

- Geneva, Switzerland, 1993–2000: health inequalities persist / B. Galobardes [et al.] // Am. J. Public Health, 2003 Aug. – Vol.93, No.8. – P.1302–1309.
6. Харченко, В.И. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации / В.И.Харченко [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2005. – №2. – С.4–27.
 7. Чазов, Е.И. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране / Е.И.Чазов, С.А. Бойцов // Кардиологический вестник. – 2009. – №1. – С.56–59.
 8. Мрочек, А.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля / А.Г.Мрочек, А.А.Гракович, И.Д.Козлов, В.В.Горбачев. – Минск: Беларус. наука, 2011. – 341 с.
 9. Оганов, Р.Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г.Оганов, Г.В.Погосова // Кардиология. – 2007. – №12. – С.4–9.
 10. World Health Organization. European Health Report. – 2005.

CORRELATION BETWEEN STATISTICAL INDICATORS OF POPULATION HEALTH, ORGANIZATION OF MEDICAL CARE AND MORTALITY FROM ISCHEMIC HEART DISEASE

¹I.D.Kozlov, ²A.A.Grakovich, ³O.F.Shcharbina

¹ Republican Scientific and Practical Center "Cardiology", Minsk

² Department of Medical Sciences of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk

³ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk

A multifactor analysis of the correlation between major statistical indicators, reflecting the population health, different aspects in the organization of cardiology care to the population and mortality indicators for ischemic heart disease, myocardial infarction and other acute forms of ischemic heart disease was done. Regression models characterizing a quantitative contribution (positive and negative) of the 11 organization-medical indicators to the value of these mortality indicators were obtained. There was an inverse correlation between mortality from ischemic heart disease and the number of urban outpatient health care institutions, the share of biochemical tests from amongst the number of laboratory tests, prevalence of exertional angina pectoris, and a direct correlation between mortality from ischemic heart disease and the number of health care institutions, prevalence of ischemic heart disease, primary disability because of cerebrovascular diseases. The interpretation of regression model findings is under way.

Поступила 23.01.2013 г.

**КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
ЭЛЕМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ**

А.Е.Хиневич, М.В.Щавелева, И.Н.Барадина, М.Е.Зорич

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Качество медицинской помощи – одно из фундаментальных понятий современной организации здравоохранения. В основе данной работы лежит целый ряд принципов, заложенных ведущими специалистами по качеству (Э.Деминг, Дж.Джуран, К.Исикава и др.) сначала для промышленного производства, а потом распространенных и на другие отрасли экономики. В связи с этим, несколько принципов управления качеством («философия качества»), сформулированных Ф.Кросби в пяти знаменитых правилах, применимых к любой отрасли экономики, рассмотрены авторами через призму подходов к качеству стоматологической помощи.

Введение

«Улучшение здоровья населения и качества систем медицинского обслуживания являются основными целями, которые должны достигаться

с учетом принципов экономической эффективности» – продекларировано Люблянской хартией в 1996 г. и подтверждено на Европейском форуме медицинских ассоциаций. Рассматриваемое с че-

тырех основных позиций (доступность, безопасность, оптимальность медицинской помощи и удовлетворенность пациента), качество медицинской помощи по каждому из перечисленных параметров требует значительного объема работы, направленной на его достижение и поддержание. Один из механизмов, обеспечивающих эффективность работы по поддержанию качества, – мнение лиц, предоставляющих медицинскую помощь, о качестве оказываемых ими услуг и, соответственно, о совершенствовании управления им. Данное положение во многом коррелирует с одним из правил (постулатов) качества (правило №2), сформулированных известным специалистом по качеству Ф.Кросби [1]: «Проблем с качеством не существует. Проблемы должны выявляться теми людьми или отделами, которые их и порождают».

Материалы и методы

Нами (при консультировании сектора социологии здоровья и человеческого развития ГНУ «Институт социологии НАН Беларуси») была разработана анкета, направленная на изучение мнения врачей-стоматологов о качестве оказываемой ими помощи.

