренных) x 100;
    - охват населения целевыми медицинскими осмотрами:  
(число лиц, осмотренных с целью выявления данного заболевания / средне-годовая численность обслуживаемого поликлиникой населения) x 100;
    - частота выявления заболеваний при целевых медицинских осмотрах:  
(число выявленных заболеваний при целевом медицинском осмотре / число лиц, осмотренных с целью выявления данного заболевания) x 100;
    - частота применения специальных методов обследования:  
(число лиц, обследованных с помощью специальных методов диагностики / число осмотренных) x 100;
    - полнота охвата населения прививками против инфекционных заболеваний:  
(число лиц, привитых против инфекционных заболеваний / число лиц, подлежащих прививкам) x 100.
- Для оценки **организации и качества диспансеризации** населения используются следующие показатели:
- охват населения диспансерным наблюдением:  
(число лиц, состоящих на диспансерном учете в течение года / среднегодовая численность населения района обслуживания поликлиники) x 100;
  - полнота охвата населения диспансерным наблюдением:  
(число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу заболевания на конец отчетного года / общее число больных, состоящих на учете на конец отчетного года) x 100;
  - структура заболеваемости пациентов, состоящих на диспансерном учете:  
(число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года / общее число больных, состоящих

- на диспансерном учете на конец отчетного года) x 100;
- *своевременность взятия больных на диспансерный учет:*  
(число больных, взятых на диспансерный учет в течение года из числа лиц с впервые установленным диагнозом / число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом) x 100;
- *число случаев (дней) временной нетрудоспособности работающих лиц, состоящих на диспансерном учете:*  
(число случаев (дней) временной нетрудоспособности работающих лиц, состоящих на диспансерном учете / общее число работающих, состоящих на диспансерном учете ) x 100;
- *удельный вес больных, переведенных из одной группы диспансерного учета в другую:*  
(число больных, переведенных из одной группы учета в другую / общее число больных, состоящих на диспансерном учете) x 100;
- *удельный вес диспансерных больных, переведенных на инвалидность:*  
(число диспансерных больных, переведенных на инвалидность / общее число больных, состоящих на диспансерном учете) x 100.

Результаты анализа форм статистической отчетности медицинских учреждений показывают, что ЛПУ ежегодно представляют более 100 тысяч различных учетно-отчетных показателей. Вместе с тем, лишь весьма ограниченное их число используется в планировании и организации деятельности медицинских учреждений. Большинство имеющихся статистических показателей слабо коррелируют с клинической практикой. В системе практически отсутствует необходимая статистическая информация для принятия эффективных управленческих решений. Способом выхода из создавшейся ситуации является создание системы клинического управления путем оптимизации информационного обеспечения лечебно-диагностического процесса и внедрение информационной системы на основе учета и анализа трудозатрат каждого медицинского работника и оценки его трудового вклада в лечение конкретного пациента [37].

Создание и внедрение новой информационной системы на основе управленческого аналитического учета способствует более эффективному решению задач стратегического планирования, обеспечению перехода на экономические методы управления и повышению качества лечебно-диагностического процесса, и, как следствие, качества медицинской помощи в целом.

Таким образом, при оценке составляющих качества медицинской помощи могут быть использованы разные по степени адекватности средства контроля: стандарты, экспертные оценки, показатели деятельности системы здравоохранения и показатели здоровья населения. Их сравнительная характеристика представлена в табл. 58 [1].



Сравнительная характеристика адекватности средств контроля различных компонентов качества медицинской помощи

Наименование компонента качества медицинской помощи	Фактически используемые средства контроля качества	Наиболее оптимальные средства контроля качества
<p><b>Качество структуры:</b> – функциональные возможности медицинского учреждения, – профессиональные качества медицинских работников.</p> <p><b>Качество процесса:</b> – технология лечебно-диагностического процесса.</p> <p><b>Качество результата:</b> – лечения пациента,  – лечения всех пациентов ЛПУ,  – всего населения.</p>	<p>экспертная оценка</p> <p>простые и групповые профессиональные стандарты</p> <p>экспертная оценка</p> <p>экспертная оценка</p> <p>показатели деятельности медицинского учреждения показатели здоровья населения</p>	<p>групповые структурно-организационные стандарты простые и групповые профессиональные стандарты</p> <p>простые технологические стандарты и экспертная оценка простые технологические стандарты и экспертная оценка показатели деятельности медицинского учреждения показатели здоровья населения</p>

#### 8.4. Контрольно – разрешительные механизмы в здравоохранении

Одной из основных задач государственной политики в области здравоохранения является обеспечение социальных гарантий населению в получении безопасной и качественной медицинской помощи. В условиях децентрализации управления и повышения финансово-хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений основой обеспечения государственных гарантий в области охраны здоровья населения служат специально созданные **контрольно-разрешительные механизмы здравоохранения**. К ним относятся процедуры лицензирования и аккредитации медицинских учреждений, аттестации и сертификации медицинского персонала.

**Механизмы контроля** являются третьим составным элементов системы управления качеством медицинской помощи. К классическим

технологическим компонентам процесса контроля качества медицинской помощи относятся:

- 1) сбор и анализ информации о конкретных составляющих качества;
- 2) принятие управленческих решений (корректирующих воздействий);
- 3) контроль за реализацией принятых управленческих решений.

Необходимая для принятия управленческих решений информация содержится в первичной медицинской документации, официально утвержденных учетно-отчетных статистических формах медицинского и бухгалтерского учета, медико-технической документации учреждений здравоохранения. Дополнительными источниками информации о дефектах оказания медицинской помощи служат документы, заполняемые по результатам проверки качества медицинской помощи в процессе проведения внутри- и вневедомственной экспертизы.

Результаты анализа полученной информации являются основанием для принятия управленческих решений (корректирующих воздействий), направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи. При этом все многообразие используемых на практике корректирующих методов может быть объединено в две большие группы: профессиональной ответственности (наказания) и поощрений (вознаграждения). Выделяют несколько видов ответственности: уголовную, административную (в том числе дисциплинарную) и гражданскую. В качестве поощрения используются различные материальные стимулы: более высокий тариф на медицинские услуги для ЛПУ, более высокий разряд тарифной сетки для медицинского работника и др.

Выбор вида корректирующих воздействий определяется типом применяемых стандартов: простых или групповых. **Простые стандарты** предусматривают использование только одного вида корректирующих воздействий – ответственности. В таких условиях несоответствие стандарту влечет наступление ответственности и наоборот, соответствие стандарту не влечет наступление ответственности. **Групповые стандарты** предполагают использование разных видов корректирующих воздействий: и ответственности, и поощрений. В этом случае невыполнение требований базового стандарта означает наступление ответственности. При соответствии базовому стандарту необходимость применения каких-либо корректирующих воздействий отсутствует. Соответствие стандарту более высокого иерархического уровня предполагает использование системы поощрений (повышение тарифов на медицинские услуги или стоимости продукции).

В отличие от внутриведомственного при вневедомственном контроле предусматриваются меры экономического взыскания к медицинским учреждениям, допустившим дефекты в оказании медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования. Финансовые санкции являются формой ответственности за несоблюдение договорных обязательств о предоставлении застрахованным гражданам медицинских услуг определенного качества. Санкции за нарушение обязательств в

отношении сроков и качества медицинской помощи налагаются по результатам экспертизы. Размеры финансовых санкций к медицинским учреждениям разрабатываются и утверждаются на региональном уровне. Обеспечение эффективности принимаемых управленческих решений предполагает проведение систематического контроля за их практической реализацией.

#### ***8.4.1. Значение лицензирования и аккредитации в обеспечения качества медицинской помощи***

Лицензирование и аккредитация представляют собой общепризнанные стратегии здравоохранения, направленные на повышение качества медицинской помощи. Основными компонентами обеих стратегий являются внешняя оценка и установленные профессиональные стандарты. Необходимость осуществления процедур лицензирования и аккредитации в нашей стране закреплена законодательно в 1991–1993 гг. Однако реальное развитие контрольно-разрешительные механизмы в российском здравоохранении получили лишь с середины 90-х годов прошлого столетия.

##### ***8.4.1.1. Определение понятия “лицензирование”. Порядок проведения лицензирования учреждений здравоохранения***

Термин “**лицензирование**” происходит от латинского слова “licentia” (свобода, право) и означает предоставление права, выдачу разрешения на осуществление того или иного вида деятельности (производство и реализацию товаров, оказание услуг, использование патента и т.д.).

В настоящее время значение понятия “лицензирование” существенно расширено. В современном понимании этот термин означает:

- государственный механизм обеспечения рыночного развития, модернизации, повышения конкурентоспособности российской медицинской и фармацевтической промышленности;
- способ создания равных условий для деятельности организаций и учреждений здравоохранения различных форм собственности, благоприятствующих притоку инвестиций в здравоохранение и социальную сферу;
- метод обеспечения и контроля соблюдения прав граждан на адекватную медицинскую помощь, эффективные лекарственные препараты, качественное протезирование.

Лицензирование является государственной деятельностью, направленной на регулирование социально-экономических процессов в области здравоохранения. Лицензирование регламентируется нормативной и правовой базой различного уровня: международными конвенциями, федеральными законами, постановлениями правительства РФ, а также приказами МЗ РФ и других федеральных органов исполнительной власти.

Согласно действующей нормативной базы лицензирование медицинской деятельности является обязательным условием оказания медицинской помощи. Нормативными документами определен порядок и этапы лицензирования учреждений здравоохранения, утвержден перечень подлежащих лицензированию видов медицинской деятельности и т.д.

Основные принципы организации лицензирования в нашей стране утверждены Федеральным законом от 08.08.2001 г. № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности” и включают:

- единство экономического пространства;
- единый порядок лицензирования, лицензионных требований и условий;
- гласность и открытость процедуры;
- соблюдение законности.

Организационная структура системы лицензирования в сфере здравоохранения и социального развития определена действующей нормативной базой и включает федеральную службу и ее территориальные органы: центральные комиссии по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по лицензированию видов деятельности, а также соответствующие комиссии в субъектах РФ. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является федеральным органом исполнительной власти, находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ и осуществляет свою деятельность непосредственно через свои территориальные органы и подведомственные учреждения.

В соответствии с “Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития”, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 323, на Федеральную службу возложены функции по лицензированию пяти видов деятельности: медицинской, фармацевтической деятельности, протезно-ортопедической помощи, производства лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Функция по лицензированию деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, возложена на Федеральную службу Постановлением Правительства РФ от 18.08.2004 г. № 412.

Федеральная служба осуществляет функции по надзору за деятельностью всех без исключения лицензиатов и соискателей лицензий и обучению экспертов; утверждает состав комиссий при территориальных органах; осуществляет наряду с выдачей бланков лицензий ведение реестра, методическое руководство, участвует в разработке единых лицензионных требований и условий.

Основными функциями территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития являются:

- а) лицензирование медицинской, фармацевтической деятельности и по обороту наркотических и психотропных веществ;
- б) контроль:

- исполнения государственных гарантий медицинской помощи населению;
- качества оказания медицинской помощи и медико-социальной экспертизы;
- медицинского и социального обеспечения льготных категорий населения.

Контроль соблюдения лицензионных требований представляет собой инструмент обеспечения надлежащего качества медицинской помощи и включает оценку:

- материально-технической базы учреждения (состояние и соответствие лицензируемым видам деятельности) и состояния аппаратуры (точность показаний, график профилактических мероприятий, уровень износа);
- соблюдения требований МЧС по противопожарной безопасности, Роспотребнадзора по санитарно-гигиеническому состоянию, Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, а также по условиям транспортировки и хранения лекарственных препаратов;
- профессиональной подготовки медицинских кадров (специализация, повышение квалификации);
- соблюдения федеральных клинических стандартов (протоколов) ведения больных.

Действующей нормативной базой определен следующий порядок взаимодействия центральных и территориальных органов системы лицензирования:

- территориальные комиссии по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности осуществляют мероприятия по определению соответствия соискателей лицензий и лицензиатов лицензионным требованиям и условиям согласно Постановления Правительства РФ от 04.07.2002 г. № 499 “Об утверждении Положения о лицензировании отдельных видов деятельности” и от 01.07.2002 г. № 489;
- предложения о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии принимаются на заседании комиссии субъектов РФ и оформляются протоколом. Документы соискателей лицензий и лицензиатов, принятые в установленном порядке, заключения о соответствии (несоответствии) соискателей лицензий и лицензиатов лицензионным требованиям и условиям, протоколы заседаний комиссий представляются в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития через ООО “Почта России”;
- центральные комиссии Федеральной службы рассматривают переданные документы и принимают решения о предоставлении или отказе в предоставлении лицензии. Решения центральных лицензионных комиссий оформляются приказами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;
- на основании данных приказов Федеральная служба оформляет документы, подтверждающие наличие лицензии, выдает бланки лицензий и уведомляет об этом соискателей и налоговые органы. Процедура лицензирования проводится в соответствии с предусмотренными законодательством сроками.

В настоящее время МЗ и СР РФ, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития проводится работа по завершению формирования единой системы лицензирования в здравоохранении: совершенствование нормативной базы и организация территориальных органов лицензирования учреждений здравоохранения [33, 38, 39].

#### **8.4.1.2. *Определение понятия “аккредитация”. Порядок проведения аккредитации учреждений здравоохранения***

Термин “**аккредитация**” происходит от латинского “credit” – доверие. Под аккредитацией понимается процедура выдачи уполномоченным органом гарантий того, что организация, персона, товар, услуга отвечают определенным требованиям, позволяющим им осуществлять особо ответственные функции, или соответствуют установленным профессиональным стандартам качества. В глоссарии Объединенной комиссии (США) под аккредитацией понимается определение органом аккредитации исполнения организацией здравоохранения действующих стандартов. С.Н. Горбунов с соавт. [51] под аккредитацией понимают добровольную оценку компетентности третьим уполномоченным на проведение такой оценки лицом, помогающую развитию и совершенствованию медицинского учреждения, и не относящуюся к контрольно-разрешительной системе.

Закон “О медицинском страховании граждан в РФ” (1991) определяет аккредитацию как установление соответствия медицинских учреждений утвержденным профессиональным стандартам. В “Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан” (1993) термин “аккредитация” не упоминается, но при этом уточняется, что лицензирование медицинских учреждений осуществляется на основании сертификата соответствия их деятельности установленным стандартам. Таким образом, использование стандартов является непременным условием осуществления и аккредитации, и сертификации. Вместе с тем, большинство разработанных в настоящее время программ аккредитации учреждений здравоохранения и прочих документов, содержащих параметры и критерии оценки качества медицинской помощи, представляют собой разновидности экспертной оценки.

Основные положения по аккредитации медицинских учреждений определены приказами МЗ РФ от 20.03.1991 г. № 93 “О мерах по выполнению Закона РФ “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, от 20.03. 1991 г. № 148 “О лицензировании и аккредитации медицинской деятельности”, от 19.12.1994 г. № 286 “Об утверждении Положения “О порядке допуска и осуществлению профессиональной медицинской и фармацевтической деятельности”, от 30.07.1996 г. № 306 “О внедрении единой автоматизированной программы сертификации и лицензированию медицинской деятельности” и др.

