

различных видов и обеспечение восполнения этих потребностей в максимально короткие сроки.

### **Литература**

1. Концепции устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2010 г. N 2136-р
  2. Федеральная целевая программа "Социальное развитие села до 2013 года", утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 3 декабря 2002 г. N 858 "О федеральной целевой программе "Социальное развитие села до 2013 года").
  3. Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года, от 2 ФЕВРАЛЯ 2015 г. N 151-Р,
  4. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для медицинских вузов. - 3-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 544 с.
  5. Российский статистический ежегодник: статистический сборник. М.: Госкомстат. 1998. 813 с.
- 
- 

***Сагина О.В.***

### **СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени  
Н.А.Семашко», Россия, Москва

***Sagina O.V.***

### **A SYSTEMATIC APPROACH TO QUALITY CONTROL OF DENTAL CARE**

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

**Резюме.** В данной статье рассматриваются вопросы системного подхода к контролю качества стоматологической помощи на основании анализа ведения медицинских карт стоматологических больных.

**Ключевые слова:** системный подход, контроль качества, стоматологическая помощь.

**Summary.** This article discusses a systematic approach to monitoring the quality of dental care based on analysis of medical records of dental patients.

**Key words:** systematic approach, quality control, dental care.

В последние десятилетия в системе здравоохранения Российской Федерации произошли большие изменения. Внедряются новые методы хозяйствования, изменился удельный вес оказания медицинской, в том числе стоматологической, помощи на основе бюджетного финансирования с введением системы обязательного и добровольного медицинского страхования, а также платных медицинских услуг. Все вышеперечисленное, придает особую актуальность вопросам повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Стоматологическая служба является специфической областью здравоохранения, имеющей ряд существенных особенностей: собственную сеть специализированных учреждений, отдельную систему подготовки кадров и преимущественно амбулаторный характер оказания помощи, при практически 100-процентной заболеваемости населения болезнями зубов и органов полости рта.

Система контроля качества в ОМС создана на основе единых методических подходов, в разработке которых, ведущая роль принадлежит Федеральному фонду ОМС. В добровольном медицинском страховании (ДМС) система контроля качества определяется страховой медицинской организацией и закрепляется ее договорами с медицинскими учреждениями. Вневедомственный контроль качества при медицинском страховании не исключает, а дополняет внутриведомственный контроль качества.

Объектом исследования явились медицинские карты стоматологического больного в стоматологических организациях различной формы собственности г. Москвы и Московской области. При экспертной оценке амбулаторных карт обращает внимание, в первую очередь, именно множество дефектов в оформлении медицинской документации.

Проведенный анализ качества ведения медицинских карт стоматологического больного, показал, что ряд стоматологических организаций (частных) ведут медицинскую документацию не должного образца (самостоятельно разрабатывают медицинские карты для пациентов, вносят изменения в утвержденную форму №043/у), при этом все 100% организаций имеют государственную лицензию на право ведения медицинской деятельности в стоматологии. Также 85% медицинских карт в частных стоматологических организациях не имеют порядкового номера.

Наиболее частыми дефектами документации являлись: небрежное заполнение медицинской документации, малоинформативные записи в дневниках, отсутствие переводных эпикризов.

Содержащиеся в медицинской документации записи отличаются неполнотой (47%), неточностью (24%) и неразборчивостью (17%). Соответственно ни один из представителей контролирующих субъектов не может понять, что является истиной – небрежность при описании в медицинской карте или же небрежность при непосредственном оказании стоматологических услуг. В медицинских картах стоматологического больного формально фиксируются жалобы пациента на момент первичного обращения (34%) и в последующие посещения. Более чем в 31% медицинских карт стоматологического больного не отображается должным образом перенесенные и сопутствующие патологии, а также анамнез настоящего заболевания. Все это не позволяет врачу-эксперту в полной мере представить состояние, в котором пациент обратился за стоматологической помощью, и оценить адекватность лечебно-диагностической тактики врача. В свою очередь, можно сделать предположение, что и лечащий врач, формально подходя к сбору анамнеза жизни и настоящего заболевания, лишается важной информации, тем самым, провоцируя себя в дальнейшем на врачебную ошибку. Отмечается недостаточное, а иногда и полное игнорирование диагностическим обследованием (внешним осмотром, осмотром слизистой оболочки полости рта, зубов, зубных рядов, прикуса). Неиспользование в должной мере дополнительных методов обследования (электороодонтодиагностика в 67% случаев, диагностических индексов и функциональных проб (81%)) приводит к

тому, что ряд достаточно распространенных заболеваний полости рта и зубов, таких как начальные формы кариеса, некариозные поражения, патологии тканей пародонта, не диагностируются, а, следовательно, и не учитываются при составлении плана лечения. Отсутствуют в записях точные и полные данные о проведенных лечебных мероприятиях (27%), применяемых медикаментозных средствах (33%), хронологической последовательности проведенных лечебных мероприятий и назначений (24%), что приводит к тому, что эксперту зачастую невозможно в полной мере представить исходную клиническую ситуацию, с которой обратился пациент, и понять логику построения плана лечебных мероприятий, которую выстроил лечащий врач.

Таким образом, проблема качества стоматологической помощи остается центральной в лечебно-профилактическом разделе специальности и требует системного подхода.

#### **Литература**

1. Стародубов В.И. Стандарты медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях// МЦФЭР., М. – 2007. – 304 с.
2. Эрк А.А., Сагина О.В. Организация контроля качества стоматологической помощи// «Здоровье и образование в XXI веке». – №1. – 2012, т. 14.