

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Тишкина Лариса Николаевна

**Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества
организации стоматологической ортопедической помощи**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Успенская Ирина Владимировна

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ДОСТУПНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	14
1.1. Стоматологическое здоровье и организация стоматологической помощи в Российской Федерации.....	14
1.2. Правовые основы обеспечения доступности стоматологической ортопедической помощи в Российской Федерации.....	25
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Характеристика базы исследования	31
2.2. Программа, методы и этапы исследования.....	32
2.3. Программа медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным организациям.....	48
ГЛАВА 3. ДИНАМИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ) НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	50
3.1. Оценка влияния пандемии COVID-19 на динамику стоматологической заболеваемости (по обращаемости)	51
3.2. Социально-гигиенический портрет пациентов, которым оказана стоматологическая ортопедическая помощь в государственных учреждениях здравоохранения в 2019-2022 гг.	72
ГЛАВА 4. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И КАЧЕСТВА ЕЕ ОРГАНИЗАЦИИ.....	82
4.1. Медико-организационные критерии и показатели стоматологической ортопедической помощи.....	85
4.1.1. Основы определения нормативов времени, трудовой нагрузки, численности специалистов.....	85

4.1.2. Оценка обеспеченности специалистами, оказывающими стоматологическую ортопедическую помощь.....	90
4.2. Финансово-экономические критерии и показатели стоматологической ортопедической помощи.....	96
4.3. Медико-социальные критерии и показатели стоматологической ортопедической помощи.....	120
4.3.1. Оценка показателей доступности по удовлетворенности пациентов качеством организации стоматологической ортопедической помощи.....	120
4.3.2. Лояльность к государственным стоматологическим организациям.....	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	138
ВЫВОДЫ.....	152
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	156
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	157
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	158
Приложение А	187
Приложение Б	190
Приложение В	198
Приложение Г	203
Приложение Д	208
Приложение Е	210
Приложение Ж	214
Приложение И	215
Приложение К	216
Приложение Л	221

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Стратегической задачей государства является улучшение качества жизни и здоровья нации, с обеспечением доступной и качественной медицинской помощи, независимо от социального положения, места жительства, пола и возраста граждан [31, 84, 115, 154, 155].

С этой целью Правительством Российской Федерации ежегодно утверждаются программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи и на их основе – территориальные программы государственных гарантий (ТПГГ), с оценкой их выполнения по критериям и показателям доступности и качества медицинской помощи в регионах [97, 98, 99, 100, 101]. Субъекты РФ имеют право формировать ТПГГ, выделяя средства сверх установленных нормативов на дополнительные объемы медицинской помощи, направляя их в подотчетные медицинские организации (МО) в виде государственных заданий [89, 90, 92, 93, 94, 95].

В ПГГ и ТПГГ не включается стоматологическая ортопедическая помощь (СОП), с критериями и показателями качества ее организации и доступности, не смотря на увеличение расходов на фоне растущей инфляции, что снижает качество организации и доступность СОП, оказываемой населению на возмездной основе. Поэтому актуально расширение гарантий бесплатного оказания СОП, прежде всего – малообеспеченным слоям населения, что целесообразно осуществить путем расширения государственных гарантий.

Для снижения затрат граждан на оказание медицинской помощи, в т.ч. СОП, государством были предприняты меры по изменению законодательства в части установления «социального налогового вычета по расходам на лечение и приобретение медикаментов», с возвратом ранее уплаченной части налога на доходы физических лиц (НДФЛ) в размере понесенных расходов, что частично

решило проблему работающих пенсионеров, но не повысило стоимостную доступность СОП для неработающих, которые в настоящее время не могут получать социальный вычет, т.к. с пенсий НДФЛ не удерживается (Налоговый кодекс РФ, ч. 2, ст. 219).

При этом, бесплатное оказание СОП для данной социальной группы возможно устанавливать в рамках региональных социальных программ, что используется не более, чем в 12,0% регионов страны, имеющих высокую рентабельность (г. Москва, Московская обл., г. Санкт-Петербург, Республика Татарстан и др.) [4, 35, 63, 87, 121, 163, 164]. Однако, финансирование социальных программ в данных регионах различается, т.к. зависит от доходов и особенностей регионального законодательства, от принятия (непринятия) управленческих решений, а также от определения конкретных групп «льготников» (Федеральный закон от 17.07.1999 №178-ФЗ), что не обеспечивает принципов равной доступности и качества организации СОП в стране в целом.

Неизученность критериев и показателей качества организации и доступности СОП в том числе связана с их невостребованностью и отсутствием в структуре социальных программ. При этом, обязательно определение и научное обоснование критериев и показателей качества организации и доступности СОП при включении в ТППГ для оценки выполнения программ, что актуализировало выбранную тему научного исследования, определившую научно-практическую ценность полученных результатов.

Степень разработанности темы исследования

Основой научного исследования явились труды известных ученых в сфере управления качеством и доступности медицинской помощи, организации стоматологической помощи: Щепина О.П., Лисицина Ю.П., Стародубова В.И., Решетникова А.В., Шиповой В.М., Сон И.М., Линденбрата А.Л., Гринина В.М., Бутовой В.Г., Кочкиной Н.Н. и Кузьминой Э.М.