Анкета содержит несколько блоков вопросов. Условно эти блоки могут быть представлены следующим образом. Первый: данные врача-стоматолога (при сохранении его анонимности): возраст, стаж работы, форма собственности организации здравоохранения, в которой он работает, наличие квалификационной категории. Второй блок вопросов непосредственно касается организации лечебно-профилактической деятельности при том или ином виде патологии: количество пациентов с данной патологией, находящихся под активным наблюдением, применяемые методы диагностики и лечения, критерии достижения результата, наличие нормативной документации, позволяющей организовать эту работу. Третий блок – оценка качества (субъективная) оказываемой стоматологической помощи на различных этапах ее оказания; преэмптиивность в ведении пациента; консультативная поддержка специалистов (руководитель структурного подразделения, главный врач (его заместитель), работник профильной кафедры), необходимая для улучшения качества помощи; оценка материально-технической базы структурных подразделений и организаций, предназначенных для оказания помощи.

Достоинство анкеты, по нашему мнению, заключается в том, что в зависимости от вида рассматриваемой патологии при наличии постоянных базовых вопросов о данных врача-стоматолога и качестве помощи второй блок вопросов может быть расширен (сужен) с учетом специфики наличествующей патологии. В данной статье представлены результаты анкетирования 89 врачей-стоматологов,

проходивших обучение во II–IV квартале 2012 г. на кафедре детской стоматологии БелМАПО.

Результаты и обсуждение

Среди врачей-стоматологов, принявших участие в анкетировании, 41 человек (46,07%) – это ортодонты. Специальный блок вопросов, составленный для них, касался такой патологии, как врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН). Врожденные расщелины верхней губы и неба относятся к наиболее распространенным и тяжёлым порокам развития челюстно-лицевой области. У новорожденных с ВРГН наблюдаются значительные нарушения функций челюстно-лицевой области. Нарушение функции сосания, а затем жевания, делает невозможным полноценное естественное вскармливание ребенка. При отсутствии соответствующего лечения с ростом ребенка происходит формирование зубочелюстных аномалий, что обуславливает появление косметического дефекта и негативно сказывается на дальнейшей перестройке и формировании функций челюстно-лицевой области. Наличие вестибуло-назального соустья приводит к частым заболеваниям носоглотки и среднего уха, а также затрудняет формирование функции речи. Зубочелюстные аномалии и эстетический дефект (как их следствие) причиняют значительные моральные страдания ребенку и его родителям. Все вышеперечисленные факторы могут приводить к снижению общей сопротивляемости организма, становясь причиной задержки роста и общего развития ребенка, а также его низкой социальной адаптации [2]. Лечение пациентов данной группы требует комплексного подхода с участием большого количества специалистов. На фоне достаточного уровня хирургической помощи в вопросах устранения дефекта пациенты с ВРГН нуждаются в большом объеме высококвалифицированной ортодонтической помощи, квалифицированном «ведении», включающем широкий спектр абилитационных и реабилитационных мероприятий.

Вторая группа опрошенных была представлена как ортодонтами, так и прочими специалистами стоматологического профиля. Группа состояла из 48 человек (53,93%). Специальный блок вопросов, составленный для них, касался патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

У человека только 4 жевательных мышцы, однако, работа всех корпоральных мышц согласуется с их работой. В результате разбалансировки и дискоординации работы жевательных мышц страдает весь организм, а, следовательно, качество жизни. У пациентов заболевание височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц (ЖМ) проявляется в виде боли, которая может приобретать различную

локализацию (область лица, шеи, глазниц и т.д.). Боль имеет различный характер и интенсивность, появляется в разное время суток. У ряда пациентов возникают повышенная нецелесообразная активность жевательных мышц, напряжение, возможен спазм не только жевательных и мимических мышц, а также мышц языка. И, наоборот, у некоторых при мышечном истощении развивается снижение тонуса ЖМ. Клинически это проявляется дискоординацией работы ЖМ во время выполнения функций открывания и закрывания рта, жевания, глотания, речи. У пациентов с заболеваниями ВНЧС нарушается сон, изменяется поза во время сна, появляются физическая утомляемость и эмоциональный дискомфорт. По полученным в ходе анкетирования данным, патологией страдают в основном лица 25–55 лет и подростки. За пациентами закрепился статус «стоматологических бомжей»: в силу неопределенности и различной выраженности симптомов, ненастроенности ряда врачей-стоматологов на выявление данной патологии пациенты долго «идут» к своему диагнозу и ищут специалиста, который в состоянии оказать адекватную медицинскую помощь.