Поиску путей практической реализации нормативных требований в процессе аккредитации медицинских учреждений посвящены работы многих отечественных исследователей [5, 16, 26, 51, 88]. Так, сотрудниками НИИ им. Н.А.Семашко разработана методика проведения аккредитации и категорирования лечебно-профилактических учреждений, апробированная на базе ЛПУ Калужской области [22]. Алгоритм проведения процедуры аккредитации предполагает не менее чем за месяц представление на рассмотрение лицензионно-аккредитационной комиссии пакета необходимых документов, перечень которых утвержден Положением о сертификации учреждений здравоохранения. Специально созданная экспертная комиссия проводит проверку деятельности ЛПУ в соответствии с разработанной программой аккредитации. На основании результатов оценки деятельности ЛПУ комиссия составляет отчет, содержащий сведения о наличии отклонений в деятельности ЛПУ от установленных стандартов и предложения по устранению выявленных недостатков в работе ЛПУ. Экспертное заключение защищается на заседании комиссии по аккредитации, которая принимает окончательное решение о выдаче или невыдаче соответствующего сертификата.

Для каждого типа ЛПУ разработана самостоятельная программа аккредитации с учетом особенностей медицинской деятельности. Решение о выдаче сертификата соискателю по результатам аккредитации основывается на использовании специально разработанной интегральной шкалы. Разрешение о выдаче сертификата принимается при следующих значениях интегральных коэффициентов:

- участковая больница – 0,35 и выше;
- районная больница – 0,65;
- городская больница – 0,85;
- центральная районная больница – 1,0;
- центральная городская больница – 1,15;
- городская клиническая больница – 1,15;
- специализированная больница – 1,0;
- областная больница – 1,25.

Присвоение лечебно-профилактическому учреждению соответствующей аккредитационной категории осуществляется на основании специальной интегральной шкалы:

- I категория – 1,35 и выше;
- II категория – 1,15 – 1,34;
- III категория – 0,85 – 1,14;
- IV категория – 0,65 – 0,84;
- V категория – 0,33 – 0,64.

Сбор материала проводится в лечебных и параклинических подразделениях медицинских учреждений с помощью четырех специально разработанных статистических карт. Результаты анализа оформляются заключительным актом комиссии с обязательным информированием

территориального органа управления здравоохранением. На следующем этапе орган управления здравоохранением проводит анализ представленных материалов по направлениям:

- управление, структура и организация медицинской помощи;
- кадровые ресурсы врачебного и сестринского персонала;
- качественные и количественные показатели деятельности ЛПУ;
- оснащенность медицинской техникой и оборудованием;
- состояние материально-технической базы ЛПУ;
- мнение больных о деятельности ЛПУ и наличие обоснованных жалоб.

С.Н. Горбунов с соавт. [2] считают, что применение в нашей стране в период с 1993г. по 2002г. процедуры аккредитации в качестве составной части контрольно-разрешительной системы объяснялось неразработанностью концепции, методологии и методов аккредитации, непониманием ее целей и задач, недееспособностью общественных медицинских организаций и отсутствием цивилизованного рынка медицинских услуг. По их мнению, для преодоления создавшейся ситуации необходима разработка специальной программы аккредитации и принятие пакета документов, регулирующих ее проведение федеральными органами исполнительной власти, а также привлечение к участию в аккредитации профессиональных медицинских организаций и потребителей медицинских услуг.

В Кемеровской области [82] разработаны и внедрены правила функционирования системы добровольной сертификации учреждений здравоохранения, зарегистрированные Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии (регистрационный № РОСС RU.192.043 ФОО). Сертификация ЛПУ проводится на основании представления соискателем пакета документов, включающих:

- 1) заявление на проведение сертификации;
- 2) перечень заявляемых на сертификацию работ и услуг;
- 3) устав или положение юридического лица;
- 4) копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
- 5) копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе;
- 6) копию лицензии на медицинскую деятельность;
- 7) справку о кадровом составе;
- 8) отчет о НИР и педагогической деятельности;
- 9) анализ результатов деятельности за последние 3 года, статистический отчет за последний год;
- 10) паспорт клинично-диагностической лаборатории;
- 11) справку о материально-техническом оснащении;
- 12) копию договора о медикаментозном обеспечении.

Обязательным условием сертификации является экспертная оценка деятельности медицинских организаций с последующим определением их категории и дифференциацией оплаты предоставляемых медицинских услуг.

В настоящее время отечественными специалистами как теоретиками, так и практиками признается важное значение аккредитации в обеспечении



безопасности медицинской помощи с позиции соблюдения требований к выполнению медицинских услуг, а также для создания условий повышения конкурентоспособности медицинских учреждений путем установления зависимости тарифов на услуги от уровня их качества. При этом определение уровня технологической составляющей качества медицинской помощи обеспечивается утверждением перечня разрешаемых медицинских услуг, а структурной составляющей – установлением категоричности условий выполнения этих услуг.

Вместе с тем, у организаторов здравоохранения до сих пор нет единого мнения относительно целесообразности определения “единой категории учреждения”. Одни считают необходимым ограничиться определением аккредитационных категорий отдельным лечебным подразделениям [1], другие – склоняются к необходимости установления единой аккредитационной категории всему многопрофильному учреждению здравоохранения [77]. В ряде территорий страны аккредитационная категория присваивается учреждению в целом [81]. Вместе с тем, В.В.Стожаров с соавт. [1] сомневаются в возможности создания одинаковых условий оказания медицинской помощи во всех лечебных подразделениях многопрофильного учреждения и считают, что категория должна присваиваться каждой услуге, разрешенной к выполнению в том или ином подразделении. В таких условиях должны различаться и тарифы на аналогичные услуги в учреждениях с различным уровнем условий их оказания. Однако в системе ОМС, где в качестве основного метода финансирования медицинских учреждений принята оплата за одного пролеченного пациента в зависимости от профиля структурного подразделения, скорее всего следует определять не категорию услуги, а категорию лечебного подразделения медицинского учреждения. По мнению А. Яновского [90], необходимым условием развития системы аккредитации, гармонизированной с требованиями стандартов технологий, является заключение договоров ОМС только с аккредитованными ЛПУ, формирование дифференцированных тарифов на медицинские услуги с учетом результатов аккредитации, а также стандартизация медицинских услуг и сертификация медицинских технологий.

Необходимость создания единой системы аккредитации в здравоохранении на основе общих принципов и критериев у большинства специалистов не вызывает сомнений [38, 51, 80]. Ими предлагается одновременное развитие систем лицензирования, аккредитации и сертификации как неотъемлемых компонентов процесса реформирования отечественного здравоохранения, включая реализацию программ реструктуризации сети лечебных учреждений и программ управления качеством медицинской помощи. В таких условиях создание отраслевой системы аккредитации в здравоохранении должно осуществляться во взаимосвязи с другими методами и процедурами, применение которых позволит ускорить формирование системы управления качеством в здравоохранении.

#### **8.4.1.3. *Использование процедур лицензирования и аккредитации в системах управления КМП за рубежом***

К настоящему времени экономически развитыми странами мира накоплен значительный опыт по лицензированию и аккредитации в сфере здравоохранения [26,38]. В основу лицензирования учреждений здравоохранения положено распространенное убеждение, что неперенными гарантами качества медицинской помощи являются наличие у персонала здравоохранения основного медицинского образования и безопасные условия оказания медицинской помощи для пациентов и медицинских работников. В связи с общепринятой значимостью этих основных положений в большинстве развитых стран детально разработаны требования к мерам безопасности в медицинских учреждениях и условия допуска персонала здравоохранения к медицинской деятельности. Часто они представлены в форме национальных и региональных стандартов и имеют силу закона.

В экономически развитых странах процесс лицензирования заключается в оценивании лишь некоторых из аспектов деятельности медицинских учреждений. Лицензирование предусматривает относительно низкие стандарты и проводится в обязательном порядке, а расходы по лицензированию финансируются государством.

Проведение более глубокой оценки деятельности учреждений здравоохранения на основе широкого перечня критериев и стандартов осуществляется в процессе процедуры аккредитации. Обычно под аккредитацией понимается добровольная программа, в рамках которой прошедшие подготовку независимые эксперты оценивают то, как учреждение здравоохранения выполняет установленные стандарты профессиональной деятельности. Аккредитация предусматривает высокие стандарты, а учреждение, добивающееся аккредитации, само оплачивает соответствующие расходы.

Принципиальное различие между лицензированием и аккредитацией заключается в том, что стандарты лицензирования предназначены для определения уровня качества, который необходим для обеспечения безопасного лечения пациентов или предоставления медицинских услуг, тогда как стандарты аккредитации устанавливаются на оптимально достижимом уровне и определяют цель, к которой следует стремиться. Для получения лицензии на право обслуживания больных достаточно соответствовать определенному набору минимальных стандартных требований [97]. В отличие от лицензирования, аккредитация основное внимание уделяет стратегии постоянного улучшения деятельности производителя медицинских услуг по достижению оптимальных стандартов качества, а не минимальных стандартов, предназначенных для обеспечения общественной безопасности [99].

Наиболее популярными в мире являются программы аккредитации больниц США. В настоящее время экономически развитыми странами

используются разные формы аккредитации в зависимости от механизма ее регулирования:

- рыночное регулирование;
- саморегулирование;
- государственное регулирование.

**Рыночная форма** аккредитации впервые стала использоваться в США с начала 1960-х годов. Согласно правилам Объединенной комиссии по аккредитации медицинских учреждений (США), решениям Канадского совета по аккредитации учреждений системы здравоохранения и Австралийского совета по стандартам в системе здравоохранения исходная модель аккредитации, основанная на принципах рыночной конкуренции и специально разработанных стандартах, является необходимым компонентом рыночной системы регулирования и поддержки качества медицинской помощи.

**Профессиональная форма** аккредитации в большей степени основана на суждениях равных по рангу специалистов-инспекторов, нежели на установленных профессиональных стандартах. Во многих странах проверка деятельности больниц осуществляется профессиональными медицинскими организациями, некоторые из которых также разрабатывают собственные аккредитационные системы, основанные на стандартах.

Обе формы аккредитации в экономически развитых странах развивались практически одновременно вплоть до начала 1990-х годов. В этот период все программы аккредитации разрабатывались и проводились независимыми организациями, представляющими профессиональные медицинские круги, потребителей медицинских услуг и коммерческие страховые структуры, заинтересованные в организационном развитии добровольной аккредитации.

**Государственная форма** аккредитации в практике здравоохранения является сравнительно новым явлением. Большинство разработанных за последние годы аккредитационных программ финансируются из государственного бюджета и реализуются под руководством или при активном участии государственных органов. В результате аккредитация постепенно трансформируется в некоторое подобие лицензирования и обнаруживает тенденцию к тому, чтобы стать обязательной. Требования к открытости и прозрачности деятельности правительств предполагают, что полученная в результате инспекций информация должна стать достоянием общественности. Поэтому исходная функция аккредитации как конфиденциального управленческого инструмента, способствующего решению внутренних проблем качества в здравоохранении, постепенно утрачивает свое первоначальное значение по мере того, как качественные показатели здравоохранения становятся предметом общественного наблюдения.

Относительные приоритеты национальных программ аккредитации в разных странах широко варьируют и формируются под влиянием политических, социальных и экономических факторов. **В развитых странах**

основное внимание уделяется оценке и улучшению показателей безопасности, клинической эффективности, информированности потребителей медицинских услуг, повышению квалификации сотрудников, стандартизации медицинских услуг и минимизации отклонений, а также осведомленности и подотчетности органов финансирования здравоохранения. **В развивающихся странах** особое значение придается обеспечению населения минимальным набором медицинских услуг и информацией о возможностях их получения, а также улучшению доступности медицинской помощи в условиях, когда культура профессиональной ответственности персонала здравоохранения еще не сложилась, а кадровые и материально-технические ресурсы здравоохранения крайне ограничены.

Практика аккредитации непрерывно развивается, адаптируясь к изменениям политической, социальной и технологической среды в каждой стране и в каждой системе здравоохранения. Самым радикальным сдвигом в развитии аккредитации стал переход от рыночного регулирования к государственной поддержке или в государственную собственность. Необходимость такого перехода обусловлена растущей заботой правительств об улучшении качества медицинского обслуживания. В современных условиях процедура аккредитации может стать эффективным инструментом, способствующим достижению этой цели. Однако, лишь некоторые правительства решились принять аккредитацию как метод контроля качества медицинского обслуживания. Отказ многих правительств от аккредитации связан с разными причинами, главной из которых является ограниченность бюджета здравоохранения. Трудности с внедрением систем аккредитации обусловлены длительностью и трудоемкостью разработки собственных стандартов и неприемлемостью заимствования стандартов, разработанных другими странами. Необходимость создания сложной управленческой инфраструктуры для функционирования аккредитационных систем являются дополнительными факторами, сдерживающими распространение процесса аккредитации в здравоохранении.

#### ***8.4.2. Значение сертификации и аттестации медицинских работников в обеспечении и контроле качества медицинской помощи***

Система медицинского образования построена таким образом, что получение диплома не обеспечивает права на осуществление самостоятельной деятельности. Специалистом медицинский работник становится только после прохождения обязательного последиplomного обучения в интернатуре, на циклах первичной специализации на базе факультетов последиplomной подготовки или образовательных учреждений последиplomного образования. Дальнейшее совершенствование профессионального мастерства обеспечивается введением процедур **сертификации** и **аттестации** специалистов на протяжении всей их последующей трудовой деятельности.

Термин “**сертификация**” происходит от латинского *certifico* (удостоверяю) и означает подтверждение соответствия качественных характеристик тому уровню, который требуется стандартом качества, а также процедуру получения сертификата.

В соответствии с “Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан” (ст. 54) право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование и имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается МЗ РФ, – также сертификат специалиста и лицензию.

Согласно приказам МЗ РФ от 19.12.1994 г. № 286 “Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской или фармацевтической) деятельности”; от 17.11.1995 г. № 318 “О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста” и письма МЗ РФ от 07.08.1995 г. № 15-00 “О разъяснении приказа МЗ РФ от 19.12.1994 г. № 286 сертификат специалиста представляет собой документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам.

Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности. Сертификат специалиста выдается только лицам, имеющим диплом о высшем и/или среднем медицинском или фармацевтическом образовании и документы о соответствующем послевузовском и/или дополнительном образовании. После завершения обучения в интернатуре, ординатуре, аспирантуре на основании результатов квалификационного экзамена выдаются соответствующие удостоверения и сертификат специалиста без дополнительного экзамена. Оценка, выставляемая в сертификате, свидетельствует об уровне подготовленности специалиста, его стремлении к овладению определенными знаниями и навыками для самостоятельной деятельности, объеме этих знаний и умений. Сертификат специалиста подтверждается каждые пять лет. При его подтверждении оценка не выставляется.