В настоящее время в качестве актуальных проблем определены: ограничение доступности стоматологической помощи (временной, ресурсной,

стоимостной) и отсутствие достоверных показателей потребности (нуждаемости) в ней как всего населения, так и контингентов социально незащищенных граждан, жителей сельской местности, пенсионеров и инвалидов, лиц пожилого и старческого возраста, нуждающихся в СОП практически в 100,0% случаев (Курбанов О.Р. с соавт., 2015; Родина Т.С., 2017; Хорева О.О., 2017; Gülcan F. et al., 2018; Смирнова Л.Е., 2018; Гринин В.М., Ковалева Л.С., 2018; Гаврилов А.Д. с соавт., 2018; Юрина С.В., 2019; Каримов С.М. с соавт., 2020; Шаймиева Н.И. с соавт., 2021; Jiang С.М. et al., 2021; Носов Д.С., 2022; Миронова Л.А., 2022; Chavez E.M.et al., 2022).

В то же время, представлены единичные работы по научному обоснованию критериев и показателей качества организации и доступности СОП, в т.ч. по оценке «качества организации СОП» – на основе порядков оказания стоматологической помощи (Бобунов Д.Н. с соавт., 2014), по оценке «качества СОП»– на основе клинических рекомендаций (стандартов стоматологической помощи) (Вагнер В.Д., Булычева Е.А., 2017; Бочковская Е.О., 2018; Севагина В.О. с соавт., 2020).

В связи неразработанностью проблематики научного обоснования критериев и показателей доступности и качества организации СОП, с учетом стоматологической заболеваемости и потребности населения в СОП, актуально проведение научно-исследовательской работы, с обоснованием критериев и показателей доступности и качества организации СОП для включения в ТПГГ в целях обеспечения равнодоступности и должного качества организации СОП на региональном уровне, что определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель и задачи исследования

Цель исследования. Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи, с учетом потребности в ней населения и стоматологической заболеваемости на примере Рязанской области.

Задачи исследования:

1. Выявить изменения в уровне и структуре стоматологической заболеваемости, определяющей потребность в стоматологической ортопедической помощи по данным обращаемости населения и «социально-гигиенический портрет» пациентов, которым оказана стоматологическая ортопедическая помощь в 2019-2022 гг. (на примере Рязанской области).
2. Разработать и внедрить программу медико-социологического изучения доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи с оценкой показателей удовлетворенности и лояльности пациентов к государственным медицинским организациям и определением факторов удовлетворенности и лояльности.
3. Определить и научно обосновать критерии и показатели качества организации, доступности стоматологической ортопедической помощи и сравнить с региональными показателями.
4. Экономически обосновать включение стоматологической ортопедической помощи, критериев и показателей доступности и качества ее организации в территориальную программу государственных гарантий для бесплатного оказания отдельным группам населения и определить результативность научного исследования (на примере Рязанской области).

Научная новизна

Впервые выявлено изменение уровня и структуры стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) в 2019-2022 гг., в связи со снижением обращаемости населения в сложных эпидемиологических условиях, определен уровень «скрытой» стоматологической заболеваемости (на примере Рязанской области).

Впервые определен «социально-гигиенический портрет» пациентов, которым оказана СОП в государственных стоматологических организациях и установлена потребность в СОП отдельных групп населения; неработающие

пенсионеры в возрасте 60 лет и старше определены как наиболее социально незащищенная группа пациентов.

Впервые проведено комплексное медико-социологическое исследование с изучением лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям и удовлетворенности качеством организации СОП, выявлены основные факторы удовлетворенности и лояльности.

Впервые применена методика расчета интегрального показателя качества организации и доступности СОП для населения региона в целом и отдельных категорий граждан, использованная для выявления наиболее незащищенных категорий граждан в части стоимостной доступности СОП.

Впервые определены и научно обоснованы критерии и показатели качества организации и доступности СОП, в т.ч. объемов помощи и финансового обеспечения, для включения СОП в ТПГГ на примере Рязанской области.

Впервые проведено сравнение региональных показателей с научно обоснованными показателями доступности и качества организации СОП; определена результативность проведенного исследования, с оценкой внедрения «бережливых технологий», реформирования стоматологических организаций и внедрения программы профилактических мероприятий.

Теоретическая и практическая значимость работы

По данным обращаемости за первичной специализированной стоматологической помощью (ПССП) в рамках ТПГГ выявлены особенности динамики уровня и структуры стоматологической заболеваемости, определяющей потребность в СОП отдельных групп населения (на примере Рязанской области), что актуально для планирования затрат на СОП на региональном уровне.

С применением методики расчета интегрального показателя качества организации и доступности СОП определена наиболее незащищенная группа пациентов – неработающих пенсионеров в возрасте 60 лет и старше – преимущественно сформировавших «социально-гигиенический портрет» пациентов, которым оказана СОП государственными медицинскими

организациями в 2019-2022 гг., что актуально для обеспечения адресности распределения бюджетных средств при включении СОП в ТПГГ.

Разработаны и внедрены «Методические рекомендации по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне», применяемые для тиражирования на региональном уровне в целях совершенствования организации оказания СОП.

Разработана и внедрена на региональном уровне «Программа медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям», позволившая выявить взаимосвязи лояльности и удовлетворенности пациентов СОП с реализацией их прав на гуманное отношение, доступность СОП и качество ее организации, что определяет направления повышения степени удовлетворенности и лояльности в целях совершенствования организации СОП в рамках утвержденного бюджета стоматологических организаций.

Определены критерии и показатели доступности и качества организации СОП, в т.ч. целевые показатели объемов и финансового обеспечения, на примере Рязанской области проведено сравнение целевых показателей с региональными, что выявило недостатки в организации СОП.

Разработан проект нормативного правового акта с экономическим обоснованием включения СОП в ТПГГ, с гарантиями бесплатного оказания СОП неработающим пенсионерам в возрасте 60 лет и старше, представленный в Министерство здравоохранения Рязанской области.