В ходе анкетирования был выявлен довольно высокий уровень подготовки специалистов, принимавших участие в опросе. 29,2% опрошенных указали, что помимо базового образования (медицинский институт – университет) и прохождения курсов переподготовки и повышения квалификации закончили клиническую ординатуру по стоматологии; квалификационная категория имелась у 85,4%. Средний стаж работы специалистов первой группы составил 13,5 лет; второй – 16. Квалификационная категория имелась у 87,5% опрошенных первой группы и 83,3% – второй; в обеих группах у опрошенных преобладала первая квалификационная категория. Приведенные данные позволяют утверждать, что врачи, проанкетированные нами, имели достаточный профессиональный стаж работы, который позволял им объективно выявить проблемы (в соответствии с правилом Кросби №2) оказываемой помощи.

На фоне довольно высокой профессиональной компетенции большинство проанкетированных признали, что нуждаются в специально разработанных *единых* инструкциях и схемах для улучшения ведения пациентов с рассматриваемой патологией. Документы (различные инструкции, схемы, классификации), на основании которых ставился диагноз ВРГН, имели 35% опрошенных первой группы. Документы (инструкции, схемы) для составления плана лечения и диспансеризации пациентов отсутствовали соответственно у 76 и 61% опрошенных этой группы. Нуждались в специальной инструкции

(руководстве, схеме) по реабилитации пациентов с ВРГН 92,5% опрошенных нами врачей этой группы. Аналогичная ситуация наблюдалась и во второй группе респондентов: 87,5% опрошенных не имели каких-либо регламентирующих документов для постановки диагноза заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц и почти столько же – для лечения и наблюдения.

Таким образом, опрошенные нами врачи-стоматологи интуитивно «признали» существование нескольких правил качества, сформулированных Ф.Кросби. Эти правила гласят:

«Качество означает соответствие требованиям, а не элегантность. Требования должны быть сформулированы четко и так, чтобы их нельзя было понять ошибочно» (правило №1).

«Экономики качества не существует: всегда дешевле выполнить работу правильно и с первого раза» (правило №3).

«Единственный показатель функционирования – затраты на качество. Это плата за непригодность или за несоответствие требованиям» (правило №4) [1].

Из трех перечисленных требований (правил) нами однозначно (как главное) воспринимается правило №1. Сегодня все большее значение в управлении качеством медицинской помощи приобретает стандартизация. Только наличие четко сформулированных инструктивно-методических указаний позволяет обеспечить качество оказываемой помощи в смысле ее оптимальности и адекватности, а также обеспечить выполнение требований правил №3 и 4.

Градиент оценки качества оказываемой стоматологической помощи, по мнению опрошенных врачей, распределяется следующим образом:

помощь, оказываемая анкетлируемым врачом лично;

помощь, оказываемая в отделении, где работает врач;

помощь, оказываемая в организации здравоохранения, где работает анкетлируемый специалист;

помощь, оказываемая при данной патологии в республике в целом.

Таким образом, на момент проведения опроса самая низкая оценка была выставлена анкетлируемыми уровнем стоматологической помощи, оказываемой лично ими. Как указывалось выше, более 90% опрошенных специалистов нуждались в специально разработанных инструктивно-методических документах, регламентирующих «ведение» пациентов и, соответственно, обеспечивающих надлежащий уровень качества оказываемой помощи. Анкетлируемые считают, что на высших уровнях оказания стоматологической помо-

щи работают специалисты более высокой квалификации. Кроме того, оценка уровня качества помощи, оказываемой на вышестоящих этапах, растет в представлении анкетированных за счет возможности привлечения других специалистов (как более квалифицированных представителей «своей» специальности, так и представителей других специальностей), а также за счет расширения материально-технических возможностей организаций вышестоящих уровней оказания помощи.

