

О КАЧЕСТВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Фазлиахметова Г.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО, Уфа, Россия (450000, Уфа, ул. Ленина, 3), e-mail: guzel_rifgatovna@mail.ru

В статье представлен анализ оказания стоматологической помощи взрослому населению в г. Уфе по актам экспертизы стоматологической помощи за 2013 год, дана оценка качества медицинской помощи. Среди анализированных карт больных женщины составили 66,3 %, мужчины – 33,7 %. Среди больных наибольшее количество было в возрастных группах 20–29 лет – 24,5 %, 50–59 лет – 19,4 % и 60–69 лет – 14,3 %. Среди обратившихся по поводу лечения кариозных зубов женщин было больше в 2,1 раза, чем мужчин (68,2 % против 31,8 %), по поводу пульпита соответственно в 2,8 раза больше (73,9 % против 26,1 %). Среднее количество страховых случаев по кариесу на каждого мужчину больше, чем на женщину, данный показатель по возрастным группам распределился следующим образом: 7,0 страховых случаев пришлось на группу 40–49 лет, 5,3 страховых случая – на 18–19 лет и 3,7 случая – на возраст 20–29 лет соответственно; на каждую женщину – 5,3 страховых случая в возрасте 18–19 лет, 4,6 случая в возрасте 20–29 лет и 4,3 случая в возрасте 30–39 лет. Дефекты при лечебных мероприятиях составили 17,6 % (155 из 882). Из них эксперты выявили следующие несоответствия стандартам: лечение отсутствующего зуба (2,4 %), отсутствие описания рентгенографии (2,0 %), отсутствие проведения контрольной рентгенографии при лечении осложнённых форм кариеса (6,8 %), проведенная некачественная obturation корневых каналов (8,1 %), отсутствие документа об информированном согласии пациента на лечение (10,1 %), дублирование записей о проведенных мероприятиях ранее (12,2 %) и т.д.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, экспертиза качества медицинской помощи, городское население, страховой случай.

ABOUT THE QUALITY DENTAL CARE IN COMPULSORU HEALTH INSURANCE SYSTEM

Fazliahmetova G.R.

Chair of Public Health and Health Care Management with PGE Course The Bashkir State Medical University, Ufa, Russia, (450000, Ufa, Lenin St., 3), e-mail: guzel_rifgatovna@mail.ru

The article presents an analysis of dental care to the adult population in Ufa on acts of dental care examination in 2013, there is esteem of the quality of care. According to analyzed patients' case records, women are 66.3 % and men – 33.7 %. Among patients the greatest number was in the age group of 20–29 years – 24.5 %, 50–59 years – 19.4 % and 60–69 years – 14.3 %. For treatment of carious teeth women were 2.1 times more than men (68.2 % vs. 31.8 %), respectively, for treatment pulpitis the number is 2.8 times higher (73.9 % vs 26.1 %). Average number of insurance claims of men for dental caries is higher than among women, the indicator by age group is as follows: 7.0 insurance claims were from group of 40–49 years, 5.3 cases of insurance – from 18–19 years and 3.7 case – at the age of 20–29 years, respectively; per woman – there are 5.3 insurance cases 5.3 at the age of 18–19, 4.6 cases at the age of 20–29 years old and 4.3 cases at the age of 30–39 years old. Defects at care activities were 17.6 % (155 of 882). The experts identified the following inconsistencies to standards: treatment of missing tooth (2.4 %), lack of description of radiography (2.0 %), lack of control radiography while treatment of complicated forms of caries (6.8 %), substandard obturation of root canal (8.1 %), lack of patient consent on treatment (10.1 %), report duplicate of fulfilled previously activities (12.2 %), etc.

Keywords: Dental care, examination of the quality of medical care, the urban population, insured event.

Стоматологическая помощь – вид первичной специализированной медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях и повреждениях зубов, челюстей и других органов полости рта и челюстно-лицевой области. Укрепление здоровья населения невозможно без организации одного из наиболее массовых видов медицинской помощи, которым является

стоматология [1]. Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [3].

Улучшение качества стоматологической помощи населению является как медицинской, так и не менее значимой социальной и экономической проблемой. По мнению В.К. Леонтьева (2013), именно повышение качества работы специалистов, а не увеличение количества приема больных является главным резервом производительности труда стоматолога. Если медицинское значение улучшения качества стоматологического лечения общепонятно – снижение числа осложнений, улучшение состояния полости рта, сохранение здоровья, то социальные и экономические аспекты проблемы менее известны. Они заключаются в уменьшении числа визитов к врачу, снижении числа случаев повторного лечения, повышении производительности работы стоматолога, снижении экономических затрат на каждого больного в расчете на длительный период времени [2].

Отечественная стоматология прошла большой путь в попытках улучшения качества работы врачей. При этом в основном использовались организационно-управленческие меры в виде введения различных нормативов лечения, качественных показателей и, главное, методов контроля. Леонтьев В.К. (2013) считает, что возможности этого подхода были ограничены, так как контроль обычно носил ведомственный характер и был слабо эффективен, лечение каждого больного проконтролировать было невозможно. Кроме того, качество лечения, независимо от контроля, всегда лежит в пределах эффективности применяемых методов лечения, которые не отличались современностью и новизной.