Методология и методы исследования

Методологически применялся системный подход и анализ (Садовский В.Н., 1980, Берталанфи Л., 1969), в т.ч. при постановке цели и задач исследования, их достижения и решения, с системным эффектом на выходе. Методы исследования традиционные, соответствующие поставленным задачам: информационно-аналитический, включающий обзор литературы и контент-анализ нормативных

правовых актов, статистический, математический, графоаналитический, социологический, социально-гигиенический и метод экономического анализа, а также изучение временных затрат с помощью хронометража.

Свод, обработка и анализ первичных материалов проводился с применением компьютерных программ обработки и анализа: Microsoft Excel-XP, Microsoft Excel-2010, пакет программ SPSS-17.0 и STATISTICA-10.

Личный вклад автора

Автором диссертационного исследования проведен библиографический поиск и анализ научной литературы, контент-анализ нормативных правовых актов по теме научного исследования, обобщение и анализ материалов, на основании чего определены цель и задачи научного исследования, разработана программа его выполнения.

Автором самостоятельно разработана программа медико-социологического исследования по определению степени удовлетворенности пациентов СОП и их лояльности к государственным стоматологическим организациям, в т.ч. анкета, кодификатор и логическая схема компьютерной обработки медико-социологической информации, проведено анкетирование (опрос) пациентов стоматологических поликлиник, с последующим обобщением и анализом полученных данных.

Автором опубликованы результаты научного исследования в научных рецензируемых журналах в соавторстве с научными руководителем, подготовлены доклады на научно-практических конференциях в качестве докладчика и содокладчика, разработаны методические рекомендации для практического здравоохранения.

Результаты работы оформлены автором в виде диссертации, с формулированием выводов и практических рекомендаций.

Положения, выносимые на защиту

1. Отрицательная динамика стоматологической заболеваемости по данным обращаемости в 2019-2022 гг., в том числе заболеваемости, определяющей потребность в стоматологической ортопедической помощи, определила изменение «социально-гигиенического портрета» пациентов государственных стоматологических организаций за счет увеличения доли старших возрастных групп (пенсионеров).

2. Внедрение «Программы медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям» позволило определить факторы удовлетворенности и лояльности населения, обосновать ряд критериев и показателей качества организации и доступности стоматологической ортопедической помощи.

3. Определение и научное обоснование критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи, осуществленное в соответствии с требованиями к включению в территориальные программы государственных гарантий, что позволило провести сравнительный анализ и выявить низкий уровень региональных показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи.

4. Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи и выявление группы граждан, не защищенных в части компенсации понесенных ими расходов, позволило экономически обосновать территориальную программу государственных гарантий (на примере Рязанской области), с определением затрат регионального бюджета на бесплатное оказание стоматологической ортопедической помощи неработающим пенсионерам в возрасте 60 лет и старше.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационного исследования соответствуют

пунктам 16 и 17 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Степень достоверности и апробации результатов

Достоверность определена теоретическими основами исследования, использованием проверенных источников литературы, в т.ч. в международных электронных библиотечных базах данных, анализом доступной информации по теме диссертационной работы при сопоставлении с полученными в ходе исследования данными, репрезентативностью выборочных статистических совокупностей, адекватными методами исследования, соответствующими поставленной цели и задачам, а также использованием современных статистических программ обработки и анализа первичного материала.

Основные положения и результаты диссертации доложены, обсуждены и одобрены на XXV Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2021), VIII Междисциплинарной научно-практической конференции «Мещерские встречи» (Рязань, 2021), IX Междисциплинарной научно-практической конференции «Мещерские встречи» (Рязань, 2022), XXVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения», посвященной 60-летию медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России и 100-летию санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации (Рязань, 2022), X Междисциплинарной научно-практической конференции «Мещерские встречи» (Рязань, 2023), Конференция ТФОМС Рязанской области, посвященная 30-летию системы ОМС (Рязань, 2023).

Проведена апробация диссертации на межкафедральном совещании кафедр экономики, права и управления здравоохранением, поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики, госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы, профильных гигиенических дисциплин

с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО, терапевтической и детской стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (протокол № 1 от 17.06.2022).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации автором опубликовано 8 работ, в том числе 2 научных статьи по специальности защищаемой диссертации в научных рецензируемых журналах, включенных в Перечень ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации / Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета, в которых рекомендовано публиковать результаты диссертационных работ на соискание ученой степени кандидата наук; 2 научных статьи в научных изданиях, индексируемых в международной базе данных Scopus; 4 публикации – иные.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 230 страницах печатного текста. Текст диссертации состоит из введения, четырех глав основной части, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, состоящего из 202 источников, в том числе 170 отечественных, 32 зарубежных и 44 нормативных правовых актов, 10 приложений. Диссертационная работа содержит 27 таблиц и 37 рисунков.

ГЛАВА 1. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ДОСТУПНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Стоматологическое здоровье и организация стоматологической помощи в Российской Федерации

Эпидемиологические исследования по изучению стоматологического здоровья россиян, выявлению заболеваемости и распространенности тех или иных болезней проводятся в рамках научно-исследовательских работ и являются основой для выявления потребности населения в объемах оказания медицинской помощи и профилактики, в целях совершенствования организации и обеспечения доступности медицинской помощи в регионах страны [64, 160, 169, 184, 192].

Отечественными авторами актуализируется достаточность финансовых, кадровых и организационных возможностей регионов, внедрения программ профилактической направленности, для обеспечения доступности медицинской помощи для населения, в целях обеспечения его стоматологического здоровья, как показателя качества жизни [1, 44, 64].

