
СТРАНИЦА ГЛАВНОГО ВРАЧА

Е. В. Фомичев, О. Ю. Афанасьева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолгГМУ

УДК 616.31: 614.23: 616-052: 612.821: 34

В статье затронуты основные вопросы качества стоматологической помощи, рассмотрены причины возникновения дефектов медицинской помощи, освещены проблемы и перспективы становления системы стандартизации в стоматологии.

Ключевые слова: медицинский стандарт, медицинская помощь, конфликты, нормативные документы, качество медицинской помощи.

E. V. Fomichev, O. J. Afanassieva

ROLE OF MEDICAL STANDARDS IN DENTISTRY

In this paper the authors discussed the main issues of dental care quality, examined the causes of drawbacks in medical care, and described the problems and perspectives of the standards system in dentistry.

Key words: medical standards, the quality of medical care, conflicts, normative documents, medical care.

Один из значимых вопросов современной стоматологии — становление системы стандартизации. Возрастающее значение медицинских стандартов обусловлено необходимостью обозначения ведущих ориентиров в процессе совершенствования медицинской помощи, самоконтроля в деятельности медицинского работника, обеспечения защиты населения от некачественного медицинского вмешательства, формирования адекватного ресурсного обеспечения. Как показывает практика, принятие стандартов помогает улучшить качество предоставляемых услуг, вытесняя малоэффективные технологии и способствуя развитию новым услугам с доказанной целесообразностью их применения [9].

В настоящее время в России наблюдается устойчивый спрос на качественные медицинские услуги. В условиях внедрения медицинского страхования и совершенствования законодательной базы здравоохранения произошло резкое возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы с гражданскими исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебно-диагностической помощи, и компенсации морального вреда [2, 3].

Увеличение количества этических и юридических конфликтов в настоящее время связано с переходом стоматологии к рыночным отношениям. Вза-

имоотношения пациентов и врачей имеют более жесткую и детальную этическую и правовую регламентацию, чем раньше, однако суть этой регламентации далеко не всегда известна и понятна как пациентам, так и врачам [1, 2]. Кроме того, сейчас отсутствуют единые принципы правовой квалификации неблагоприятных исходов медицинских вмешательств. Все это требует согласованной работы представителей как правовой, так и медицинской науки и практики [3, 4, 7, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ законодательной базы системы стандартизации в медицине и определение причин конфликтов в профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Специфика работы требовала применения такой социологической методики, как анкетирование с дополнительным интервьюированием респондентов. Исследование проводилось на базе государственных и частных стоматологических учреждений Волгограда. В исследование приняли участие 170 врачей-стоматологов различных специальностей (терапевты, хирурги, ортопеды и детские врачи) в возраст-

те от 23 до 57 лет. Среди опрошенных преобладали женщины — 62 % (105 человек). В выборке было сохранено гендерное распределение, типичное для работоспособного населения России в данный временной отрезок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Более 80 % врачей-стоматологов отметили увеличение количества конфликтов в их профессиональной деятельности в последние годы. Основными причинами возникновения конфликтов, по их мнению, являются: необоснованные претензии пациентов, что составило наибольшее значение — 25,6 %; развитие каких-либо осложнений ранее проведенного лечения — 19,1 %; качество оказания медицинской помощи — 16,4 %; финансовые затраты пациентов на проведенное лечение или протезирование — 13,43 %; неполноценное информирование пациентов — 11,9 %.

Под дефектом медицинской помощи следует понимать некачественное оказание медицинской помощи, заключающееся в организационных, диагностических, лечебных ошибках, которые привели или могли привести к ухудшению здоровья больного [1, 5, 6].

Причины дефектов медицинской помощи — различные факторы и обстоятельства медицинского и немедицинского свойств, влияющие на возникновение ошибок, упущений и недочетов в оказании медицинской помощи. Следует различать субъективные причины, то есть недостаточный уровень подготовки медицинских работников и их недобросовестное отношение к исполнению своих функциональных обязанностей и медицинского долга, и объективные причины, связанные с реальными трудностями диагностики и лечения того или иного заболевания [1, 5].

Как известно, улучшению лечебно-диагностического процесса способствуют выявление и анализ дефектов медицинской деятельности на судебно-медицинском экспертном материале. Согласно статистическим показателям около 30 % дел составляют вполне обоснованные претензии пациентов к неудовлетворительному качеству лечения, «врачебным ошибкам», около 50 % дел обусловлены объективной сложностью лечения патологий, которыми страдают пациенты. Около 20 % составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, нередко страдающих психо-эмоциональными расстройствами [2].

Стоматологи понимают, что их деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью. Поэтому стоматологи рискуют, выполняя свои профессиональные обязанности.

Поскольку в каждой узкой медицинской специальности существуют специфические особенности проявления риска, огромную роль в его профилактике призваны сыграть профессиональные сообщества, осуществляющие деятельность по предупреждению

риск, а также нивелированию их последствий. В связи с этим профессиональные организации все более остро ставят вопрос об обязательном страховании профессионального риска (ответственности).