Непосредственно на своих рабочих местах респонденты постоянно ощущают недостаток сотрудничества с другими специалистами при организации медицинской помощи «своим» пациентам: с ВРГН и с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Характеризуя медицинское обеспечение пациентов с ВРГН, анкетированные указали, что для оказания качественной помощи этим пациентам должна присутствовать преемственность в ведении пациентов со следующими специалистами: психолог, логопед, оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-ортопед, врач стоматолог-терапевт. Характеризуя степень сотрудничества с этими специалистами, чаще всего респонденты были удовлетворены сотрудничеством с врачом стоматологом-терапевтом (55% опрошенных) и явно не удовлетворены преемственностью с оториноларингологом (только 17,5% положительных ответов).

Опрошенные стоматологи также указали, что при ведении пациентов с заболеваниями ВНЧС и ЖМ необходимо привлекать к наблюдению, диагностике и лечению следующих специалистов: психотерапевт (так считают 79,1% опрошенных второй группы); реабилитолог или физиотерапевт (62,5%); иглорефлексотерапевт (52%); эндокринолог (50%); травматолог или вертеброневролог (45,8%). Однако в большинстве случаев анкетированные не испытывали удовлетворенности от сотрудничества с данными специалистами.

Врачи-стоматологи каждой из проанкетированных групп отметили недостаточность материально-технического оснащения базы, на которой ими оказывается помощь пациентам с анализируемой патологией. Так, анкетированные обеих групп чаще всего (из предложенных вариантов ответов: структурное подразделение, зубопротезная лаборатория, рентгенкабинет, кабинет функциональной диагностики) считали рентгенкабинет «самым достаточно оснащенным»; больше всего претензий было высказано по отношению к кабинету функциональной диагностики. По нашему мнению, низкая оценка материально-технического оснащения базы, на которой анкетированными оказывалась помощь пациентам с

анализируемой патологией, была еще одной причиной, по которой они довольно невысоко оценили качество медицинской помощи, предоставляемой ими лично, на что указывалось выше.

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного нами исследования врачами-стоматологами перечислен ряд значимых проблем, которые могут повлиять на качество оказания помощи пациентам с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, а также с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: отсутствие современной инструктивно-методической документации, регламентирующей «ведение» данной патологии; недостаточная оснащённость организаций здравоохранения, на базе которых оказывается эта помощь, и недостаточный уровень преемственности между специалистами при ее оказании.

В заключение приведем еще одно правило Кросби (правило №5): «Единственный стандарт функционирования – нулевое количество недостатков или брака», ориентирующий всех, принимающих участие в каком-либо процессе на устранение недостатков, выявленных участниками данного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эванс, Дж. Управление качеством: пер. с англ. / Дж. Эванс; под ред. д-ра экон. наук профессора Э.М. Короткова. – М.: ЮНИТИ-ДАМА, 2007. – 671 с.
2. Хиневиц, А.Е. Оценка уровня специализированной помощи пациентам с врожденными расщелинами губы и нёба по результатам анкетирования врачей-стоматологов-ортодонтотв Беларуси / А.Е.Хиневиц, М.Е.Зорич, М.В.Щавелева, А.А.Лазаревич // Современная стоматология. – 2013. – №1. – С.76–79.

QUALITY OF DENTAL CARE: CONTROLLING ELEMENTS

A.E.Khinevich, M.V.Schaveleva, I.N.Baradina, M.E.Zorich

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk

Quality of medical care is one of the fundamental concepts in current organization of health care. A number of principles on its improving serve as a basis laid by the leading experts in quality (*W.E.Deming, J.M.Juran, K.Ishikawa*) first for commercial production, and then for other sectors of the economy. In this connection, some of the principles of quality management («the philosophy of quality») set forth by *Ph.Crosby* in five well-known rules applicable to any sector of the economy, have been examined by the authors through the prism of approaches to the quality of dental care.

Поступила 10.06.2013 г.