По официальным данным Минздрава России распространенность стоматологической патологии среди взрослого населения достигла 99,0% [1, 47, 55, 139]. Значительна доля населения, имеющего заболевания тканей пародонта: у 70,0 % 20-50-летних граждан нарушена целостность зубных рядов. В связи с этим актуальна профилактика стоматологической заболеваемости, учитывая интенсивность темпа прироста кариеса и болезней тканей пародонта [6, 19, 33, 44, 51, 55, 139]. Поскольку в структуре госпитализированной заболеваемости стоматологических больных не более 1,0%, стоматологические больные наблюдаются преимущественно в первичном звене, в МО, расположенных в зоне «шаговой доступности». При этом, отмечена невысокая доля ($\leq 0,50\%$) временной

нетрудоспособности по причине стоматологических заболеваний [26, 141].

Населению массово оказывается первичная специализированная стоматологическая помощь (ПССП) [6, 29, 45, 48, 49, 72]. Однако, обращаемость за ее оказанием определяется как доступностью, так и социально-экономическими явлениями в стране (регионах) [20, 147, 160, 162, 181].

При снижении обращаемости и, соответственно, заболеваемости по обращаемости, повышается стоматологическая пораженность населения, снижается стоматологическое здоровье населения, повышается заболеваемость провоцируемыми (взаимосвязанными) болезнями, фактором риска которых является стоматологическая патология, в т.ч. хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), негативно влияющими на медико-демографические процессы [24, 129, 147, 173, 176]. В свете «концепции факторов риска», как основы интегрированного подхода к первичной профилактике негативного воздействия на организм факторов риска до развития патологического процесса [1, 18, 19, 66, 169], актуально повышение стоматологического здоровья населения.

Отечественными авторами изучались различные факторы стоматологического здоровья населения: в качестве социально-экономических и природных факторов – доходы и благосостояние семей пациентов, образование, принадлежностью к конкретной социальной группе, формирование моделей питания, поведения, загрязнение окружающей среды [24, 41, 138, 175, 185, 198].

При этом остановить распространение кариеса и заболеваний пародонта предлагается путем широкомасштабных профилактических мероприятий по оздоровлению образа жизни, выявлению лиц с факторами риска и обеспечения доступности стоматологической помощи [6, 52, 175, 193, 196, 202]. Подчеркивается актуальность динамического наблюдения за здоровьем всего населения страны и, в первую очередь, за контингентом больных граждан, выявление заболеваний на ранних стадиях, определение методов снижения заболеваемости для сохранения нации [1, 6, 18, 52, 64, 114, 172, 178, 188, 190]. Отработана тема первичной профилактики, в том числе индивидуальной профилактики при рациональном режиме и гигиеническом поведении человека,

общественной профилактики – система медико-социальных мероприятий по охране стоматологического здоровья отдельных категорий граждан [1, 19, 25, 102, 114, 136].

Подходы к профилактике стоматологической заболеваемости и оказанию СОП в регионах существенно различаются из-за особенностей стоматологической заболеваемости и объемов профилактических мероприятий [139].

Ряд работ посвящен приоритетным направлениям совершенствования организации стоматологической помощи профилактической направленности, с учетом условий и образа жизни граждан, доступности и повышению качества стоматологической помощи [102, 184]. Отдельные авторы актуализировали вопросы оказания ПССП на региональном уровне [43, 148, 169, 198]. Достоверно подтверждена эффективность профилактики стоматологической патологии путем использования лечебно-профилактических средств и фторирования продуктов питания [1, 39, 172, 199]. В работах представлен комплекс профилактических мер для сохранения жевательного аппарата [1, 6, 29, 67, 169]. Отмечено совершенствование и внедрение современных лечебно-диагностических методик, повышающих качество и доступность стоматологической помощи [1, 160, 161, 162, 166, 167, 182, 183, 187, 192].

В настоящее время в России особенно приоритетна диспансеризация, как комплекс профилактического осмотра и дополнительных методов обследования, и диспансерное наблюдение в виде периодического обследования хронических больных в целях своевременного предупреждения осложнений, профилактики и их реабилитации (Федеральный закон №323-ФЗ). Однако, при всех успехах развития стоматологии, с привлечением частных МО, не решены задачи по организации диспансеризации для раннего выявления стоматологической патологии, не оптимизировано диспансерное наблюдение, призванные повысить качество оказания ПССП независимо от места проживания граждан [115, 119]. При этом, диспансерному наблюдению подлежат лица с флюорозом, пародонтозом, пародонтитом, отдельными видами кариеса, патологией слюнных желез, стоматитом, злокачественными новообразованиями и проч. [1, 37, 39, 64,

154, 159, 169].

Организация стоматологической помощи – сложный процесс, обеспечение высокого качества которого невозможно без эффективного управления, достаточного финансирования и непрерывного образования специалистов соответствующего профиля [29, 66, 67]. При этом, судя по статистическим данным об обращаемости населения, наиболее востребованной из стоматологических специальностей, являлась врач-стоматолог-терапевт [24, 70], что, возможно, связано с бесплатным оказанием ПССП в системе ОМС, где оплачивается деятельность специалиста.

По мнению ряда отечественных авторов стоматологические поликлиники государственной формы собственности до настоящего времени остаются важной структурой по оказанию ПССП и ортодонтической помощи, тогда как СОП часто оказывается не государственными МО [6, 22, 45].