Сертификационные циклы проводятся институтами, академиями и факультетами усовершенствования врачей по заявкам территориальных органов здравоохранения по конкретным специальностям в основном по очно-заочной форме обучения.

Введение системы сертификации требует жесткой регламентации государственных стандартов подготовки специалистов на всех этапах последиplomного образования. Учебные программы должны быть едиными на всей территории страны, а вносимые изменения не должны превышать 10–15% их основного содержания.

Необходимым условием совершенствования профессионального уровня работников здравоохранения является **аттестация** медицинского

персонала. Она направлена на повышение персональной ответственности за выполнение медицинскими работниками своих функциональных обязанностей. В соответствии с “Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан” (1993), приказом МЗ РФ от 18.02.1995 г. № 33 “Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения РФ” аттестация представляет собой один из механизмов государственного контроля качества медицинской помощи и является основным компонентом системы непрерывного образования специалистов.

Основная цель аттестации заключается в стимулировании роста квалификации специалистов; улучшении подбора, расстановки и использования медицинских кадров; повышении персональной ответственности за выполнение ими профессиональных и должностных обязанностей.

Аттестация проводится по желанию специалистов и является добровольным делом. К аттестации допускаются лица, имеющие медицинское и фармацевтическое образование и получившие право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в учреждениях здравоохранения независимо от формы их собственности. К аттестации не допускаются специалисты, не прошедшие повышение квалификации по аттестуемой специальности в государственных образовательных учреждениях в течение последних пяти лет. По результатам аттестации специалистам присваивается квалификационная категория: вторая, первая и высшая.

Первичная аттестация на квалификационную категорию, аттестация на присвоение более высокой квалификационной категории, подтверждение высшей квалификационной категории проводится с приглашением специалиста на заседание аттестационной комиссии. Подтверждение второй и первой квалификационной категории может проводиться заочно. Переаттестация на подтверждение имеющейся квалификационной категории проводится каждые пять лет. При определении квалификационной категории соблюдается определенная последовательность: специалист второй, первой и высшей квалификационной категории. Вторая квалификационная категория может присваиваться врачам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее пяти лет, первая – семи, высшая – десяти лет.

Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории проводится аттестационными комиссиями, создаваемыми при органах управления здравоохранением субъектов РФ. В состав комиссии входят ведущие специалисты лечебно-профилактических, образовательных учреждений, главные специалисты органов управления здравоохранением, представители медицинских и фармацевтических ассоциаций, профсоюзных организаций и др. Основной формой проверки теоретических знаний и практических навыков специалиста является аттестационный экзамен, проводимый по стандартной методике в виде собеседования или с использованием тестовых заданий, утвержденных МЗ РФ. По результатам

аттестации (переаттестации) специалисту выдается удостоверение установленного образца о присвоении соответствующей квалификационной категории.

Практика свидетельствует, что целенаправленная плановая работа по повышению профессиональной квалификации медицинского персонала в сочетании с постоянным внутриучрежденческим контролем качества медицинской помощи ведет к оптимизации использования финансовых ресурсов за счет уменьшения финансовых санкций и повышению удовлетворенности пациентов [83].

Таким образом, в настоящее время профессиональные качества медицинских работников системы здравоохранения оцениваются в процессе осуществления двух процедур – сертификации и аттестации персонала здравоохранения. Основные организационно-функциональные характеристики этих процедур представлены в табл. 59 [1].

Таблица 59

Сравнительная характеристика организационных подходов к оценке профессиональных качеств медицинских работников

Наименование процедуры	Субъект деятельности	Характер прохождения	Средство контроля	Результат использования
Сертификация персонала	Гос. мед. ВУЗы и НИИ; проф. мед. ассоциации	Обязательное	Простые профессиональные стандарты	Допуск к медицинской деятельности
Аттестация персонала	Орган управления здравоохранением	Добровольное	Экспертная оценка	Присвоение квалификационной категории

Однако вплоть до настоящего времени процедуры сертификации и аттестации медицинских работников сохраняют свой субъективный характер и во многом дублируют друг друга. В большинстве случаев это связано с отсутствием государственных стандартов квалификационных и аттестационных категорий по всей номенклатуре медицинских специальностей и четкого разграничения требований к проведению этих процедур. Их основное отличие заключается в том, что при сертификации специалиста подтверждается степень его теоретической и практической подготовки, а при аттестации особое внимание уделяется оценке приобретенных специалистом профессиональных и организационных навыков.

### **8.5. Управление качеством стоматологической помощи**

В последние годы в специальной литературе появляется все больше публикаций, посвященных проблеме управления качеством

стоматологической помощи с учетом последних достижений теории управления частными корпорациями. Вместе с тем, создание систем управления качеством в стоматологических службах административных территорий страны сопряжено с необходимостью преодоления ряда объективных трудностей. Главная из них заключается в недостаточном соответствии существующей системы обеспечения качества стоматологической помощи современным требованиям. К примеру, такого мнения придерживается большинство (72,3%) руководителей стоматологических учреждений Орловской области [41]. В частности, оснащенность стоматологических учреждений современным оборудованием ими признана плохой (59,3%) и даже очень плохой (19,5%). Вместе с тем, их знание современных подходов к управлению качеством стоматологической помощи являлось весьма недостаточным. Лишь 42,1% руководителей стоматологических учреждений интересовались проблемами стандартизации в стоматологии, 35,3% из них высоко оценивали свою информированность в этой области, но только 16,5% имели исчерпывающие представления о применяемых в стоматологии стандартах.

В современной практике отечественного здравоохранения организация работы по обеспечению и контролю качества стоматологической помощи основывается на единых методологических и методических подходах, изложенных в федеральных нормативных документах. Одновременно на практике продолжается активный поиск наиболее эффективных способов применения альтернативных подходов к управлению качеством медицинской помощи в стоматологических структурах разного типа и формы собственности [3, 4, 24, 25, 39, 45, 73]. Это связано с тем, что положение медицинской организации на рынке стоматологических услуг, ее финансовая устойчивость и долговременность функционирования прежде всего определяются качеством предоставляемых медицинских услуг.

Так, С.В. Зубовым и Е.В. Сдобновым [23] с позиций традиционного подхода разработаны организационные стандарты оснащения стоматологических учреждений (кабинетов) дифференцированно по отдельным категориям:

- III категория – базовая стоматологическая помощь (терапия);
- II категория – специализированная стоматологическая помощь (терапия, хирургия, ортодонтия);
- I категория – комплексная стоматологическая помощь (терапия, хирургия, ортодонтия, парадонтология, имплантология и т.д.)

Для эффективного управления качеством стоматологической помощи на учрежденческом уровне авторы рекомендуют использование 3-х ступенчатой системы внутреннего контроля:

- 1) **первая ступень** контроля осуществляется заведующим отделением и заключается в :



- выборочной проверке ведения медицинских карт пациентов;
  - личном освидетельствовании каждых 10 санированных врачами пациентов;
  - оценке качества лечения по результатам изучения контрольных рентгенограмм;
  - анализе отдаленных исходов лечения по результатам личного осмотра 30 ранее санированных врачами пациентов;
- 2) **вторая ступень** контроля осуществляется заместителем главного врача по лечебной работе и состоит в:
- сплошной проверке медицинских карт пациентов, временно утративших трудоспособность;
  - изучении всех случаев осложнений лечения;
  - анализе причин госпитализации;
- 3) **третья ступень** контроля осуществляется членами клинико-экспертной комиссии и заключается в анализе причин возникновения конфликтных ситуаций, связанных с лечением и зубопротезированием.

При проведении внутреннего контроля качества авторы предлагают соблюдение соответствующей периодичности (ежедневной, еженедельной) в использовании тех или иных контролирующих методов. По их мнению, оценка полноты и правильности заполнения медицинской документации, качества постановки пломбы, фиксации внутриканального штифта, obturации канала, описания рентгеновских снимков должны проводиться ежедневно, а разбор на врачебных конференциях выявленных недостатков по оформлению медицинской документации и соблюдению методик лечения зубов – еженедельно.

Об особой важности третьей ступени контроля свидетельствуют приводимые Н.Н. Бондаренко [8] данные о высокой частоте конфликтов (почти у 90% стоматологов), вызванных некачественным оказанием стоматологических услуг. Актуальность этой проблемы еще более возрастает в условиях перехода стоматологических практик на рыночную систему экономических отношений. В этой связи вполне оправданным является предложение автора [7] о внедрении в деятельность стоматологических учреждений независимого аудита качества стоматологических услуг на всех этапах внутреннего контроля, осуществляемого на условиях внешнего компетентными организациями, например, Институтом независимой экспертизы качества медицинских услуг. При этом инициатором проведения такого контроля выступает само стоматологическое учреждение, непосредственно заинтересованное в объективном анализе и оценке качества предоставляемых услуг. Объектом исследования служат организация работы и профессиональная подготовка наличного состава медицинских кадров.

В настоящее время, как уже было сказано нами выше, при создании систем управления качеством в здравоохранении широко используется идеология международных стандартов ИСО серии 9000:2000, основными принципами которой являются:

- ориентация на потребителя;
- лидерство руководителя;
- вовлечение работников;
- процессный подход;
- системный подход;
- постоянное улучшение;
- принятие решений, основанное на фактах;
- взаимовыгодность отношений с поставщиками.

Используемые развитыми странами прогрессивные подходы к управлению качеством отечественные специалисты И.С. Кицул, С.Д. Арутюнов, В.П. Лошкарев [28] адаптировали к потребностям российской стоматологической практики и на их основе создали систему управления качеством ортопедической стоматологической помощи. Разработка системы включала несколько этапов:

- изучение состояния проблемы по данным литературы, нормативной документации и имеющегося опыта (контент-анализ);
- создание алгоритмов основных видов ортопедической стоматологической помощи (процессный подход, метод декомпозиции);
- разработка модели управления качеством ортопедической стоматологической помощи на основе принципов цикла Шухарта-Деминга (метод моделирования);
- описание процессов жизненного цикла ортопедических стоматологических услуг (дескриптивный метод);
- формирование системы документооборота и информационного обеспечения системы управления качеством с использованием CALS-технологий (метод моделирования, аналитический метод);
- разработка системы критериев и показателей оценки качества работы врача стоматолога-ортопеда и качества изготовления зубных и челюстных протезов (метод организационного эксперимента, метод экспертных оценок);
- оценка эффективности внедрения системы управления качеством ортопедической стоматологической помощи в конкретных условиях производства и потребления стоматологических услуг (метод экспертных оценок, социологический и статистический методы).

Предложенная авторами система управления качеством описана в “Руководстве по качеству ортопедической стоматологической помощи в соответствии с требованиями МС ИСО 9001 версии 2000 г.” и внедрена в работу клиники кафедры стоматологии общей практики и подготовки зубных техников ФПКС ГОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава”. В основу системы положен процессный подход, реализуемый путем осуществлением основных организационных процедур:

- **документация** – документирование всех процессов оказания ортопедической стоматологической помощи;

- **протоколы качества** – анализ регистрационных документов по результатам экспертизы качества клинических и лабораторных этапов изготовления протезов;
- **внутренний аудит** – анализ данных экспертизы качества по результатам аудиторских проверок;
- **несоответствующая продукция** – непрерывный мониторинг дефектов изготовления зубных протезов;
- **корректирующие действия** – разработка мероприятий по устранению факторов, снижающих качество ортопедической стоматологической помощи;
- **предупреждающие действия** – проведение превентивных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов на всех этапах изготовления протезов в будущем.

Суть контроля качества заключается в обнаружении отклонений фактических показателей от плановых, поиске причин их возникновения, проведении корректирующих действий и установлении соответствия скорректированных показателей стандартным значениям. Все контрольные мероприятия осуществляются последовательно в несколько этапов, обозначенных условными терминами: **план** (Plan), **реализация** (Do), **проверка** (Check) и **исправление** (Action). В совокупности они образуют PDCA-цикл или цикл Шухарта-Деминга.

О необходимости внедрения непрерывного мониторинга качества работы врачей стоматологов свидетельствуют данные многочисленных исследований. По мнению С.В. Зубова и Е.В. Сдобнова [23], многие требования к оформлению медицинской карты стоматологами просто игнорируются. Это касается описания стоматологического статуса, дифференциальной диагностики заболевания, зубной формулы, рентгеновских снимков и т.п. Результаты оценки качества терапевтической стоматологической помощи, проведенной Ю.М. Максимовским и соавт. [6], отражают наличие широкого круга проблем, требующих систематического проведения корректирующих действий. В частности, в структуре врачебных ошибок при ортодонтическом лечении, по данным авторов, преобладали: неполное и некачественное пломбирование корневых каналов (10,1–20,9% при пульпите и 7,3–11,9% при периодонтите); сохранение периапикального очага при хроническом периодонтите (6,4–7,5%); необоснованное выведение пломбировочного материала за верхушку корня (5,5–6,1%); перфорация стенки корня (5,5–8,2%); отлом инструмента в корневом канале (4,6–5,2%).

Наибольшие сложности у врачей стоматологов-терапевтов вызывали ортодонтические технологии (39,3–56,3%) и эстетические реставрации (32,1–68,8%). Основными причинами некачественного ортодонтического лечения являлись: нарушение методики работы с инструментами (16,7–27,3%); недостаточность знаний и навыков (27,8–36,4%); ограниченность времени приема (33,3–72,7%) и материально-технического обеспечения (33,3–36,4%). В структуре причин дефектов эстетических реставраций на нарушение

методики работы пришлось 18,2–22,2%; недостаточность навыков и знаний – 18,2%–22,2%; материально-технического обеспечения – 31,8–33,3%; ограниченность времени приема – 54,5%–55,6%.

Оценку качества терапевтической стоматологической помощи С.Е. Пухов [61], Х.И. Ибрагимли [64] и др. рекомендуют проводить с использованием метода экспертных оценок качества пломбы на основании критериев, предложенных Международной организацией дантистов, с последующей балльной оценкой экспертных заключений. Методика оценки качества терапевтической стоматологической помощи, разработанная Х.И. Ибрагимли [26], включает три последовательных этапа. На первом этапе эксперты оценивают качество стоматологической помощи на основе критериев краевой адаптации, анатомической формы, цветоадаптации, краевой пигментации пломбы, вторичного кариеса (в расчете на 100 обследованных случаев) по 3-х вариантной шкале: отлично, удовлетворительно, неудовлетворительно. На втором этапе результаты экспертных оценок преобразуются в балльные значения: отлично – 1 балл, удовлетворительно – 0,67 балла, неудовлетворительно – 0,33 балла. На третьем этапе рассчитывается сумма баллов по всем критериям качества пломбы. При этом интегральная оценка качества проводится либо по сумме баллов, либо по их среднему значению, либо по соотношению баллов.