Качество стоматологической услуги — совокупность ее свойств и характеристик, относящихся к способности услуги удовлетворять потребности пациента в стоматологической помощи. Обеспечение качества стоматологической помощи представляет собой весьма сложную проблему организации целого комплекса административных, медицинских и технических мероприятий, направленных на достижение и сохранение нормативного уровня качества. При этом указанный нормативный уровень качества определяется соответствующими стандартами.

Долгое время шли споры о необходимости внедрения стандартов медицинской деятельности. Главным аргументом против стандартов являлось нарушение принципа индивидуального подхода к пациенту. И все же признано, что стандарты необходимы как элемент обеспечения контроля за качеством медицинской помощи, но за врачами оставлена возможность действовать в пределах стандарта [9].

Стандартизация в стоматологии позволяет руководителям стоматологических учреждений и врачам решить целый ряд актуальных сегодня проблем:

- эффективно организовать процесс диагностики и лечения пациентов;
- правильно оценить результаты оказания стоматологической помощи (качество, экономические показатели);
- эффективно организовать в клинике процесс приема и обучения персонала;
- разработать клинические нормативы оснащения медицинской техникой и материалами для эффективной организации лечебно-диагностической работы;
- увеличить прибыльность оказания стоматологических услуг;
- эффективно управлять персоналом, создавая дополнительные системы материальной и нематериальной мотиваций на основании разработанных стандартов.

Медицинские стандарты подразделяются на: диагностические; лечебно-технологические; стандарты качества лечения; медико-экономические; медико-технологические; научно-медицинские; профессиональные.

Согласно приказу МЗ РФ № 277 от 16.10.92 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению РФ», стандарт качества — это нормативный документ, устанавливающий правила, общие принципы или характеристики, касающиеся оказания медицинской услуги и/или ее результата.

В июле 2003 г. вступил в силу Федеральный закон от 27.12.02 № 184-ФЗ «О техническом регулировании». С принятием данного закона начался новый этап в формировании национальной системы стандартизации.

Работа по стандартизации в здравоохранении проводится на основе норм, установленных федеральными законами: Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан», «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О защите прав потребителей», «О стандартизации», «О сертификации продукции и услуг», «Об обеспечении единства измерений», а также принципов, правил и требований, установленных в стандартах Государственной системы стандартизации РФ (ГОСТ Р. 1.0-92, ГОСТ Р. 1.2-92, ГОСТ Р. 1.4-93, ГОСТ Р. 1.5-92), практического опыта отечественной и международной стандартизации, с учетом Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в России.

Целью стандартизации в здравоохранении является повышение качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, решение задач сохранения и улучшения здоровья населения. Основными направлениями стандартизации определены:

- стандартизация медицинских услуг;
- стандартизация лекарственного обеспечения;
- регламентация требований к условиям оказания медицинской помощи;
- стандартизация профессиональной деятельности;
- стандартизация информационного обеспечения.

Среди объектов стандартизации наиболее важными и сложными справедливо признаны медицинские услуги, необходимость стандартизации которых определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования и является основой для планирования деятельности медицинских учреждений, органов здравоохранения, фондов обязательного медицинского страхования, а также для оценки результатов оказания медицинской помощи (качества, экономических показателей, расчета подушевых нормативов и т. д.).

Одним из документов стандартизации является протокол ведения больного, относящийся к технологическим стандартам. Протокол определяет требования к выполнению стоматологической помощи при том или ином заболевании, что исключает применение лишних стоматологических мер.

При работе над введением системы стандартизации стал возникать ряд проблемных вопросов, например, кто должен разрабатывать стандарты качества лечения?

Согласно Основам законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением входит в компетенцию Российской Федерации, то есть федеральных органов государственной власти и управления.

Однако общеизвестно, что в современном здравоохранении отсутствуют единые стандарты качества стоматологической помощи, а региональные и территориальные критерии и стандарты качества, включая рекомендации стоматологической ассоциации

России, имеют различия и, главное, не имеют юридической силы, так как являются рекомендательными, а не приказными (МЗ РФ) документами.

Среди официально утвержденных существуют следующие протоколы: протокол ведения больных «Частичное отсутствие зубов», «Полное отсутствие зубов», «Кариес зубов» и протоколы ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями.

Появление так называемых «территориальных стандартов» в стоматологии явно не соответствует цели создания единых образцов и критериев оценки стоматологической помощи. В недалекой перспективе в стоматологии может оказаться столько стандартов, сколько стоматологических клиник в России.

Существует и другие вопросы, которые необходимо решать. Как соотносить стандарты с индивидуальным подходом к пациенту в каждой клинической ситуации? Возможно ли проконтролировать каждую выполненную работу врача в соответствии с имеющимися в клинике стандартами качества по каждой нозологической форме? Возможно ли определить стандарты на все диагностические и лечебные действия врача и результаты лечения?