В государственном секторе здравоохранения в зависимости от мощности стоматологических МО, определяемой количеством штатных врачебных должностей, выделяют 5 категорий МО и 3 уровня оказания стоматологической помощи [39, 73, 106, 114]. На региональном уровне в структуру органов здравоохранения включается главный внештатный специалист по специальности «стоматология», выбираемый из врачей-стоматологов высшей квалификационной категории, имеющий необходимые знания и навыки соответствующей специальности [127, 159]. В организации применяется принцип централизации, когда ПССП оказывается на базе стоматологических МО [64, 73], в кабинетах промышленных организаций и предприятий, вузов, колледжей и др., в целях приближения ПССП к пациенту и длительного контакта врач—пациент [22, 29, 66, 67, 73, 114, 156].

Считается, что в организации важным инструментом является связь врач—управленец, повышающая качество организации медицинской помощи [40, 141]. Актуален комфорт и благоприятная психоэмоциональная атмосфера для врачей и пациентов при оказании медицинской помощи [158, 159]. Однако, существенно различаются возможности регионов и МО государственной и

частной сферы здравоохранения, что определено источниками и размером их финансовых возможностей [146].

В то же время, в ТПГГ планируются нормативные показатели стоимости и объемов медицинской помощи в разрезе конкретных видов, форм и условий ее оказания, по источникам финансирования, из расчета на имеющуюся статистическую численность населения конкретного региона РФ, с корректировкой по уровню и структуре заболеваемости. Данные показатели включаются в ТПГГ при планировании, независимо от того в каких именно МО гражданам будет фактически оказан тот или иной вид, объем помощи и какой стоимости [48, 62, 74].

Включение частных МО в ТПГГ (в части ОМС) предполагает управление качеством медицинской помощи, эффективность которой является условием повышения удовлетворенности пациентов, их лояльности к МО и системе ОМС, рентабельности, позволяющей совершенствовать технологии и привлекать высококвалифицированные кадры [6, 9, 15, 38, 108, 112, 119, 135].

Отмечается, что в последние годы объемы стоматологической помощи, в т.ч. СОП, перераспределились между частными и государственными медицинскими организациями (МО), расширился «стоматологический туризм» [16, 23, 118, 142]. При этом, ряд частных МО ежегодно участвует в выполнении ТПГГ, предполагающих предоставление отчетной информации об оказанных объемах и стоимости медицинской помощи для консолидированного учета. Однако, часть частных МО не представляет данной отчетности в органы государственной статистики, что понижает оценку стоматологической заболеваемости и определение потребности населения в стоматологической помощи, затрудняя обоснование ТПГГ [74, 135, 149, 169].

В связи с этим отмечаются объективные проблемы с определением стоматологической заболеваемости, связанные с затруднениями учета обращений при широкой частной практике за рамками ТПГГ и отсутствием этих статистических данных в консолидированной отчетности здравоохранения, что затрудняет организацию: учет и контроль ПССП в субъектах РФ. По мнению

авторов, данный факт актуализирует проведение научно-исследовательских работ по выявлению стоматологической заболеваемости, а также потребности населения в стоматологической помощи на региональном уровне [64, 116, 140, 169].

Решать данные проблемы предлагается путем совершенствования учета стоматологической заболеваемости, с выявлением потребности (нуждаемости) населения, увеличением объемов стоматологической помощи для повышения ее доступности путем оптимизации режима работы медицинских организаций, а также применением сетевых форм организации СОП (Кучиев Г.Г., 2014; Алимский А.В. с соавт., 2015; Бутова В.Г. с соавт., 2020; Камиева Н.А. с соавт., 2018; Вагнер В.Д. с соавт., 2023; Смирнова Л.Е., 2018; Порфирьев Б.Н. с соавт., 2023; Саркисян М.С., 2020) [32, 41, 56, 66, 75, 130, 134, 136].

Вопросы организации и оплаты первичной специализированной стоматологической помощи (ПССП) были изучены, например, в Рязанской области за период 2012-2016 гг., что дало возможность проведения сравнительного анализа ряда параметров стоматологической заболеваемости и объемов оказания ПССП по данным обращаемости в регионе [20, 76, 146, 143, 169].

Согласно законодательству РФ о правах граждан в сфере здравоохранения, каждый гражданин должен обеспечиваться бесплатным оказанием качественной медицинской помощи, что актуально при оценке ее доступности, в том числе оценке доступности стоматологической помощи [155]. Однако, при положительных «сдвигах» в городских условиях, авторами отмечается низкий уровень ее доступности для жителей села, что представлено как трудная задача здравоохранения, в связи с отдаленностью большинства населенных пунктов, низкой плотностью населения и не обеспечивает рентабельность [22, 34, 38, 129, 194, 197].

В целях повышения доступности стоматологической помощи отмечается необходимость оснащения медицинских организаций специальным современным оборудованием и укомплектование квалифицированными кадрами [1, 6, 58, 66,

127, 179]. По мнению экспертов, достаточное финансовое обеспечение процесса влияет на благосостояние участвующих в оказании стоматологической помощи специалистов и, соответственно, на повышение ее качества [13, 45, 73, 77, 120, 134, 180, 189].

Тем не менее, отмечается дефицит финансирования в большинстве государственных стоматологических МО, снижающий эффективность их функционирования, в т.ч. в условиях пандемии, когда в целях финансового «выживания» стоматологическими МО использовались все возможные источники дохода, в т.ч. до 80,0% поступлений от платных услуг [2, 26, 49, 64].