Данный подход использован Х.И. Ибрагимли [24] при разработке методики оценки качества ортопедической стоматологической помощи. Она заключается в экспертной оценке качества съемных и несъемных протезов на основе общепризнанных критериев. Определение коэффициента комплексной оценки (среднего нормированного интенсивного показателя) проводится путем деления суммы нормированных интенсивных показателей на число оценочных критериев. Величину нормированного интенсивного показателя получают путем отношения частоты дефектов к нормирующему значению. В качестве нормирующего значения принимается величина, равная суммарному значению частоты дефектов.

Г.И. Назаренко и Е.И. Полубенцева [48] при создании системы управления качеством стоматологической помощи особое внимание обращают на необходимость разработки организационных подходов по вовлечению в этот процесс медицинского персонала стоматологических учреждений на основе установления эффективных взаимоотношений с пациентами. Необходимые мероприятия могут быть запланированы по трем основным направлениям:

- обучение пациентов;
- соблюдение конституционных прав пациентов;
- изучение мнения пациентов о качестве стоматологической помощи.

Обучение заключается в информировании пациентов об имеющихся у них заболеваниях, объеме и характере предстоящего обследования и лечения, в формировании необходимых практических навыков по выполнению медицинских рекомендаций. Соблюдение конституционных

прав пациентов обеспечивается строгим выполнением требований структурных и технологических стандартов стоматологической помощи. Изучение мнения пациентов о качестве стоматологических услуг с использованием формализованных инструментов позволяет выявить имеющиеся в работе стоматологических учреждений недостатки и разработать комплекс корректирующих мер по их устранению и предупреждению возможного возникновения в будущем.

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Если вас попросили объяснить, в чем заключается содержание качественной медицинской помощи, что вы ответите?
2. Определите отдельные элементы структурного компонента качества медицинской помощи. Назовите стандарты, с помощью которых оценивается каждый элемент. Объясните, какое влияние отдельный элемент структуры может оказывать на результаты медицинской помощи.
3. Предположим, что вам предложили выступить перед вашими бывшими одноклассниками. Тема вашего выступления – обеспечение конституционных прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи. Кратко перечислите основные положения вашего выступления.
4. Почему государство должно заботиться о предоставлении населению доступной и качественной медицинской помощи? Какие профессиональные соображения возникают, когда метод экспертных оценок используется в качестве единственного инструмента контроля качества медицинской помощи? Не могли бы вы их объяснить?
5. Может ли быть оправдано вмешательство государства в деятельность свободного рынка стоматологических услуг? Какую роль играют профессиональные, общественные и рыночные соображения, когда государство принимает решение о таком вмешательстве? Какие государственные механизмы при этом могут быть использованы? Поясните свой ответ.
6. На вопрос, обладает ли фирма общественным сознанием или просто пытается максимизировать прибыль, выступая за содействие общественному благополучию, ответа все еще нет. Кратко изложите ваше мнение об этом.
7. Объясните, каким образом феномен “негатива” может повлиять на предоставление качественной медицинской помощи. Как он влияет на качество процесса и качество результата. Может ли он служить основанием для оправдания вмешательства государства в деятельность рынка стоматологических услуг? И если да, то почему?
8. Стандарты широко применяются в здравоохранении для оценки качества медицинской помощи, так как они являются удобным и объективным инструментом анализа. Однако стандарты могут приводить к ошибочным выводам. Не могли бы вы объяснить, каким образом это может происходить?

9. Допустим, что вы как участник национальных дебатов должны представить аргументы против активного регулирования государством деятельности стоматологических фирм на рынке. Вкратце обрисуйте основные пункты вашего выступления. Какие аргументы, по вашему мнению, может выдвинуть против вас оппонент? Как их можно опровергнуть?

### Тестовые задания

1. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ПОД КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЕТСЯ:

- 1) применение достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу обеспечения максимально возможной пользы без увеличения риска от лечения;
- 2) совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и техники;
- 3) характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели, профессиональным стандартам;
- 4) содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации персонала, то есть его способности снижать риск прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от взаимодействия с системой здравоохранения.

2. РАБОЧАЯ ГРУППА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ (1991) К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТ:

- 1) действенность, эффективность, продуктивность, оптимальность, приемлемость, законность, справедливость;
- 2) адекватность, технологичность, эффективность, экономичность;
- 3) профессиональная компетентность, доступность, межличностные отношения, непрерывность, безопасность, удобство;
- 4) доступность, безопасность, оптимальность, удовлетворенность.

3. СТРУКТУРА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ:

- 1) структурный;
- 2) технологический;
- 3) результативный;
- 4) организационный.

#### 4. СОДЕРЖАНИЕМ СТРУКТУРНОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) анализ организационных и медицинских технологий, определение соответствия лечебно-диагностических процедур установленным технологическим стандартам;
- 2) определение наличия материальных, трудовых и финансовых ресурсов, обеспечивающих необходимые лицензионные условия для оказания медицинской помощи;
- 3) оценка конечных результатов деятельности системы с помощью комплекса показателей, отражающих медицинскую, социальную и экономическую эффективность здравоохранения;
- 4) совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности медицинских учреждений и их подразделений, позволяющих обеспечить достоверную оценку результатов их работы и выявить пути рационального использования ресурсов.

#### 5. ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛЬЮ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) профессиональная модель, в которой центральное место в оценке качества принадлежит медицинскому персоналу здравоохранения. В этой модели контроль осуществляется производителем медицинских услуг (внутренний контроль качества);
- 2) потребительская модель, в которой основная роль отводится пациентам (потребительский контроль качества);
- 3) бюрократическая модель, в которой выполнение функций контроля возлагается на специальные независимые организации, назначаемые правительством (внешний контроль качества);
- 4) смешанная модель, в которой представлены все три направления контроля и социальные группы, участвующие в контроле качества медицинской помощи.

#### 6. ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЕЕ КАЧЕСТВА, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) доступность, коммуникабельность, компетентность, обходительность, доверительность, надежность, отзывчивость, безопасность, осязаемость, понимание/значение пациента;
- 2) материальность, надежность, отзывчивость, убежденность, сочувствие;
- 3) технический (что) и функциональный (как) аспекты;
- 4) неосязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, неопределенность/изменчивость, несохраняемость/ненакопляемость.

7. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТА, КРОМЕ:

- 1) участники контроля, или те, кто осуществляет контроль;
- 2) объект контроля, или то, что подлежит контролю;
- 3) средства контроля, или то, с помощью чего осуществляется контроль;
- 4) механизмы контроля, или то, каким образом осуществляется контроль.

8. К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) социальные представления пациентов;
- 2) медицинские стандарты;
- 3) экспертные оценки;
- 4) показатели здоровья и здравоохранения.

9. ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЕННЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ПОНЯТИЯМ “СТАНДАРТ” И “СТАНДАРТИЗАЦИЯ”, КРОМЕ:

- 1) деятельность по установлению правил и характеристик для упорядочения производства, обращения и потребления товаров, а также повышения их безопасности, экономичности и конкурентности;
- 2) нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные соответствующими компетентными органами;
- 3) реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень качества товара или услуги;
- 4) последовательное деление от общего к частному заданного множества для создания единой системы классификации распределяемого множества с учетом признаков сходства и различия составляющих его объектов.

10. К МЕХАНИЗМАМ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) лицензирование;
- 2) аккредитация;
- 3) сертификация;
- 4) аттестация;
- 5) все перечисленное верно.

11. ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЕННЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ПОНЯТИЮ “ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ”, КРОМЕ:

- 1) процедура выдачи уполномоченным органом гарантий того, что организация, персона, товар, услуга отвечают определенным требованиям,



- позволяющим им осуществлять особо ответственные функции, или соответствуют установленным профессиональным стандартам качества;
- 2) предоставление права, выдачу разрешения на осуществление того или иного вида деятельности (производство и реализацию товаров, оказание услуг, использование патента и т.д.);
  - 3) способ создания равных условий для деятельности организаций и учреждений здравоохранения разных форм собственности, благоприятствующих притоку инвестиций в здравоохранение и социальную сферу;
  - 4) метод обеспечения и контроля соблюдения прав граждан на надлежащие условия получения адекватной медицинской помощи, эффективной лекарственной терапии, качественного протезирования и др.

12. ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЕННЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ПОНЯТИЮ “АККРЕДИТАЦИЯ”, КРОМЕ:

- 1) процедура выдачи уполномоченным органом гарантий того, что организация, персона, товар, услуга отвечают определенным требованиям, позволяющим им осуществлять особо ответственные функции, или соответствуют установленным профессиональным стандартам качества;
- 2) обязательная или добровольная оценка компетентности третьим уполномоченным на проведение такой оценки лицом, помогающая развитию и совершенствованию лечебно-диагностического процесса в медицинском учреждении;
- 3) установление соответствия медицинских учреждений утвержденным профессиональным стандартам;
- 4) направлена на повышение персональной ответственности медицинских работников за выполнение своих функциональных обязанностей.

13. ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЕННЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, КРОМЕ:

- 1) определяет степень достижения желаемого эффекта для конкретного пациента в процессе лечения;
- 2) измеряется с помощью показателей исходов заболеваний; индекса здоровья; продолжительности жизни с улучшенными показателями здоровья, или числом качественно прожитых лет жизни; достигнутого в результате лечения уровня здоровья, выраженного в “утилитарных” единицах и др.;
- 3) характеризует конечные результаты деятельности системы здравоохранения на микроуровне;
- 4) отражает достижение общественного эффекта в деятельности системы здравоохранения.

#### 14.К ПОНЯТИЮ “СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ” ОТНОСИТСЯ:

- 1) измеряется на микро- и макроуровне;
- 2) индикаторами социальной эффективности служат показатели общественного здоровья;
- 3) оценивается с помощью показателей удовлетворенности пациентов от взаимодействия с системой здравоохранения;
- 4) определяется с помощью показателей, отражающих увеличение продолжительности жизни; уменьшение числа социально значимых заболеваний; увеличение числа сохраненных жизней; защищенность застрахованных в системе медицинского страхования; степень реализации прав пациентов; улучшение качества жизни, обусловленного здоровьем, и др.;
- 5) все перечисленное верно.

#### 15.К ПОНЯТИЮ “ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ” В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

- 1) определяется отношением полученных результатов к понесенным затратам;
- 2) означает соответствие фактически достигнутых результатов запланированным;
- 3) измеряется числом сохраненных жизней в трудоспособном возрасте; стоимостью ликвидации или снижения распространенности заболеваний с временной утратой трудоспособности; уменьшением величины расходов без снижения качества медицинской помощи; ростом показателей доходности, рентабельности, финансовой устойчивости медицинских учреждений и др.;
- 4) в связи с недостаточной методологической и методической разработанностью часто представляет собой трудно выполнимую задачу;
- 5) все перечисленное верно.

#### Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	4.	6	4.	11	1.
2	4.	7	2.	12	4.
3	4.	8	1.	13	4.
4	2.	9	4.	14	5.
5	4.	10	5.	15	5.

## Список основной литературы

1. Аккредитация медицинских учреждений / В. В. Стожаров [и др.]. – М. : Междунар. центр финанс.-экон. развития, 1999. – 128 с.
2. Аккредитация медицинских учреждений в России : 10 лет бессистемного развития / С. Н. Горбунов [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – № 2. – С. 3–10.
3. Алимский А. В. О планово-нормативных и качественных показателях в стоматологии / А. В. Алимский // Стоматология. – 1999. – № 1. – С. 63–65.
4. Алимский А. В. Принципиальные подходы к организации профилактики стоматологических заболеваний в условиях рыночной экономики / А. В. Алимский // Новое в стоматологии. – 1997. – № 5. – С. 7–9.
5. Амалицкая С. М. Опыт организации аккредитации субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, в Москве / С. М. Амалицкая // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 1999. – № 3. – С. 35–36.
6. Анализ качества работы врачей стоматологов-терапевтов в зависимости от степени алгоритмизации лечебного процесса / Ю. М. Максимовский [и др.] // Стоматолог. – 2006. – № 3. – С. 15–18.
7. Бондаренко Н. Н. Аудит качества как объективная необходимость в условиях реформирования стоматологической службы / Н. Н. Бондаренко // ГлавВрач. – 2008. – № 3. – С. 23–28.
8. Бондаренко Н. Н. Экспертиза и контроль качества стоматологических услуг / Н. Н. Бондаренко // Стоматолог. – 2006. – № 1. – С. 3–7.
9. Боярский А. П. Современное состояние здравоохранения по оценкам медицинских работников / А. П. Боярский, Т. В. Чернова, Н. П. Якимович // Здравоохранение РФ. – 1994. – № 2. – С. 13–14.
10. Векслер М. М. К проблеме стабильности врачебных кадров в сельской местности (по материалам специального исследования в УССР) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. М. Векслер. – Винница, 1974. – 22 с.
11. Войно-Ясенецкий М. В. Источники ошибок при морфологических исследованиях / М. В. Войно-Ясенецкий, Ю. М. Жаботинский. – Л. : Медицина, 1970. – 320 с.
12. Вялков А. И. Нормативно-правовая база стандартизации в здравоохранении / А. И. Вялков, О. С. Якимов, П. А. Воробьев // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 2-3. – С. 36–42.
13. Вялков А. И. Роль стандартизации в выполнении задач совершенствования медицинской помощи населению в соответствии с программой социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) / А. И.

- Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – № 3. – С. 3–10.
14. Галкин Р. А. Опыт контроля качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования в Самарской области / Р. А. Галкин, В. В. Павлов, С. И. Кузнецов // Здравоохранение и продолжительность жизни в России. – М., 1996. – С. 154–160.
  15. Галкин Р. А. Экспертиза качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования / Р. А. Галкин, В. В. Павлов, С. И. Кузнецов // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Н. А. Семашко. – 1996. – Вып. 3. – С. 40–42.
  16. Горбунов С. Н. Исторический анализ законодательных и нормативно-правовых актов Российской Федерации последнего десятилетия, связанных с лицензированием медицинской деятельности / С. Н. Горбунов, П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – № 1. – С. 8–14.
  17. Дзизинский А. А. Диагностические ошибки в современной клинике / А. А. Дзизинский // Клин. медицина. – 1979. – № 1. – С. 104–110.
  18. Димов А. С. Классификация и анализ причин диагностических ошибок на догоспитальном этапе ведения больных внутренними заболеваниями : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. С. Димов. – Казань, 1981. – 19 с.
  19. Димов А. С. О причинах диагностических ошибок при распознавании заболеваний внутренних органов / А. С. Димов // Клин. медицина. – 1980. – № 4. – С. 66–70.
  20. Захаров И. А. Научное обоснование оптимизации планирования и финансирования системы оказания медицинской помощи : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И. А. Захаров. – М., 1997. – 37 с.
  21. Зинчук Ю. Ю. Фактор заработной платы во влиянии на качество медицинской помощи в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях / Ю. Ю. Зинчук // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 4. – С. 26–30.
  22. Зотов Ю. И. Разработка системы сертификации стационарных лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации / Ю. И. Зотов, Н. Н. Михневич // Здравоохранение. – 1999. – № 3. – С. 25–33.
  23. Зубов С. В. О стандартизации и контроле качества стоматологической помощи / С. В. Зубов, Е. В. Сдобнов // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 7. – С. 15–17.
  24. Ибрагимли Х. И. О критериях качества стоматологической помощи / Х. И. Ибрагимли // Проблемы упр. здравоохранением. – 2008. – № 2(39). – С. 32–35.
  25. Ибрагимли Х. И. О преимуществах интегральных критериев оценки качества терапевтической стоматологической помощи / Х. И. Ибрагимли // Проблемы упр. здравоохранением. – 2007. – № 6(37). – С. 55–57.