Кроме того, имеется и еще одна проблема: недостаток информации об эффективности методов стоматологического лечения, основанных на принципах доказательной медицины. Ведь не только пациенты, но и сами стоматологи сегодня путаются в обилии новых технологий. Безусловно, мы понимаем, что введенные стандарты помогут исключить из этих методов малоэффективные и небезопасные. Одновременно с этим новые и уже опробованные технологии, доказавшие свою эффективность, будут развиваться быстрее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Усовершенствование правовой базы системы стандартизации в стоматологии актуально в современных условиях. Создание стандартов в стоматологии позволит уменьшить число дефектов и снизить уровень конфликтности в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

Разработанные стандарты медицинской помощи не должны быть шаблонными, трафаретными, а должны заключать в себе оригинальное и творческое начало.

И в заключение следует подчеркнуть, что качество лечения пациента зависит от следования стандартам и от профессиональной подготовки врача, его клинического опыта, интеллекта и ответственности перед пациентом.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аколов В. И., Маслов Е. Н. Право в медицине. — М.: Книга-сервис, 2002. — 352 с.
- 2 Андреева О. В., Тэгай Н. Д. // Здравоохранение. — 2003. — № 1. — С. 29—39.
- 3 Афанасьева О. Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии: Автореф. дис. ... к. м. н. — Волгоград, 2006. — 24 с.

4. Данилочкина Ю. В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: Автореф. дис... к. ю. наук. — Волгоград, 2003. — 20 с.
5. Малый А. Ю. // Медицинское право. — 2003. — № 2. — С. 31—34.
6. Пашинян Г.А., Жаров В. В., Зайцев В. В. // Медицинское право. — 2004. — № 1. — С. 37—41.

7. Седова Н. Н. // Медицинское право. — 2003. — № 3. — С. 34—46.
8. Сергеев Ю. Д., Канунникова Л. В. // Медицинское право. — 2005. — № 2 (10). — С. 31—33.
9. Соколов В. Н. // Медицинское право. — 2008. — № 2 (22). — С. 44—47.

О. Ю. Боско, Д. А. Маланин, А. И. Себелев

Волгоградский медицинский научный центр,
кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом травматологии, ортопедии ФУВ ВолГМУ,
Комитет по здравоохранению Администрации Волгоградской области

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ТРАВМОСИСТЕМЫ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 614.0.06

Кратко изложена современная концепция лечения политравм и научно обоснованные принципы организации медицинской помощи пострадавшим с тяжелой травмой. Приведено определение травмосистемы и описаны ее основные элементы. Обозначены основные проблемы в организации медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами, существующие в регионе. Определены цели, организационные требования для эффективного функционирования травмоцентров 1—2—3-го уровней. Описаны принципы работы травмоцентров 1—2-го уровней. Намечены перспективы подготовки кадров для травмосистемы Волгоградской области.

Ключевые слова: политравма, сочетанная и множественная травма, организация помощи при дорожно-транспортных происшествиях, травмоцентры, травмосистема.

O. Ju. Bosko, D. A. Malanin, A. I. Sebelev

BASIC APPROACHES TO ORGANIZATION TRAUMA SYSTEM OF THE VOLGOGRAD REGION

Modern concept of treating combined trauma and evidence-based principles of the organization of medical aid to patients with severe trauma are stated. Definition of trauma system is proposed and its basic elements are described. The basic problems in the organization of medical aid to patients with severe trauma existing in the region are outlined. The goals, organizational requirements for effective functioning of trauma centers of level 1, 2, 3 are defined. Principles of work of trauma centers of level 1—2 are described. Prospects of professional training for trauma specialists in the Volgograd region are discussed.

Key words: combined trauma, multiple trauma, associated trauma, health care in traffic accident, trauma center, trauma system.

Современный травматизм, имеющий тенденцию к постоянному увеличению, не только стал медицинской проблемой в индустриально развитых странах, но и приобрел острую социальную значимость.

Характерной чертой последних десятилетий явилось изменение структуры травматизма за счет возрастания тяжести повреждений и увеличения доли сочетанных и множественных травм, частота которых достигает 55—80 %, что обуславливает высокую летальность и инвалидизацию лиц молодого трудоспособного возраста. Свыше 75 % пострадавших находится в возрастной группе 20—59 лет [5, 6, 8].

Тяжелая сочетанная травма является ведущей причиной смертности населения Российской Федерации в возрасте до 34—44 лет [6], а инвалидность, в связи с последствиями повреждений, занимает 3-е место, при этом отмечен ежегодный прирост ее на 10 % [8, 9].

В России политравму (тяжелую сочетанную травму и тяжелые множественные повреждения) получают 5—10 человек на 1 тысячу населения в год, в результате в травматологических клиниках многопрофильных больниц, оказывающих экстренную медицинскую помощь, эти пострадавшие составляют 16—20 % [4, 6]. При этом в острый период травматической болезни в основном реализуется мо-