Вопросы организации медицинской помощи включают организацию ее учета и оплаты. В ряде стран, ведется учет посещений к врачам-стоматологам, с оценкой трудозатрат в баллах и расчетом стоимости СОП по установленным тарифам [179, 198]. При этом, стоимость зуботехнических манипуляций и материалов учитывается отдельно, публикуется в сборниках для использования на территории этих стран [32, 83, 133, 189, 191, 192, 199, 201].

В России при включении государственных стоматологических МО в систему ОМС, осуществлен переход от бюджетного финансирования к «сдельной оплате». Обеспечивалась возможностью «зарабатывать» за оказанные объемы помощи, т.е. изменились источники и принципы оплаты: от бюджетных ассигнований, осуществляемых из расчета на 1 врачебную должность (ставку) и независимых от объемов оказанной помощи (перспективная система оплаты, нет мотивации к труду), к ретроспективной оплате – за объемы оказанной медицинской помощи, с контролем качества по единым принципам [12, 35, 44].

Проведение контент-анализа федеральных и региональных нормативных правовых актов по ТППГ, с целью изучения их содержания, ключевых положений, используемых терминов и выявления расхождений в требованиях к организации и оплате ПССП, позволило установить применение различных способов ее оплаты: по среднему душевому нормативу финансирования, с корректировкой по результативности работы МО, по среднему душевому нормативу в сочетании с оплатой «за единицу объема», по принципу «за единицу объема», в т.ч. за

обращение по поводу заболевания (законченный случай), посещение, медицинскую услугу, УЕТ [64, 90, 94, 99, 112].

Объемы ПССП в ТПГГ в период, начиная с 1998 по 2012 гг., выражались в регионах в УЕТ, когда под УЕТ понимались трудозатраты на лечение среднего кариеса, согласно Классификатору основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в УЕТ (Классификатор) и Методическим рекомендациям финансово-экономического обоснования госгарантий; с 2013 г.– в посещениях (обращениях) [64, 73, 119].

При этом, отечественными учеными было отмечено несоответствие Классификатора действующей в тот период «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении» (Номенклатура), разработанной под руководством Минздравсоцразвития РФ от 12.07.2004 [111]: в Классификаторе услугам присвоены коды, которых нет в Номенклатуре. Кроме того, медицинские услуги в данных документах не совпадали более, чем в 70,0% случаев, что затрудняло использование Классификатора в учете и оплате ПССП, а также контроле за ее организацией [64].

В работах приведены данные о региональных различиях в стоимости УЕТ [150]. При этом, в субъектах РФ различались затраты времени на аналогичные стоматологические услуги, что связано с планированием объемов ПССП в ТПГГ [50, 64], при формировании которых изначально «закладывалось» разное число УЕТ в 1 посещении (обращении) [16, 18, 20, 23]. И в нормативно-правовых актах приведены данные о временных затратах на 1 УЕТ, которые составляли от 10 до 15 минут [81, 165]. В Номенклатуре, например, 1 УЕТ = 10 мин. рабочего времени (пункт 5.5 «Общие принципы построения реестра работ и услуг»).

Методическими рекомендациями для определения потребности в объемах ПССП, равно как и по другим профилям ПМСП, Минздравом РФ рекомендовано считать «посещение», как единицу объема стоматологической помощи, а норматив объема ПССП на 1 жителя определять с применением коэффициента «наполняемости» посещения УЕТ [64]. При этом, стоимостной норматив УЕТ (в руб.) рассчитывается от стоимости обращения по поводу заболевания

(законченного случая), с учетом поправочных коэффициентов по взрослому населению = 1,3, детскому = 1,6. Алгоритм расчета данных коэффициентов не определен какими-либо методическими рекомендациями, нет единого порядка определения стоимости профилактических посещений и посещений при оказании неотложной ПССП, отсутствует единообразие в подходах к определению нормативов ее объемов и стоимости, что затрудняет в рамках ТПГГ межрегиональные расчеты за оказание ПССП вне территории проживания [64, 79, 80].

В стоматологической практике нормы времени необходимо устанавливать исходя из плотности и половозрастной структуры населения, уровня стоматологической заболеваемости [165, 169]. Поэтому для единого подхода к нормированию и планированию ПССП по ТПГГ стало актуальным утверждение Минздравом России временного норматива на одно посещение врача-стоматолога-терапевта, что позволило распределить время на прием, сформировать планы-графики и запланировать численность врачей и средних медицинских работников стоматологического профиля для повышения доступности, качества организации и оказания ПССП на местах [105, 145].

Указанные выше отраслевые нормативы времени, выразившиеся в среднем в 44 мин., установленные для 1 посещения (по заболеванию) врача стоматолога-терапевта (с учетом оформления документации), рекомендовано в нормировании ПССП, определении нагрузки и численности специалистов. Норматив времени на «профилактическое» посещение врача-стоматолога-терапевта пациентом не должен превысить 60,0-70,0% временного норматива посещения по заболеванию, затраты времени на оформление документов $\leq 35,0\%$ общей нормы времени посещения с соответствующей целью, что объективно повысило расчетную численность штатов [64, 105, 145, 166].

Однако, отдельные ученые (Шипова В.М., 2016) [165] доказали нецелесообразность федерального увеличения временных норм, т.к. это ведет исключительно к увеличению штатной численности кадров (в штатных расписаниях МО), что усугубляет и без того низкий уровень укомплектованности

региональных стоматологических МО врачами-стоматологами всех специальностей [165].

В целях обеспечения единых подходов к планированию, учету и оплате всех профилей медицинской помощи, включаемых в ТПГГ, в т.ч. ПССП, внедрены методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в ТПГГ (постановление Правительства РФ от 22.10.2012 №1074) [64, 79, 90, 124].