26. Использование метода аккредитации в системах управления качеством в здравоохранении зарубежных стран / А. С. Юрьев [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 1. – С. 27–39.
27. Калиниченко В. И. Экспертиза лечебно-диагностического процесса в оценке качества медицинской помощи / В. И. Калиниченко // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1999. – № 6. – С. 30–31.
28. Кицул И. С. Опыт внедрения системы менеджмента качества в клинику ортопедической стоматологии / И. С. Кицул, С. Д. Арутюнов, В. П. Лошкарев // Стоматолог. – 2006. – № 5. – С. 3–9.
29. Комаров Ф. И. Философия и нравственная культура врачевания / Ф. И. Комаров, В. П. Петленко, И. А. Шапов. – Киев : Здоров'я, 1988. – 160 с.
30. Комаров Ю. М. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. – 2009. – № 10. – С. 35–45.
31. Комаров Ю. М. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи / Ю. М. Комаров, А. В. Короткова, Г. И. Галанова // Управление качеством медицинской помощи в РФ. – М., 1997. – С. 30–53.
32. Комаров Ю. М. Основные пути выхода здравоохранения России из кризиса в 1999–2000 годах / Ю. М. Комаров. – М. : Медсоцэкономинформ, 1998. – 58 с.
33. Корсунский А. А. Лицензирование как важный механизм обеспечения качества оказания медицинской помощи / А. А. Корсунский // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 1. – С. 53–55.
34. Корчагин В. П. Планирование бюджета здравоохранения / В. П. Корчагин, М. В. Клишкин // Медицина для Вас. – 1996. – № 9(16). – С. 8–12.
35. Кром Л. И. Правовые основы контроля качества медицинской помощи / Л. И. Кром // Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. – СПб., 1998. – Вып. 2. – С. 11–16.
36. Кучеренко В. З. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в добровольном медицинском страховании : теоретические основы проблемы / В. З. Кучеренко, В. М. Алексеева, Т. В. Скоморохова // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 10. – С. 11–16.
37. Кучеренко В. З. Стратегия клинического менеджмента как основа повышения качества медицинской помощи и ресурсосбережения / В. З. Кучеренко, Е. П. Яковлев // Проблемы упр. здравоохранением. – 2002. – № 2(3). – С. 24–28.
38. Лебедева И. В. Лицензирование, аккредитация, сертификация / И. В. Лебедева // Глав. врач. – 1994. – № 1. – С. 49–52.
39. Леонтьев В. К. Пути повышения качества работы стоматологов / В. К. Леонтьев // Дент-Арт. – 1998. – № 3. – С. 11–15.

40. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта / Л. А. Лещинский. – М. : Медицина, 1989. – 207 с.
41. Лошкарев В. П. Состояние и перспективы развития территориальных систем управления качеством стоматологической помощи (по данным социологических исследований) / В. П. Лошкарев // Рос. стоматол. журн. – 2007. – № 2. – С. 44–46.
42. Лукьянцева Д. В. К вопросу о внедрении отраслевых классификаторов в системе здравоохранения Российской Федерации / Д. В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – № 2. – С. 11–14.
43. Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях” : нац. стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 10002-2007 : утвержден приказом Федер. агентства по техн. регулированию и метрологии от 31.10.2007 г. № 283-ст.
44. Метод экспертизы качества медицинской помощи, этапы создания и перспективы развития / В. Ф. Чавпецов [и др.] // Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Первые результаты : материалы Всерос. совещ. – М., 1997. – С. 178–199.
45. Методические подходы к экспертизе качества стоматологической помощи, оказываемой по программам добровольного медицинского страхования / В. Г. Бутова [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2002. – № 1(6). – С. 38–44.
46. Михайлов С. М. Применение показателей качества медицинской помощи в управлении лечебно-диагностическим процессом / С. М. Михайлов, В. Ф. Чавпецов, М. А. Карачевцева // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1999. – № 6. – С. 28–30.
47. Мыльникова И. С. Что такое “стандарты качества”, или еще раз об объектах стандартизации в медицине / И. С. Мыльникова // Глав. врач. – 1996. – № 1. – С. 67–71.
48. Назаренко Г. И. Участие пациента в управлении качеством медицинской помощи / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева // Стоматолог. – 2005. – № 8. – С. 9–20.
49. Новаторов Э. В. Концептуальные и методологические основы маркетинговых исследований качества в сфере услуг / Э. В. Новаторов // Маркетинг и маркетинг. исслед. в России. – 2000. – № 5(29). – С. 4–13.
50. Новаторов Э. В. Методы разработки и анализа процесса обслуживания в маркетинге услуг / Э. В. Новаторов // Маркетинг в России и за рубежом. – 2001. – № 1(21). – С. 50–57.
51. Нужна ли нам аккредитация медицинских учреждений или достаточно лицензирования медицинской деятельности / С. Н. Горбунов [и др.] //

- Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 1. – С. 8–12.
52. Общественное здоровье и здравоохранение : Методика расчета статистических показателей. Типовые ситуационные задачи / И. А. Камаев [и др.]. – Нижний Новгород : Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 2001. – 168 с.
53. Овчаров В. К. Необходимость структурных перемен и их медико-экономические тенденции в здравоохранении / В. К. Овчаров, В. О. Щепин // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1996. – № 4. – С. 24–32.
54. Организация и качество оказания медицинской помощи населению Российской Федерации // Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 22–23.
55. Основные методологические предпосылки к созданию системы контроля и обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице / Е.С. Железняк [и др.] // Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. – СПб., 1998. – Вып. 2. – С. 217–220.
56. Основы функционирования региональной системы управления качеством медицинской помощи / Н. П. Куликова [и др.] // Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. – СПб., 1998. – Вып. 2. – С. 51–64.
57. Отраслевая программа “Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 гг.” : утверждена Минздравпромом РФ 23.04.2003 г. // Глав. врач. – 2004. – № 7. – С. 100–110.
58. Ошибки клинической диагностики / под ред. С. С. Вайля. – Л. : Медицина, Ленингр. отд-ние, 1969. – 296 с.
59. Печеницина Н. А. Медико-экономические стандарты в экспертной работе страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных / Н. А. Печеницина, В. В. Михайлов // Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. – СПб., 1998. – Вып. 2. – С. 201–203.
60. Попов А. С. Очерки методологии клинического мышления / А. С. Попов, В. Г. Кондратьев. – Л. : Медицина, 1972. – 184 с.
61. Правила функционирования системы добровольной сертификации в сфере общественного здоровья, здравоохранения, фармации и социального развития / И. Ф. Серегина [и др.]. – Кемерово : [б. и.], 2005. – 67 с.
62. Проблемы оптимизации оказания общетерапевтической помощи на территориальном уровне в условиях перехода к обязательному медицинскому страхованию / С. И. Рябов [и др.] // Терапевт. архив. – 1996. – № 1. – С. 12–15.
63. Проект обеспечения качества. Обеспечение качества : учеб. рук. к семинару “Тренинг тренеров по обеспечению качества» / Разраб. сотр.

- Проекта обеспечения качества (QAP), Центра социального обеспечения. – М. : [б. и.], 1998. – 98 с.
64. Пухов С. Е. Научное обоснование системы контроля качества медицинской помощи в стоматологической медицинской организации : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Е. Пухов. – СПб., 2003. – 18 с.
65. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок / Р. Ригельман. – М. : Практика, 1994. – 204 с.
66. Ройтман М. П. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию / М. П. Ройтман, А. Л. Линденбрaten // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1996. – № 1. – С. 30–36.
67. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / под ред. Ю. П. Лисицына. – М. : Медицина, 1987. – Т. 2. – 464 с.
68. Савельева Е. Н. Управление качеством медицинской помощи / Е. Н. Савельева // Рос. мед. журн. – 2003. – № 3. – С. 8–11.
69. Семенов В. Ю. Проблемы управления качеством медицинской помощи / В. Ю. Семенов // Здравоохранение. – 2004. – № 3. – С. 20–25.
70. Системы менеджмента качества. Требования : нац. стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 9001-2008 введен в действие приказом Федер. агентства по техн. регулированию и метрологии от 18.12.2008 г. № 471-ст.
71. Скрипкару Г. Врачебная тайна и врачебная ошибка / Г. Скрипкару, Т. Чорня // Медицинская этика и деонтология. – М., 1983. – С. 91–92.
72. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения : учеб. рук. / под ред. Ю. П. Лисицына. – Казань : НПО “Медикосервис”, 1998. – 697 с.
73. Структура стоматологического рынка / В. Г. Бутова [и др.] // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998. – № 1. – С. 58–62.
74. Субботина Л. Н. Пути совершенствования контроля качества медицинской помощи / Л. Н. Субботина // Мед. страхование. – 1996. – № 13-14. – С. 25–27.
75. Сырнев В. М. Врачебное мышление и диалектика : Истоки врачебных ошибок / В. М. Сырнев, С. Я. Чикин. – М. : Медицина, 1973. – 103 с.
76. Тиллингаст С. Повышение качества в Российском здравоохранении: новые задачи – новые средства / С. Тиллингаст // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1996. – № 3. – С. 36–41.
77. Тишук Е. А. Современные проблемы качества медицинской помощи / Е. А. Тишук, В. О. Щепин // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история мед. – 2003. – № 3. – С. 13–19.
78. Улащик В. С. О врачебных ошибках и путях их предупреждения: общие соображения / В. С. Улащик // Здравоохранение Беларуси. – 1994. – № 3. – С. 56–61.



79. Федоров В. В. Эксперт качества медицинской помощи, его роль в системе современного здравоохранения / В. В. Федоров, В. Ю. Привалов // Здравоохранение РФ. – 1995. – № 1. – С. 10–12.
80. Хальфин Р. А. Лицензирование медицинской деятельности / Р. А. Хальфин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 1. – С. 3–12.
81. Царик Г. Н. Предварительные итоги оценки эффективности врачебных практик / Г. Н. Царик // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1998. – № 3. – С. 42–45.
82. Царик Г. Н. Сертификация медицинских организаций и повышение качества медицинских услуг / Г. Н. Царик, К. В. Щипачев // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2009. – № 4. – С. 23–25.
83. Шестаков Г. С. Некоторые особенности работы с медицинским персоналом при обеспечении качества медицинских услуг, предоставляемых в негосударственном коммерческом медицинском учреждении / Г. С. Шестаков, В. В. Шляпников // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2009. – № 3-4. – С. 16–18.
84. Щепин О. П. Оценка качества и эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений : метод. материалы / О. П. Щепин. – М. : [б. и.], 1996. – 68 с.
85. Эльштейн Н. В. Диалог о медицине / Н. В. Эльштейн. – Таллин : Валгус, 1983. – 224 с.
86. Эльштейн Н. В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики / Н. В. Эльштейн. – Таллин : Валгус, 1983. – 248 с.
87. Эльштейн Н. В. Ошибки в гастроэнтерологии: диагностика и лечение / Н. В. Эльштейн. – Таллин : Валгус, 1991. – 188 с.
88. Юрьев А. С. Методология лицензирования медицинской деятельности. Результаты работы Центральной комиссии МЗ РФ по лицензированию медицинской деятельности / А. С. Юрьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 1. – С. 20–26.
89. Яновский А. Прочность цепочки определяется самым слабым звеном / А. Яновский // Мед. вестн. – 2003. – № 10.
90. Berry L. L. Services marketing is different / L. L. Berry // Business. – 1980. – Vol. 30, N 3. – P. 24–29.
91. Cronroos C. A service quality model and its marketing implications / C. Cronroos // European Journal of Marketing. – 1991. – Vol. 18, N 4. – P. 36–44.
92. De Pourville G. Innovation as a major research issue in health economics / G. De Pourville // Health Economics in Prevention and Care. – 2001. – N 2. – P. 139–141.

93. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality : What do they mean? / A. Donabedian // Amer. J. Publ. Health. – 1981. – Vol. 71. – P. 409–412.
94. Donabedian A. Models of quality assurance / A. Donabedian // Leonard S. Rosenfeld Memorial Lecture / S. Leonards. – Chapel Hill, 1993.
95. Donabedian A. The Definition of quality and approached to its assessment / A. Donabedian // An N. Arbor. – 1980. – Vol. 41. – P. 85–92.
96. Donabedian A. The seven pillars of quality / A. Donabedian // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. – 1990. – Vol. 64. – P. 1114–1115, 1118.
97. Serivens E. Accreditation : Protecting the Professional or the Consumer? / E. Serivens. – Buckingham : Open University Press, 1995. – 184 p.
98. Shaw C. D. Toolkit for accreditation programs / C. D. Shaw // Draft version 2 International Society for Quality in Healthcare, ALPHA Council For the World Bank. – 2003. – March.
99. Vuory H. V. Quality assurance of health services / H. V. Vuory. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1982. – (Public Health in Europe, N 16).

## **ГЛАВА 9. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ**

С включением России в общеевропейское образовательное пространство в области стоматологии привело к необходимости сопоставления ориентации программ высшего медицинского образования на единые профессиональные стандарты [6]. Европейской ассоциацией стоматологического образования сформирован ряд основных и сопутствующих компетентностей, развитие которых является целью профессионального обучения. Выделяют следующие компетентности:

- профессиональное поведение;
- умение общаться (с пациентами, их родственниками и близкими, другими работниками системы здравоохранения);
- сбор и использование информации;
- обучение пациентов первичной профилактике (любой возрастной и социальной группы и этнических групп);
- улучшение стоматологического здоровья у отдельных лиц (проведение работы по пропаганде стоматологического здоровья отдельных лиц, семей, общества в целом);

- управление болевыми ощущениями и тревожными состояниями (определение происхождения, продолжительность состояния страха, стресса, умение с помощью психологической техники устранять эти проблемы).

Указанное выше определяет квалификацию врача-стоматолога нового поколения, владеющего научными знаниями и подходами в области психологической помощи и образования [6].

### ***9.1. Основы медицинской психологии***

Согласно современной трактовке **психология** – это наука о закономерностях функционирования и развития психики как особой, наиболее совершенной формы адаптации живых организмов к окружающей среде. Ближайшими науками к психологии считают философию, биологию, медицину, педагогику, социологию и математику. На сегодняшний день психология представляет собой разветвленную систему знаний. Наиболее активно развиваются медицинская, педагогическая, возрастная, инженерная, военная, космическая, социальная, юридическая, экологическая психология, психология спорта, искусства. Общая психология является методологической основой любой отрасли.