Введение медицинского страхования привело к организации вневедомственного контроля качества стоматологической помощи страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования (ОМС). Необходимо признать, что оценка социальных, медицинских и правовых положений, сложившихся в стоматологической практике на современном этапе, диктует необходимость создания организационной структуры, способной обеспечить совершенствование механизма контроля качества стоматологических услуг как для предотвращения, так и для разрешения конфликтов между пациентами и стоматологическими организациями [5].

Цель исследования. Изучение качества оказания стоматологической помощи в муниципальных стоматологических поликлиниках города Уфы.

Материалы и методы. Было выкопировано 882 карты экспертной оценки качества лечения в поликлинике, заполненные экспертами страховых медицинских компаний. В картах экспертной оценки отражалась следующая информация: пол, возраст больного,

период проведенного лечения, диагноз, проведенные диагностические и лечебные мероприятия, оценка качества диагностики и лечения.

Результаты исследования. Среди анализированных карт больных женщины составили 66,3 %, мужчины – 33,7 %. Среди больных наибольшее количество было в возрастных группах 20–29 лет – 24,5 %, 50–59 лет – 19,4 % и 60–69 лет – 14,3 %. Среди обратившихся по поводу лечения кариозных зубов женщин было больше в 2,1 раза, чем мужчин (68,2 % против 31,8 %), по поводу пульпита соответственно в 2,8 раза больше (73,9 % против 26,1 %). Среди женщин превалировала возрастная группа 20–29 лет (39,0 %), 50–59 лет (14,3 % и 60–69 лет (13,3 %). Большинство мужчин оказались в возрастной группе 40–49 лет (28,6 %), 20–29 лет (22,4 %) и 50–59 лет (17,3 %). Обратившиеся по поводу осложненных форм кариеса, таких как пульпит и периодонтит, по возрасту отличались. Так, с пульпитом среди женщин было больше возрастных групп 20–29 лет (25,3 %), 50–59 лет (50–59 %) и 60–69 лет (20,8 %) соответственно. По поводу пульпита большая часть мужчин обратилась в возрасте 50–59 лет (33,3 %), 30–39 лет (29,4 %) и 20–29 лет (19,6 %). Что касается такой формы осложненного кариеса, как периодонтит, среди обратившихся доля возрастной группы 50–59 лет составила 30,6 %, в 30–39 лет – 23,6 %, в 70–79 лет – 23,6 % и 60–69 лет – 11,1 %. Среди женщин на первом месте была возрастная группа 60–69 лет (25,4 %), на втором месте также, как и у мужчин, две возрастные группы – 20–29 и 40–49 лет (по 23,8 % соответственно), на третьем – 50-59 лет (16,2 %).

Изучение структуры обращений по заболеваниям показало, что на первом месте был кариес (36,5 %), на втором – периодонтит (25,6 %), на третьем – пульпит (23,5 %) и на четвертом – пародонтит (14,4 %).

Каждый пациент в течение года может обратиться за стоматологической помощью не только один раз. Чаще всего пациенты боятся и откладывают визит к стоматологу, тем самым накапливая несколько заболеваний зубов и полости рта.

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 [4].

Среднее количество страховых случаев по диагнозу кариес было примерно одинаковым у мужчин и женщин (соответственно 3,0 и 3,2), но имелись различия по возрастным группам. Так, среднее количество страховых случаев по кариесу у мужчин в возрастной группе 40–49 лет составило 7,0 случаев, в возрастной группе 18–19 лет – 5,3 и в возрастной группе 20–29 лет – 3,7 страховых случаев. У женщин распределение страховых случаев по кариесу

пришлось на более молодые возрастные группы: 5,3 страховых случая в возрасте 18–19 лет, 4,6 – в возрасте 20–29 лет и 4,3 – в возрасте 30–39 лет.

В целом среднее количество страховых случаев по поводу пульпита также было одинаковым как у мужчин, так и у женщин (по 1,5 страховых случая), но также имелись различия по возрастным группам. Так, 5,7 страховых случаев пришлось на женщин в возрасте 70–79 лет, 2,5 случая – на возраст 60–69 лет и 2,1 случая на возраст 20–29 лет. У мужчин среднее количество страховых случаев больше всего в возрасте 30–39 лет – 2,5 случая, в возрасте 40–49 лет – 2,3 случая и в возрасте 20–29 лет – 2,1 случая.

Среднее количество страховых случаев по поводу периодонтита было в 1,7 раза больше среди мужчин по сравнению с женщинами (2,2 и 1,3 страховых случая соответственно). Наибольшее количество страховых случаев по поводу периодонтита у мужчин наблюдалось в возрастной группе 70–79 лет (7,0 страховых случаев), на втором месте были возрастные группы 30–39 и 50–59 лет (по 2,8 случая), на третьем – возрастная группа 60–69 лет (2,0 случая). В среднем на каждую женщину в возрасте 60–69 лет пришлось по 2,8 страхового случая, в возрасте 40–49 лет – 2,6 случаев и 70–79 лет – по 2,0 страховых случаев (табл.1).