Минздрав России и ФОМС представили способ оплаты по подушевому принципу как прогрессивный для оплаты медицинской помощи всех профилей ПМСП, включая стоматологический. Однако, отмечалась и неэффективность этого способа оплаты в отношении ПССП профилактической направленности и противоречие принципа оплаты ПССП по «подушевому нормативу» с применяемой в стоматологических МО сдельной оплаты труда [64, 166, 169].

По мнению отечественных ученых (Шипова В.М., 2016, Викторов В.Н., Загребаева Е.А., 2017) использование ретроспективной оплаты ПССП является не корректным, т.к. при разной оценке трудозатрат, включаемых в 1 УЕТ, в субъектах РФ различается учет объемов ПССП [15, 165].

При этом, некоторые авторы считают перспективным способом оплаты ПССП – оплату за количество законченных случаев лечения, с агрегированием заболеваний по клинико-статистическим группам (КСГ), т.к. внедрение данного способа оплаты должно способствовать не только повышению оплаты, но и качества ПССП (Борисенко И.И. с соавт., 2016) [65].

Тем не менее, финансирующая сторона заинтересована в оплате всех профилей ПМСП по единому принципу – по «подушевому нормативу» (ретроспективно), априори определявшему месячные (годовые) расходы системы ОМС в рамках ТПГГ [64]. При выполнении ТПГГ в регионах применялась оплата ПССП как по числу УЕТ, так и по «подушевому нормативу» [150].

В Рязанской области основной принцип оплаты ПССП (в структуре ПМСП) – возмещение затрат, понесенных стоматологическими МО, по «подушевому» нормативу. Общая сумма финансирования определялась произведением численности прикрепленных граждан соответствующей возрастно-половой

группы и величины «дифференцированных подушевых нормативов» (дифференциация по возрасту и полу). Стоимость (тариф) устанавливалась ежегодно тарифными соглашениями и рассчитывалась с учетом половозрастных коэффициентов, отражающих потребность соответствующих групп населения [72, 137, 144, 146, 150, 168, 169]. Средний норматив оплаты ПССП в период до пандемии составлял около 365 руб. на 1 застрахованного $\geq 6,0\%$ подушевого норматива [169].

Проведение контент-анализа нормативных правовых актов, в т.ч. приказов Минздрава России от 7 декабря 2011 г. №1496н, от 13 ноября 2012 г. №910н, где утверждены порядки оказания взрослому и детскому населению стоматологической помощи, позволило выявить «рекомендательные» штатные нормативы стоматологических МО и «обязательное» техническое оснащение, без которого не может быть выдана лицензия и начата соответствующая деятельность по оказанию стоматологической помощи [5, 104, 107].

Контент-анализ постановлений Правительства Российской Федерации, соответственно Правительства Рязанской области, о ППГ и ТППГ выявил в структуре программ следующие тенденции: постепенное разделение показателей доступности и качества, расширение перечня критериев и показателей, отсутствие актуализации в разрезе профилей медицинской помощи [90, 94, 99].

При этом критерии «качества медицинской помощи» утверждались как критерии «качества организации медицинской помощи», требующие выполнения порядков ее оказания: правил организации, оснащения и обеспечения кадрами, но не клинических рекомендаций (медицинских стандартов) (ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Важным критерием в оценке качества организации и доступности стоматологической помощи является удовлетворенность населения и лояльность к стоматологическим МО. ВОЗ выделяет «удовлетворенность медицинским обслуживанием» в качестве критерия оценки «качества оказания медицинской помощи» [36, 174, 202]. Актуально и мнение отечественных ученых по данному вопросу, считающих ее индикатором качества организации медицинской помощи

[36, 126, 169], поскольку ВОЗ проводит оценку с учетом возможности получения помощи в любой МО, гуманного отношения к больному, свободного приобретения прописанных медикаментов [36, 169], что относится к показателям «качества организации медицинской помощи».

Отечественные авторы считают, что при проведении научных исследований целесообразно определять удовлетворенность населения (пациентов) медицинской помощью, с использованием медико-социологических методов [125, 126, 160, 195, 198]. Оценка доступности медицинской помощью принято давать по удовлетворенности всего населения, либо его части (групп больных) [20, 140].

Для устранения недостатков в организации медицинской помощи и эффективного использования ресурсов, считается актуальным давать оценку качеству организации стоматологической помощи и ее доступности, изучая мнение пациентов о конкретной медицинской организации, с оценкой лояльности и удовлетворенности, и распространением информации о результатах среди населения [64, 169, 170]. Так, в условиях вынужденного сокращения стоматологической помощи при пандемии коронавирусной инфекции, выявлено повышение болезненности населения, с увеличением потребности в СОП и снижении удовлетворенности [20, 26, 117, 140, 171].

В последние годы в организации ПССП и СОП применяются «бережливые технологии», призванные увеличить производительность труда специалистов, что способствует повышению качества организации и доступности данных профилей стоматологической помощи для населения [20, 147, 154].

1.2. Правовые основы обеспечения доступности стоматологической ортопедической помощи в Российской Федерации

Актуальной проблемой в нашей стране является ограничение доступности СОП для категории малоимущих граждан, в основном старших возрастных групп

с высокой потребностью в СОП [41, 53, 62, 129, 136, 143]. Эти контингенты обращаются за СОП в основном в государственные стоматологические МО, где используются традиционные технологии с установлением различных видов зуботехнических конструкций (частично съемных, бюгельных, полностью съемных протезов) и постепенным развитием дентальной имплантации в государственном здравоохранении [59, 78, 123, 130, 159, 177].