Для врача, с учетом задач его профессиональной деятельности, наибольший интерес представляет клиническая и медицинская психология.

***Клиническая психология*** — отрасль психологии, занимающаяся психологическими аспектами возникновения, течения и лечения заболеваний, способов их профилактики, психологическими закономерностями воздействия врача на больного, особенностями самого больного. ***Медицинская психология*** включает три подраздела: патопсихологию, нейропсихологию и психосоматику.

Патопсихология занимается накоплением фактов относительно характера возникающих изменений в протекании психических процессов у больного человека под влиянием имеющегося заболевания, негативного и позитивного опыта, окружающей его социальной и физической среды.

Нейропсихология занимается изучением морфологического субстрата высших психических функций по результатам сравнительного анализа характера имеющихся повреждений мозга с имеющимися у пациента психическими нарушениями. Это направление медицинской психологии возникло на пересечении таких дисциплин, как психология, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология.

Психосоматика занимается изучением влияния психологических факторов на возникновение соматической патологии, способов ее профилактики и компенсации. Современные представления о механизмах психосоматических реакций складывались под влиянием теории стресса Г.Селье.

Клиническая и медицинская психология имеют смежные разделы, которые играют большую роль в практической деятельности врача. К ним относятся психодиагностика, прикладная психология, психофизиология, психология

личности, социальная психология, психология труда, инженерная психология.

В рамках психодиагностики развиваются методы изучения отдельных психических образований, личности в целом, взаимодействие людей между собой и с окружающей средой.

В рамках прикладной психологии развиваются методы коррекции нежелательных психических и поведенческих феноменов.

Объектом изучения психофизиологии являются физиологические механизмы психических процессов.

В рамках психологии личности изучаются детерминанты, определяющие направленность, целеполагание, мотивацию врача, пациента, родственников больного.

Социальная психология дает возможность врачу рассматривать вопросы поведения человека как члена различных социальных групп и типов социальных связей (взаимоотношения пациента с врачом и другим медперсоналом, семьей, сослуживцами, другими пациентами).

Психология труда занимается разработкой оптимальных режимов труда, закономерностями выработки и развития утомляемости, эффективных способов восстановления физических и душевных сил.

Центральными в психологии являются понятия психики и сознания. Под **психикой** понимается системное устройство высокоорганизованной материи, заключающееся в отражении субъектом объективного мира, в построении субъектом отчуждаемой от него картины мира и саморегуляции на этой основе своего поведения деятельности. Под **сознанием** понимается высшая форма психического отражения и саморегуляции, переживаемая как череда сменяющих друг друга образов и субъективных переживаний.

Психические процессы подразделяются на когнитивные (познавательные) и эмоциональные. К когнитивным процессам относят ощущения, восприятие, память, мышление, речь, воображение. К эмоциональным процессам относят эмоции, чувства, настроение. Все они оказывают существенное влияние на возникновение, протекание и исход как психических, так и соматических заболеваний, эффективность и результаты лечения.

Каждому врачу известна вероятность возникновения тех или иных заболеваний, особенности их протекания, эффективность методов лечения в зависимости от индивидуальных особенностей больного.

К индивидуальным особенностям пациента относятся конституциональные и прижизненно сформированные психофизиологические и психологические особенности.

В настоящее время в рамках психологической науки создаются методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей человека, его взаимодействия с другими людьми и окружающим миром. Значимость клинической психологии для врача на этапах диагностики заболеваний, выбора эффективного лечения и исхода их велика. В арсенале клинического психолога на сегодняшний день имеется широкий набор психологических методов. Самым распространенным методом является

**наблюдение.** Оно может быть общим и целенаправленным. Общее наблюдение позволяет выявлять закономерности поведения пациента, в результате чего складывается общее впечатление о нем. Врача и медицинского психолога иногда могут интересовать частные особенности больного (состояние кратковременной и долговременной памяти, эмоциональная сфера, адекватность интеллектуального развития и др.). Такое наблюдение называется целенаправленным.

Важным методом является **интервью**. Интервью – это процесс получения информации при устном опросе. Оно проводится в свободной или стандартизированной форме. Свободное интервью является хорошей формой достижения релаксации пациента в результате подробного рассказа о своем состоянии. Эта форма общения занимает много времени и имеет низкую информативность, но она очень важна для снятия стресса у пациента. Стандартизированное интервью может быть коротким, но содержательным. Недостаток его - нарушение эмоционального контакта с пациентом. Цель интервью - выявить круг значимых для пациента проблем, имеющих отношение к его личностным особенностям, особенностям протекания заболевания, приемам социальной адаптации. Знание этих особенностей пациента может существенно повлиять на выбор методов лечения. Во время интервью в речи пациента могут быть паузы или задержки с ответом. Они могут быть вызваны припоминанием, продумыванием ответа и формулировки, проявлением сопротивления, негативизма, желанием скрыть или обмануть, попыткой угадать «правильный» ответ на вопрос. Уточнить причину паузы и затруднений в ответе можно по изменившейся экспрессии лица, пантомимике, направлению взгляда, ритму и глубине дыхания, моторике и т.д. Пациенту можно помочь, задав вопрос, уточняющий причины затруднений, дать время для обдумывания ответа, создать ситуацию безопасности, установить письменный, жестовый или тактильный контакт (например, положить руку на плечо пациента).

Семантические неточности в речи обычно вызваны алекситимией (неспособностью высказать свою мысль) или желанием что-либо скрыть. Эти причины могут быть связаны с сильными душевными переживаниями.

Доминирование в речи долженствований (я обязан..., мне необходимо..., мне нужно... и т.д.) обычно означает защиту от психологической травмы, желание следовать принятым нормам и приказам, саморегуляцию. Частое использование сравнительной степени (чаще - реже, больше - меньше) указывает на затрудненное, недостаточно дифференцированное восприятие ситуации. Использование широких обобщений (все, многие) является признаком защиты патопсихологического симптома.

В процессе общения врача с больным значительную роль играет **беседа**. Беседа - это сбор фактов. Отличие от интервью заключается в том, что у беседующих людей оказываются сходные роли в коммуникативном контакте. Беседа проводится как в диагностических, так и в психотерапевтических целях. В беседе врач решает следующие психологические задачи:

- уточняются симптомы;

- анализируется жизненная ситуация;
- проводится содержательный анализ речи;
- исследуются невербальные формы поведения;
- уточняется круг психологических проблем;
- анализируются ожидания пациента;
- формируется и проверяется гипотеза о психическом состоянии;
- обсуждается совместно с пациентом диагноз и стратегии лечения;
- осуществляется лечебное воздействие.

В процессе беседы возможны нарушения контакта с пациентом.

Причинами этого могут быть:

- фиксация беседующих на отношениях, а не на обсуждаемом вопросе;
- несовпадение репрезентативных систем врача и пациента;
- оценочная позиция врача, осознанная или бессознательная попытка навязать собственную систему ценностей;
- принятие пессимистического прогноза исхода заболевания;
- демонстрация превосходства;
- формальное участие, объектный (а не субъектный) подход к пациенту;
- «синдром эмоционального выгорания», нарушение коммуникативных норм и дистанции в общении с пациентом, приводящие к конфликтам, повышенной тревожности, чувству профессиональной некомпетентности;
- установка на подтверждение своей профессиональной компетентности, а не на работу.

Их можно ликвидировать с помощью психологических приемов. К ним относятся: анализ собственного поведения, использование при взаимодействии с пациентом удобной для него репрезентативной системы, анализ причин необходимости в самоутверждении и манифестации своих ценностей, восстановление адекватной профессиональной системы взаимоотношений с пациентом.

Клиническим психологом и врачом могут быть использованы также такие методы, как анкетирование, исследование продуктов психической деятельности человека, эксперимент, тест.

**Анкетирование** – это составление письменного самоотчета по предложенной исследователем программе.

**Исследование продуктов психической деятельности человека** или психобиографический метод. Он позволяет воссоздать некоторые психические характеристики индивида по результатам его деятельности.

**Эксперимент** – способ сбора фактов в специально организованных или обычных условиях. Различают лабораторный и естественный эксперимент.

**Тест** – это система заданий, позволяющая измерять уровень развития определенного психического качества, состояния, процесса или свойства пациента.

Существует огромное количество психологических тестов. Классифицируют их по назначению, выделяя:

1. Критериально-ориентированные тесты — испытания соответствия человека или группы людей определенному критерию, например годности или негодности состояния здоровья призывника для прохождения службы в армии.

2. Тесты достижений, которые позволяют определять степень выраженности того или иного симптома или синдрома. В тестах не только констатируется факт наличия того или иного синдрома или личностной черты, но и степень их выраженности.

3. Тесты измерения интеллекта позволяют определять умственное развитие или (и) уровень осведомленности, под которым в одних случаях понимается объем накопленной информации, в других - умение выстраивать причинно-следственные связи, т.е. способность логически мыслить. Эти тесты широко применяются для оценки степени соответствия умственного развития возрастным нормам, при диагностике степени опережения или задержки психического развития и характера имеющихся отклонений от нормы. Процедуру измерения интеллекта целесообразно повторять неоднократно. Особое значение это имеет в дошкольный и школьный периоды, при определении готовности ребенка к обучению, его социальной адаптивности. В старческом возрасте подобная процедура имеет значение для оценки динамики происходящих возрастных изменений, степени социальной компетентности, способности человека позаботиться о себе. В зрелом возрасте указанные измерения могут иметь значение при профотборе, проведении экспертиз и т. д.

4. Личностные тесты предназначены для изучения устойчивых особенностей человека, сформированных в системе социальных отношений. Эти данные могут быть представлены в виде личностного профиля. Наиболее информативным показателем личностных особенностей пациента является характер кривой личностного профиля. Некоторые личностные тесты применяются в психологической и клинической практике особенно часто. К ним относятся тест Кеттелла 16PF, MMPI, тест Айзенка и ряд других методик. Результаты, полученные при помощи большинства тестов, поддаются сравнительному анализу, так как представлены в значениях пригодных для статистической обработки (баллах, станах и т.д.).

5. Проективные тесты - методы изучения индивидуальных особенностей пациента, основанные на анализе продуктов интеллектуальной деятельности, ассоциаций, полученных при интерпретации многозначных по содержанию сенсорных стимулов.

**Наиболее известным методом измерения личностных черт является тест MMPI:** Миннесотский многокритериальный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). MMPI продолжительное время остается одним из основных инструментов исследования в норме и патологии. Тест включает минимальное, но достаточное количество симптомов. Индексы рассчитываются по различным типам шкал: оценочным и клиническим. Часто испытуемый вариант теста состоит из 377 утверждений, оценивается по трем оценочным шкалам (L, F, K) и десять

основных диагностических шкал (1-0). Все индексы могут быть представлены в виде личностного профиля. При интерпретации полученных индексов следует соблюдать следующее:

1. Диагностический профиль следует рассматривать как единое целое. При этом особое внимание следует уделять соотношению показателей по нескольким шкалам, тогда как абсолютные значения по отдельным шкалам играют меньшую роль.
2. Значения по отдельным шкалам следует интерпретировать не столько на основе средних значений, сколько с учетом существующих культуральных, возрастных, половых и профессиональных норм.
3. Психологический профиль не может рассматриваться в качестве основания постановки окончательного диагноза. Он лишь позволяет уточнить личностные особенности и психическое состояние человека.

Другим широко используемым в клинической практике тестом является **Личностный тест Кеттелла (16PF)**. Он состоит из 16 первичных шкал: 15 биполярных и одной монополярной, а также четырех производных вторичных шкал. Каждая шкала имеет название и буквенный индекс. Методика позволяет оценивать следующие личностные характеристики:

- (фактор А) «скрытность, обособленность — доброта, беспечность»;
- (фактор В) «уровень интеллекта»;
- (фактор С) «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость»;
- (фактор Е) «конформность — авторитарность»;
- (фактор F) «сдержанность, озабоченность — экспрессивность, беззаботность»;
- (фактор G) «несогласие с общепринятыми моральными нормами — добросовестность»;
- (фактор H) «застенчивость — смелость, тяга к риску»;
- (фактор I) «низкая чувствительность — сензитивность»;
- (фактор L) «доверчивость — подозрительность»;
- (фактор M) «практичность — мечтательность»;
- (фактор N) «прямолинейность — дипломатичность»;
- (фактор O) «самоуверенность — чувство вины»;
- (фактор Q1) «консерватизм — радикализм»;
- (фактор Q2) «зависимость от группы — самостоятельность»;
- (фактор Q3) «низкое самомнение — высокое самомнение»;
- (фактор Q4) «отсутствие побуждений и желаний — неудовлетворенность стремлений»;
- (фактор F1) «низкая тревожность — высокая тревожность»;
- (фактор F2) «интроверсия — экстраверсия»;
- (фактор F3) «сензитивность — реактивная уравновешенность»;
- (фактор F4) «конформность — независимость».

В момент проведения исследования пациенту предлагается брошюра с вопросами и тремя вариантами ответа (А, Б, В) на каждый из вопросов.



Испытуемому нужно выбрать только один ответ, который в большей степени соответствует его личностным особенностям. При обработке результатов тестирования данные из индивидуального бланка ответов сопоставляются с ключом по каждой шкале. За каждый совпавший с ключом ответ испытуемому приписывается один или два балла. Баллы по каждой из шкал суммируются. Результат теста Кеттелла представляет собой числовые значения по набору личностных факторов, которые могут колебаться в диапазоне от 0 до 10 стенов. В последнее время тест Кеттелла широко используется в исследованиях, при этом следует указать на характер взаимодействия и распределение функций между врачом и медицинским психологом при проведении психологического обследования личности больного. Само обследование больного и обработка результатов являются прямыми обязанностями психолога. Врач должен уметь содержательно интерпретировать личностные профили, прилегающие к истории болезни, и эффективно использовать эту информацию при лечении пациента [6].

### ***9.1.1. Роль медицинской психологии в практической работе врача-стоматолога***

Установленные личностные особенности находятся в тесной связи с состоянием здоровья и продолжительностью жизни человека. Высокий уровень тревожности, депрессия отрицательно влияют на протекание познавательных процессов, препятствуют эффективной социальной адаптации.

Конфликтные ситуации на работе, неблагоприятные бытовые условия, проблемы в семье родителей побуждают людей к избеганию социальных контактов, жить вне мегаполисов [6]. Низкая эмоциональная устойчивость часто сопутствует неврозам, психопатии, алкоголизму, увеличивает риск возникновения психосоматических заболеваний. Эффективность лечения находится также в прямой зависимости от личностных особенностей пациента. Это объясняется тесной связью психических свойств с особенностями протекания важнейших физиологических процессов.