Таблица 1

Распределение страховых случаев по диагнозу в зависимости от пола и возраста

Возрастные группы	Среднее количество страховых случаев					
	кариес		пульпит		периодонтит	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
18-19	5,3	5,3	–	0,2	–	0,2
20-29	3,7	4,6	1,7	2,1	0,8	1,7
30-39	2,5	4,3	2,5	0,1	2,8	0,2
40-49	7,0	2,3	2,3	1,9	0,8	2,6
50-59	2,1	2,7	2,1	1,4	2,8	0,9
60-69	–	2,8	–	2,5	2,0	2,8
70-79	–	1,7	–	5,7	17,0	2,0
80 лет и старше	–	2,5	–	–	–	0,7
Всего	3,0	3,2	1,5	1,5	2,2	1,3

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования,

проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертами страховых медицинских организаций на основе «Медицинской карты стоматологического больного» (ф. 043/у). Данные проведенной экспертизы вносятся экспертами страховых организаций в «Карту экспертной оценки качества лечения в поликлинике». В карте экспертной оценки указывается все посещения пациентов за год.

Анализ показал, что несоответствие диагностических мероприятий стандартам оказания медицинской помощи было в 14,3 % случаев (126 из 882 соответственно), которые включали в себя: несоответствие при лечении кариеса в 36,5 % случаев, при лечении пульпита – 23,5 %, при лечении периодонтита – 25,2 %, при лечении пародонтита – 14,8 % (табл. 2).

Таблица 2

Структура несоответствия диагностических мероприятий

Диагноз	Количество медицинских карт стоматологического больного	
	абс. ч.	в % к итогу
Кариес	46	36,5
Пульпит	29	23,5
Периодонтит	32	25,2
Пародонтит	19	14,8
Всего	126	100,0

Дефекты заполнения медицинских карт стоматологического больного были следующие: на первом месте – не отмечен исход лечения (55,1 %), на втором месте – не заполнена зубная формула (34,1 %), на третьем – не указана дата обращения пациента за стоматологической помощью (12,7 %), на пятом – не указан зуб, который пролечили (7,0 %), на шестом – не отмечено количество посещений (4,6 %) и на седьмом месте – не указан диагноз (2,4 %). Также были и такие замечания в заключениях эксперта, как недостаточный сбор анамнеза (22,4 % случаев), отсутствие записей об имеющихся хронических заболеваниях (18,5 %), неразборчивость записей (12,2 %), некорректное ведение медицинской документации (5,1 %) (табл. 3).

Таблица 3

Дефекты заполнения медицинских карт стоматологического больного (в %)

Дефекты заполнения медицинских карт	Количество актов	
	абс. ч.	в % к итогу

Не отмечен исход лечения	486	55,1
Не заполнена зубная формула	301	34,1
Не указана дата обращения	112	12,7
Не указан зуб	62	7,0
Не отмечено количество посещений	41	4,6
Не указан диагноз	21	2,4

Дефекты при лечебных мероприятиях составили 17,6 % (155 из 882). Из них эксперты выявили следующие несоответствия стандартам: лечение отсутствующего зуба (2,4 %), отсутствие описания рентгенографии (2,0 %), отсутствие проведения контрольной рентгенографии при лечении осложнённых форм кариеса (6,8 %), проведенная некачественная obturation корневых каналов (8,1 %), отсутствие документа об информированном согласии пациента на лечение (10,1 %), дублирование записей о проведенных мероприятиях ранее (12,2 %) и т. д.

В заключениях эксперта были указаны замечания о завышении количества УЕТ, о недостаточной информации в анамнезе заболевания, с которым пациент обратился за стоматологической помощью, об имеющихся сопутствующих хронических заболеваниях. Недостаточный или формальный сбор анамнеза заболевания и хронических заболеваний не позволяют в полной мере представить полную ситуацию о заболевании, а также могут усугубить или удлинить период лечения, влияют на выбор лекарственных препаратов, с которым необходимо провести эффективное лечение.

Таким образом, анализ карт экспертной оценки качества лечения позволил выявить основной контингент населения, который обращается за стоматологической помощью, дефекты ведения медицинской документации, дефекты проведенных лечебно-диагностических мероприятий, уровень квалификации врачей-стоматологов при оказании стоматологической помощи.

Список литературы

1. Денисова Е.И. К проблеме оказания стоматологической ортопедической помощи лицам пожилого и старческого возраста// Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – 2012. – № 1. – С.41–44.
2. Леонтьев В.К. Качество стоматологической помощи: системный подход, возможности управления и регуляции. 2013, статья. Availableat: <http://www.e-stomatology.ru/publication/>.

3. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».
4. ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 12.03.2014). «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
5. Эрк А.А., Сагин О.В, Суанов А.Н., Бостанджян Г.М. Организация контроля качества стоматологической помощи // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2012. – № 1. – С.8-14.

Рецензенты:

Ахмадуллина Х.М., д.м.н., профессор, директор Института психологии и социальной работы академии ВЭГУ, г. Уфа.

Хуснутдинова З.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой охраны здоровья и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», г.Уфа.