В практическом здравоохранении узкая специализация врача нередко приводит к тому, что врач рассматривает больного с позиций «специализированного кредо», недооценивается роль особенностей организма, характера и личности человека, что отрицательно сказывается на диагностике и лечении заболевания [5]. Врач любой профессии может рассматривать сферу своей деятельности по отношению к больному человеку в тех случаях, когда он располагает достаточным объемом параклинических знаний, выходящих за пределы узкой специализации. Он должен ориентироваться на то, как данный человек воспринимает болезнь с позиций своего субъективного «Я». Применение обоснованных психотерапевтических приемов в стоматологии позволяет предупредить или дезактуализировать

невротические реакции, возникающие у пациента при лечении, а также добиться более высокой эффективности лечебных мероприятий.

В стоматологической практике значительную роль играют факторы психической травмы (психогении). Ими могут стать словесные высказывания, угрожающие действия, разнообразные психические и физические стрессы. Словом можно стимулировать, воодушевить, утешить человека, но можно и глубоко ранить, оскорбить, унижить, вызвать невротическую реакцию (невроз). Основным этиологическим фактором невротических реакций является слово или действие врача (ятрогения), медицинской сестры (сорирогения), других больных (эгротогения). Психогения, вызванная медицинским работником, является управляемой. Влияние одного пациента на другого более значимо, поэтому любой врач должен предусматривать возможность эгротогенного фактора и дезактуализировать его [5, 8].

М.А.Нападов и соавт. (1989) считают, что эгротогении могут быть сформулированы воздействием следующих факторов:

- вопросы с подтекстом, вызывающие ориентировочный рефлекс (или рефлекс «что такое?»), являющиеся физиологической основой для пассивного внимания, на базе которого возникает фиксационный эффект того или иного невротического значения;
- сличение показателей реципиента с кем-то или с чем-то, что приводит к формированию неадекватной личностной установки (тревожные ожидания, туберкуло-, канцеро-, сифило- и др. фобии);
- использование медицинских терминов, схем обследования и лечения, сознательное или неосознанное извращение фактов и преломление их через сознание слушателя;
- распространение слухов, направленных на профессиональную дискредитацию врача, разговоры о возможных последствиях болезни.

Действенность эгротогенного влияния в значительной мере зависит от авторитетности его источника, общего фона настроения больных, уровня просветительной работы врачей, стиля деятельности медицинского учреждения.

По наблюдениям М.А.Нападова и соавт. (1984) разнообразие невротических реакций у стоматологических больных встречается не менее чем в 50% случаев. Врачи-стоматологи обычно соизмеряют свои контакты с эмоциональным состоянием пациента, тем не менее легче их предупредить. Этому способствует знание стоматологом основных клинических симптомов функционально-нервных расстройств [1, 3, 5, 9]. Лица, склонные к таким реакциям, чувствительнее к любым оскорбляющим личность психологическим воздействиям. Психокорректирующая тактика по отношению к данной категории больных определяет требовательность в сочетании с уважением и с учетом индивидуальных личностных особенностей.

В стоматологической практике значительное место занимают профессиональные фобии (страх перед машиной, болях, потерей сознания).

**Первичные или установочные фобии** формируются чаще у детей в процессе первичного осмотра полости рта, санации, а также вследствие устрашающих рассказов взрослых. Предупредить и устранить подобные явления можно путем индивидуальной тактики детского стоматолога во время профосмотра и первых манипуляций в полости рта.

**Фиксационные фобии** более стабильные, носят ярко выраженный характер, не поддаются коррекции путем простого разъяснения или убеждения, нередко генерализуются до общеневротических состояний. При подобных состояниях необходима компетенция стоматолога или психотерапевта.

**Фобии общения с врачом-стоматологом.** Чаще всего сочетаются с недоверием к врачу, подозрительностью, ожиданием «нецелесообразных» действий с его стороны. Для их предупреждения необходимы достаточное обезболивание, правильная тактика. Многое зависит от стиля работы врача в целом. Иногда рационально коренным образом изменить тактику или перевести пациента к другому врачу во избежание усугубления симптоматики и возможного конфликта.

**Ятрогенно обусловленные фобии.** Нередко возникают на фоне астении, обусловленной такими осложнениями, как кровотечение, инфекция, интоксикация и т. п. Высокая восприимчивость к психогении у больных этой категории часто затрудняет выяснение причин данной фобии. Она может сформироваться на основе ошибок организационного плана (попадание в историю болезни пациента чужих снимков, анализов, заключений), неправильной трактовки разговоров между собой медперсонала, отрывков заключений, непонятных выражений.

**Конституционально обусловленные фобии.** Специфической их особенностью является связь с характерологическими свойствами пациента: с его неуверенностью в себе, мнительностью, склонностью к навязчивостям, самокопанию, самоуничижению. Распознать перечисленные характерологические особенности при кратковременном контакте стоматолога с больным практически невозможно. Однако в процессе лечения эти качества в той или иной мере находят свое выражение в своеобразии жалоб, отношении к определенным манипуляциям. Каждый опытный врач располагает самостоятельно отработанным комплексом коррекции тех или иных негативных явлений. Надо помнить, что характер человека не корректируется лекарственными препаратами, к нему следует адаптироваться.

**Фобии общеневротического состояния.** Характерной их особенностью является парциальность фобического синдрома на фоне диффузной функционально-нервной патологии. Стоматологическая помощь больным этой категории должна быть максимально щадящей, сочетаться с приемами «малой» психотерапии или участием врача-психотерапевта. Следует подчеркнуть высокую реактивность, ранимость, сенситивность этих пациентов. Любая болезненная манипуляция при нечутком отношении к

больному, а тем более грубости со стороны врача может привести к аффективной реакции или явиться причиной конфликта.

**Системные неврозы.** Представляют собой группу патологических состояний функционально-нервной природы с вовлечением в патологический процесс одной из систем или функций организма. Патофизиологические механизмы этих состояний обусловлены врожденной или приобретенной недостаточностью той или иной системы, нарушение которой является основным, часто единственным проявлением невроза. Нет единого мнения о том, какие заболевания относятся к этой группе. Однако, большинство специалистов сюда относят логоневроз, ночной энурез, писчий спазм, психогенные расстройства половой функции.

В стоматологической практике к этой группе расстройств относят нарушения жевательно-глотательной функции и другие системные паторефлекторные расстройства [5].

Врачу-стоматологу нередко приходится встречаться в своей практической работе с больными, имеющими неврозоподобные состояния. Они характеризуются раздражительностью, «взрывчатостью», повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, резким колебанием настроения, соматовегетативными симптомами. Такие астенические состояния служат фоном для развития фобий, ипохондрического и депрессивного синдромов. Каждый такой больной должен быть обследован врачом-психиатром.

Прижизненным приобретением личности является характер. Характер – это целостное образование личности, определяющее особенности деятельности и поведения человека и характеризующееся устойчивым отношением к различным сторонам деятельности [6]. Характер определяют наследственные факторы, воспитание, окружающая среда. Свойства характера как индивидуально-психологической составляющей личности заостряются в пубертатном и инволюционном возрастах, на фоне болезни, а наиболее ярко проявляются в экстремальных условиях. Врач-стоматолог должен располагать анамнестическими сведениями о пациенте, изучать динамику его характерологических особенностей. При патологическом состоянии типа психопатии доминирующими являются эмоционально-волевые нарушения при относительно интактном интеллекте [5]. Наиболее часто врач-стоматолог сталкивается с психопатией истерического типа. Этой патологии присущи эгоизм, эгоцентризм, демонстративность, искаженное восприятие действительности, полярность эмоций, самолюбование, уход от жизненных трудностей. Больные самовнушаемы, впечатлительны, имеют богатое воображение. Контакт с такими больными во время стоматологических вмешательств следует устанавливать при соблюдении адекватной системы отношений [8].

Такие больные более чувствительны к фальши, к невниманию, пренебрежению, ущемлению самолюбия. Врачу-стоматологу помогут тактические компромиссы, требовательность в сочетании с уважением.

Врач-стоматолог может встретиться в своей работе с лицами, страдающими психастенией (нервная слабость). Такие пациенты своеобразно воспринимают и «перерабатывают» информацию. Больше всего затруднений они испытывают при выполнении какого-либо волевого действия. При стоматологическом обслуживании этой категории больных нужно помнить об их высокой генеративности, склонности к сомнениям, опасениям, страхам, нерешительности. Следует считаться с наличием у этих пациентов определенных «ритуалов», им надо разъяснять сущность заболевания, убеждать их в благоприятном исходе, дезактуализировать сомнения. Рациональная психотерапия и аутогенная тренировка – основные методы психотерапии при психастении [5].

Тревожная мнительность присуща и здоровым людям. Они рассматриваются как проявление крайнего варианта психической нормы.

Психопатии возбуждимого типа характеризуются несоответствием эмоционально-аффективных реакций силе и качеству раздражителя. Характер у таких больных сложный, неровный. Одноплановость мышления, сужение сознания на фоне аффектов, отсутствие критики в такие моменты могут приводить к агрессивным действиям. Такие ситуации возможны во время оказания стоматологической помощи. Наиболее действенная тактика врача - противоположный стиль поведения (обращение к больному спокойное, ласковое, тихим голосом и т.п.). В виду высокой конфликтности больные психопатией часто вступают в драки, и нередко становятся пациентами челюстно-лицевых отделений. Выбор соответствующего подхода к таким больным зависит от особенностей их характера и типа реагирования. Антиконфликтная тактика должна индивидуализироваться с учетом личностных особенностей пациента, степени деформации характера и ситуации в целом.

Врачу необходимо помнить, что в своей практической деятельности следует ориентироваться не только на локальную симптоматику, но и на личностные и характерологические свойства пациента. Для этого существует ряд предпосылок:

- 1) человек как объект и субъект требует к себе тщательного и всестороннего подхода и оценки;
- 2) любое вмешательство, касающееся благополучия или здоровья человека, является для него событием первостепенной важности;
- 3) каждый человек обладает индивидуальной способностью неповторимого отражения окружающей действительности;
- 4) наряду с так называемыми нормативными характерологическими свойствами имеется ряд патохарактерологических изменений, которые необходимо учитывать во время приема больных стоматологического профиля в общем потоке;
- 5) адекватный психокорректирующий подход к больным стоматологического профиля возможен при наличии информации о сущности невротических симптомов и характерологических особенностях пациента.

Положения, на которые должен опираться врач-стоматолог при психопатологических проявлениях у больных и выборе соответствующей тактики и деонтологического подхода, следующие (М.А.Нападов и соавт., 1984):

- *психозы*: ясность сознания (сохранность ориентации в обстановке, ясное восприятие собственной личности), двусторонний продуктивный контакт, отсутствие «обмана чувств», подозрительности; депрессия (отсутствие заторможенности, подавленности, суицидных мыслей и тенденций); странности поведения (агрессивность, бредовые отношения). Тактика: консультация и участие психиатра.

- *психопатии*: несоответствие эмоциональных реакций силе и качеству раздражителя (слово, боль, обстановка); конфликтность, агрессивность, эгоцентризм, мелочность, навязчивости, «ритуалы». Тактика: индивидуальный подход, требовательность, сочетающаяся с уважением, при эксцессах - парадоксальные приемы (спокойное обращение к пациенту, внеочередное обслуживание).

- *неврозы*: эмоциональная вегетативная лабильность, потливость ладоней, «игра вазомоторов», суетливость, озабоченность, склонность к обморокам, припадкам, ипохондрическая фиксация жалоб, непереносимость света, шума, болей. Тактика: общая ориентация на состояние пациента, индивидуальный подход, тщательное обезболивание, отвлечение внимания, внушение наяву, прерывность стоматологических манипуляций, решительное и быстрое их проведение, использование плацебо-эффекта, седатирующих средств [5, 8, 9].

## ***9.2. Вопросы врачебной этики и деонтологии***

### ***9.2.1. Понятие врачебной этики и деонтологии***

В настоящее время общепризнанной является взаимосвязь этики, деонтологии, морали, медицинской психологии, психотерапии и психопрофилактики. Морально-этические, деонтологические и психологические аспекты врачебной деятельности формировались столетиями и проявлялись по-разному в зависимости от уровня развития науки и общества.

**Этика** - учение о морали. **Деонтология** - область этики, предметом которой является учение о долге одного человека перед другим и обществом в целом. **Медицинская этика** изучает нравственные проблемы, служит основой формирования нравственных качеств врача. Она вырабатывает принципы поведения медицинских работников. Принято выделять следующие разделы:

- общие вопросы поведения врача;
- нравственные правила, регулирующие взаимоотношения в медицинском коллективе в целях эффективного восстановления здоровья больных;
- взаимоотношения врача, медицинского персонала и больного в условиях конкретной специальности.

Последний раздел медицинской этики называется медицинской деонтологией. Принципы отечественной деонтологии определены Н.Н.Петровым в 40-х годах XX века. Медицинская деонтология имеет большое значение в формировании у врачей ответственности за судьбу больного [7, 4, 2]. Н.Н.Петров понимал под деонтологией сочетание организационных мероприятий, научных знаний и технических приемов с заботливым, сердечным подходом к больному, способствующим успешному лечению различных болезней. Медицинская деонтология - это не только учение о долге перед больным. М.Я.Мудров указывал, что врачебный долг включает в себя обязанности по отношению не только к больному, но и к здоровому человеку (с точки зрения предупреждения болезней и укрепления здоровья) [5].

Медицинская деонтология определяет нормы профессионального долга не только врача, но и любого медицинского работника. Человеколюбие рассматривается в медицине как мощное психотерапевтическое средство лечения.

Известно, что поведение человека - это единственный объективный показатель нравственного облика и моральных качеств. Умение индивидуализировать стиль работы с больными на основе их психологических и социальных особенностей, умение видеть всю личность в целом с ее сложными переживаниями и интересами - важнейшее требование к врачу любой специальности, основа врачебного искусства.

Обязанности врача по отношению к больному были сформулированы в XVI веке Амбруазом Паре: «Иногда вылечить, часто облегчить, всегда успокоить и утешить». В этом положении четко определены три главных направления лечения больных: причинное, симптоматическое и психотерапевтическое.

Выполнение врачом своих обязанностей всегда тесно связано с таким понятием, как *ответственность*. Ответственность врача перед больным, его родственниками, своими коллегами и в целом общества определяются Кодексом законов о труде, Присягой врача, законами о здравоохранении, статьями Уголовного кодекса. С чувством ответственности совершенствуется стиль работы врача, включающий в себя чувство меры, такт, бдительность, гибкость и др. Эти поведенческие особенности связаны с такими морально-этическими показателями, как сопереживание, доброта, сочувствие и др. Важной нравственной категорией, предрасполагающей к справедливости, доверию, деликатности, скромности и т. п., относится уважение («почтительное отношение, основанное на признании чьих-нибудь достоинств» - по С.И.Ожегову).

*Достоинство* - это категория, означающая особое моральное отношение человека к самому себе и отношению к нему людей. Достоинство - один из способов осознания человеком ответственности перед собой как перед личностью [5]. Каждый врач должен помнить, что наряду с дипломом он получает гарантируемое государством право на дифференцированный труд, от качества которого зависят здоровье, а иногда и жизнь больного

человека. Качественная сторона выполнения врачом профессиональных обязанностей зависит от уровня подготовки, от морально-этических, личностных, характерологических и ряда других факторов. Специфические особенности стоматологии требуют особого подхода как к больным, так и к здоровым пациентам. Этот принцип необходим для правильной организации лечения и профилактики заболеваний.

Большое значение придается изучению сущности переживаний больных стоматологического профиля, в зависимости от специфики разделов стоматологии и основных нозологических форм и состояний. Нередко взаимоотношения врача-стоматолога с пациентом при кажущейся однозначности имеют сложную природу. При контакте врача с больным образуется временное социально-психологическое единство, то есть микроколлектив. Устанавливается определенная система отношений «Я» (врач) - «Он» (больной). Оптимальной она будет при условии формирования ими «Мы».

Известно, что поведение человека обусловлено характерологическими качествами личности, определенной ситуацией, нередко и общим состоянием здоровья. Это относится и к врачу, и к пациенту.

Тем не менее, у больного существует *эталон врачебных качеств*. Этот эталон включает такие качества врача, как профессионализм, ум, такт, оптимизм. Именно они играют доминирующую роль во взаимоотношениях с пациентами.

Врачу-стоматологу нередко приходится сталкиваться с нетипичными проявлениями, импульсивным поведением, не свойственными данной личности в обычных условиях. Возникают они на фоне болевых ощущений. Это может нарушить межличностные отношения, стать причиной неправильного суждения со стороны больного не только о враче, но и медицинском учреждении в целом.

Для обеспечения нормальных отношений между врачом и пациентом необходимо проведение комплекса подготовительных мероприятий. По мнению М.А.Нападова и соавт. (1981г.) они могут включать:

- усиление общей и лечебной активности путем укрепления побуждающих мотивов для повышения готовности к лечению;
- реализацию принципа психологического партнерства, то есть «заинтересованности» в лечебном процессе и его исходе обеих сторон (врача и больного);
- тренировку адаптивных психических функций: адекватного отношения к навязчивостям, страхам и другим характерным для невротической симптоматики включениям.

Такие мероприятия психопрофилактического характера являются частью комплексного подхода к лечению больных стоматологического профиля.

### **9.2.2. Врач и больной**



Взаимоотношения врача-стоматолога и пациента следует рассматривать в зависимости от специфических особенностей стоматологической практики. Ведущий симптом у стоматологических больных – болевой. Это отрицательная реакция, сопровождающаяся чувством страха. Больной не знает, что будет происходить с ним в этом кабинете, но уверен, что это страшное, очень болезненное «мероприятие». К этому предрасполагает необычная обстановка в кабинете, обилие инструментов, гудящая аппаратура, острый специфический запах. Все это усиливает тревожную настроенность и страх.

Известно, что чувство боли и страха может вызвать повышение артериального давления, усиление сердцебиения и т. д. Врач должен сделать все, чтобы отрицательные эмоции не достигали кульминации. Предупредительными мерами можно достичь главного – воспитание у больного своевременного обращения для лечения той или иной стоматологической патологии, предупреждая тем самым неоправданную потерю зубов, появление эстетических дефектов, нарушение жевательной функции.

В практике врача-стоматолога встречается нередко особый контингент больных, у которых стоматологическая патология непосредственно сказывается на их профессиональной деятельности (актеры, певцы, педагоги и др.). Стоматологические заболевания могут вызывать у них психологические стрессы. Реакция часто носит бурноэмоциональный, иногда истерический характер. Врачу в таких случаях необходимо учитывать характерологические, возрастные и другие особенности каждого пациента.

Практическая многолетняя деятельность стоматолога позволяет накапливать информацию о психологических особенностях больных и на этом основании соизмерять свою тактику. Внедрение в стоматологическую практику современных обезболивающих средств (инъекции, аппликации) позволяет проводить все манипуляции безболезненно. Это отражается не только на отношениях «врач-больной», но и качестве лечения.

Больной должен знать о своем заболевании, методах лечения, исходе заболевания, о возможностях лечения в данном стоматологическом учреждении. Если больного не устраивает результат лечения, ему должны предложить другие лечебные учреждения, где успешнее лечится данная патология.

В стоматологическом кабинете при первых беседах отношения между врачом и больным должны основываться на тесном контакте и взаимопонимании. Врачу, не умеющему расположить к себе больного, труднее бороться с болезнью. Не зря умение врача вступить в контакт с больным приравнивается к искусству.

Высшие эмоции человека тесно связаны с этическими нормами. Облекаясь в форму тех или иных переживаний и конфликтов этического характера, отрицательные эмоции создают благоприятные условия для возникновения эмоциогенных заболеваний. В связи с этим необходимо проявлять к больному душевность, чтобы неприятные остроотрицательные чувства и

переживания у него после визита к врачу-стоматологу сменились положительными.

Больному со стоматологической патологией необходимо внушить, что он, прежде всего, ответственен за свое здоровье. В Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» записано, что закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения в охране здоровья в новых экономических условиях. Ответственность граждан за свое здоровье устанавливается на основе предоставляемого им права на получение стоматологической помощи в государственных и муниципальных учреждениях за счет бюджетных средств. Неуважительное отношение к своему здоровью, игнорирование пациентом проведения профилактических мер (плохое гигиеническое состояние полости рта, необращение к стоматологу при первых ранних симптомах кариеса зубов, заболеваний десен и т.д.) является причиной высокого распространения у населения кариеса зубов и болезней пародонта. В ряде случаев этому способствует плохая информированность населения о причинах заболеваний, иногда недоступность стоматологической помощи. Пациенту во время приема врач должен рассказать о профилактических мероприятиях (гигиена полости рта, применение F-содержащих профилактических препаратов, зубных паст, гелей и т.д.).

Авторитет лечебного учреждения, общая культура медицинского персонала, стиль его деятельности в значительной степени влияют на состояние и поведение больного. Эффективность лечения в большей степени будет зависеть от комплексного воздействия на больного всей обстановки стоматологической поликлиники, где в первую очередь необходимо обеспечить покой, уют и доброжелательное обращение. В стоматологической поликлинике больной прежде всего обращается в регистратуру. Здесь он должен встретить взаимопонимание, доброжелательное и сердечное отношение, что будет способствовать достижению положительных результатов в предстоящем лечении.

Особое внимание следует обращать на эстетическое оформление стоматологического учреждения (поликлиника, отделение, кабинет), что создает положительный эмоциональный настрой. Широкие, светлые коридоры, уютные холлы с удобной мягкой мебелью, умело размещенные зеленые растения, витрины – все это успокаивает больного, помогает забыть о предстоящих неприятных и болезненных манипуляциях.

К сожалению, нередко посещения стоматологического учреждения связано у больных с отрицательными эмоциями. Такое впечатление остается на долгие годы, неизгладимый след от такого посещения наносит ущерб больному, оттягивает обращение за помощью, формирует негативное отношение к лечению зубов, десен и т.д. Не допустить такой ситуации – основная задача поликлиники в целом. Следует также помнить, что зубная боль – это та капля, которая переполняет чашу терпения, и больной неадекватно реагирует на любой незначительный раздражитель. Особенно бурную реакцию вызывают задержание в оказании помощи, несоблюдение

очередности и др. Отрицательную психологическую атмосферу создают скопление больных перед кабинетом, очереди, отсутствие звукоизоляции помещений. Вот почему сочувствие, моральная поддержка, благожелательное отношение к больному – важные деонтологические факторы, которыми должны пользоваться врачи, весь медицинский персонал в повседневной практике.

Большое внимание на больного производит внешний вид врача. Неряшливость в одежде, небрежность к окружающей среде недопустимы.

Повысить эффективность и деонтологическую культуру обслуживания больных невозможно без улучшения условий работы врача-стоматолога. Несмотря на постепенное усовершенствование стоматологического оборудования и инструментов, нередко такие недостатки, как колебания температуры в кабинетах, недостаточная вентиляция, неудобная ориентация кресла, ограниченность рабочего пространства, нехватка отдельных инструментов, недостаточная освещенность рабочих мест, низкое качество материалов и т.д. Это приводит к утомлению врача, снижению качества лечения, кумуляции раздражителя и т.п.

В связи с этим организация трудовой деятельности врача-стоматолога должна соответствовать гигиеническим рекомендациям и нормативам, выполнение которых обеспечивало бы высокую эффективность работ при адекватных психодеонтологических затратах.

Для любого коллектива стоматологических учреждений характерен определенный стиль работы. Под ним понимается совокупность организационно-методических мероприятий, которые объективизируются качеством деятельности учреждения. Психологический климат лечебных учреждений зависит от системы отношений внутри коллектива, позиций и установок должностных лиц, врачей, среднего и младшего медицинского персонала, от поведения постоянно обновляющегося состава больных. В связи с этим велико значение степени учета психологических особенностей больных, разработки принципов индивидуального подхода к ним, обеспечения преемственности всех звеньев и служб, стабильности нормальных межличностных отношений в системе «врач - медицинская сестра – больной». Однако ни одно из этих требований не будет реализовано без соблюдения максимального уважения к пациентам, вовлечения их в активное выполнение режимных рекомендаций, противодействия ухудшающим состояние отрицательным эмоциональным проявлениям.

### **Вопросы для повторения и обсуждения**

1. Понятие о клинической и медицинской психологии.
2. Назовите методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей человека.
3. Значение медицинской психологии в практической работе врача.
4. Понятие врачебной этики и деонтологии.
5. Назовите основные факторы, определяющие личность врача.

6. Особенности деятельности врача-стоматолога. Принципы формирования отношений «врач-больной».

### Тестовые задания

Выберите правильный ответ

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ – ЭТО:

- 1) наука о закономерностях функционирования и развития психики;
- 2) отрасль психологии, изучающая психологические аспекты возникновения, течения и лечения заболеваний, способов их профилактики.

Дополните

2. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ПОДРАЗДЕЛА:

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .

3. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА ИЗУЧАЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ:

- 1) наблюдение;
- 2) общение;
- 3) интервью;
- 4) беседа;
- 5) анкетирование;
- 6) эксперимент;
- 7) тест.

4. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТА СВЯЗАНЫ С:

- 1) состоянием здоровья;
- 2) уровнем тревожности;
- 3) депрессией;
- 4) конфликтными ситуациями на работе;
- 5) питанием;
- 6) отдыхом;
- 7) неблагоприятными бытовыми условиями;
- 8) проблемами в семье.

5. ПРИЧИНАМИ ПСИХОГЕННЫХ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) недоброжелательность мед.регистраторов;
- 2) несвоевременный вызов пациента;
- 3) словесные высказывания врача при приеме пациента;
- 4) посторонние разговоры в лечебном кабинете;
- 5) яркая одежда, косметика врача;
- 6) неопрятный внешний вид врача;

7) отказ в лечении.

**6. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ФОБИИ У РЕБЕНКА МОЖНО ПРЕДУПРЕДИТЬ ПУТЕМ:**

- 1) индивидуальной тактики детского стоматолога;
- 2) безболезненных первых манипуляций в полости рта ребенка;
- 3) бесед с родителями;
- 4) демонстрацией детских кинофильмов на стоматологическую тему.

**7. ВРАЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПСИХОСТЕНИИ (НЕРВНАЯ СЛАБОСТЬ):**

- 1) врачу считаться с наличием у пациентов определенных «ритуалов»;
- 2) отказаться от лечения их;
- 3) разъяснить сущность стоматологического заболевания;
- 4) убедить в благоприятном исходе лечения;
- 5) дезактуализировать сомнения;
- 6) адаптогенная тренировка.

**8. ЭТИКА – ЭТО:**

- 1) учение о взаимоотношениях врача и больного;
- 2) учение о морали.

**9. ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО:**

- 1) учение о долге одного человека перед другим и обществом в целом;
- 2) учение о морали;
- 3) учение о взаимоотношениях врача и больного.

**10. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА:**

- 1) умение говорить;
- 2) ответственность;
- 3) внешний вид;
- 4) уважение;
- 5) достоинство;
- 6) профессионализм.

**Эталоны ответов**

номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	2.	6	1,2.
2	патопсихология, нейропсихология, психосоматика.	7	1,3,4,5,6.
3	1,3,4,5,6,7.	8	2.
4	1,2,3,4,7,8.	9	1.
5	1,2,3,7.	10	2,4,5,6.

## Список основной литературы

1. Бойко А.А. Зачем стоматологу психологическая подготовка? / А.А.Бойко // Институт стоматологии. – 1999. - №1. – С. 17-23.
2. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность / Н.Н.Бондаренко. – М.: Медицина, 2004. – 96 с.
3. Магазаник Н.А. Искусство общения с больным / Н.А.Магазаник. – М.: Медицина, 1991. – 111 с.
4. Митина Л.М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях / Л.М.Митина // Вопросы психологии. – 1997. - №4. – С. 28-30.
5. Нападов М.А. Медицинская деонтология и психотерапия в стоматологии / М.А.Нападов, В.М.Паламарчук, Э.М.Хохлов. – Киев: Здоров'я, 1984. – 88 с.
6. Психология для стоматологов / под ред. Н.В.Кудрявой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.
7. Сергеев Ю.Д. Ответственность медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи / Ю.Д.Сергеев // Главный врач. – 1994. - №2. – С. 37-43.
8. Трезубов В.Н. Профилактика и купирование психоэмоционального напряжения у больных на амбулаторном стоматологическом приеме / В.Н.Трезубов // Стоматология. – 1988. - №2. – С. 85-86.
9. Тучик Е.С., Логинов А.А., Полуев В.И. Деликатная ответственность в стоматологии / Е.С.Тучик, А.А.Логинов, В.И.Полуев // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М.: 2001. – С. 57-60.

## Список дополнительной литературы к главам учебного пособия

1. Леонтьев О.В. Юридические основы медицинской деятельности: учеб. пособие / О.В. Леонтьев. – 2-е изд.; испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 128 с.
2. Образцов Ю.Л. Пропедевтическая ортодонтия: учеб. пособие / Ю.Л. Образцов, С.Н. Ларионов. – СПб.: СпецЛит 2007. – 158 с.
3. Решетников А.В. Социальный маркетинг и медицинское страхование / А.В. Решетников. – М.: Здоровье и общество, 2006. – 319 с.
4. Российское здравоохранение, оплата за наличный расчет / С.В. Шишкин [и др.]. – М.: Издательский дом ГУВШЭ, 2004. – 248 с.
5. Стандарты медицинской помощи в амбулаторно-полтклинических условиях /Сост.: К.А. Кудрин, М.А. Куксова; под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2007. – 304 с.
6. Стародубов В.И. Управление персоналом организации: Учебник для вузов / В.И. Стародубов, П.И. Сидоров, И.А, Коноплева; под ред. В.И. Стародубова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 1104 с.

7. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): учебник для мед. вузов / В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Фолиант, 2006. – 590 с.
8. Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского образования (Проблемы, задачи и подходы к решению): Методическое пособие /В.Ф. Чавпецов [и др.]. – М., 1995. – 167 с.