Отмечается, что в условиях высокой потребности в СОП и распространенности стоматологической патологии показатели посещаемости врачей-стоматологов-ортопедов составляют менее 44,0% от потребности, при наличии болезней пародонта, всего 7,0% больных регулярно посещают пародонтолога, обращаемость граждан, проживающих вне областных центров, достоверно ниже аналогичного показателя у городского населения [116, 139, 149].

В Республике Башкортостан, например, более 80,0% граждан не могут получить показанную им СОП в связи со стоимостной недоступностью для населения региона [24, 58].

Авторы научных статей отмечают, что до настоящего времени мало изучены проблемы потребности в СОП граждан пожилого и старческого возраста. Более 20,0% из них имеют требующие оперативной замены зубные протезы и около 50,0% вообще не имеют показанных им протезов [21, 139].

Данное явление представляется как актуальная социальная и экономическая проблема, которую предлагается решать путем увеличения объемов и повышения доступности СОП, с осуществлением специальной подготовки медицинского персонала и совершенствованием нормативного правового регулирования льготного оказания СОП [60, 69, 66, 76, 123].

Существующие в стране формы организации медицинской помощи (национальная, государственная, частная, страховая), определяют применение медицинского страхования там, где медицинская помощь в основном включает спектр ресурсосберегающих стоматологических услуг – профилактика и лечение мало затратных нозологических форм. Тогда как, дорогостоящее лечение, в том числе СОП, оплачивается либо непосредственно гражданами, либо в системе

дополнительного (добровольного) медицинского страхования (ДМС), либо в части социальных программ [64, 163, 193, 196, 198].

Согласно Федеральным законам от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривается оказание СОП с оплатой в рамках ДМС, где условия оказания и контроль качества определяются договорными отношениями.

Поскольку СОП не включена в ПГГ на федеральном уровне, в ряде регионов она оказывается отдельным категориям населения бесплатно за счет социальных программ, финансируемых из бюджетных источников. Однако, в подавляющем большинстве случаев СОП исторически оказывается практически всем группам населения исключительно на возмездной основе за счет личных сбережений граждан [61, 69].

Доработка Налогового кодекса РФ несколько снизила бремя оплаты пациентами СОП путем частичного возврата пациентам средств, затраченных на СОП, т.е. возврата в размере так называемого «налогового вычета» за оказание стоматологических ортопедических услуг работающим пациентам (Налоговый кодекс РФ от 05.08.2000 №117-ФЗ), но не решила в целом проблему «платности» СОП для отдельных категорий населения страны, в т.ч. для неработающих пенсионеров, не принимающих участие в трудовом процессе и не имеющих официальных доходов в виде оплаты труда.

В то же время, на федеральном уровне определены контингенты граждан, имеющих право на бесплатное протезирование – это военные пенсионеры, Герои СССР и РФ, полные кавалеры ордена Славы, Герои Социалистического труда СССР и Герои Труда РФ, полные кавалеры ордена Трудовой Славы Федеральные законы от 27.05.1998 №76-ФЗ «О статусе военнослужащих», от 09.01.1997 № 5-ФЗ «О предоставлении социальных гарантий Героям Социалистического Труда, Героям Труда Российской Федерации и полным кавалерам ордена Трудовой Славы»). Кроме того, Федеральным законом от 12.01.1995 №5-ФЗ «О ветеранах» (в редакции от 22.08.2004 № 122-ФЗ) утверждены права и социальные льготы для

определенных групп населения, в т.ч. права на изготовление зубных протезов и их ремонт.

Для иных категорий граждан, в т.ч. пенсионеров (по возрасту), данная льгота утверждена Федеральным законом от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в редакциях), которым право на установление льгот и их получателей, и в части зубного протезирования, перемещены на региональный уровень, с утверждением нормативных правовых актов субъектов РФ, применяемых в отдельно взятых регионах. При этом, установление льгот на оказание СОП определенным категориям населения считается «сложным разделом административной деятельности». Тем не менее, регионы-доноры, финансово обеспеченные регионы (город Москва, Московская область, Санкт-Петербург, Республика Татарстан и др.) пользуются данной практикой, самостоятельно определяя как «льготные» категории граждан, так и перечень конкретных МО, оказывающих СОП, согласно действующему в субъекте РФ законодательству, в виде безвозмездного протезирования или выплат компенсаций за оказанную СОП. При этом, в социальных программах необязательного установление критериев и показателей доступности и качества организации СОП [4, 35, 69, 87, 121, 164]

Направление государственных средств на социальные программы ограничено бюджетным законодательством в части их использования негосударственными организациями (Налоговый кодекс Российской Федерации), частичному устранению которого способствует использование так называемого государственно-частного партнерства (ГЧП), являющееся весомой частью глобального рынка здравоохранения, в виде совокупности правовых, организационных и экономических отношений бизнеса и государственных организаций. Ортопедическая стоматология наиболее адаптирована к действующим в настоящее время рыночным отношениями, в связи с чем, для дальнейшего ее развития приоритетным должно стать именно ГЧП, призванное повысить операционную и клиническую эффективность государственных МО, удовлетворенность населения в сфере здравоохранения, усилить конкуренцию и

рыночные механизмы в медицине, что повысит качество организации и доступность СОП [17, 122, 151].

Поскольку СОП не планируется в большинстве субъектов РФ ни в виде социальных программ, ни в составе ТППГ, объемы определяются спросом населения и оплата осуществляется преимущественно из личных средств граждан. При этом, учет оказанной СОП и полученные доходы учитываются в государственном секторе здравоохранения в виде объемов и стоимости так называемых «платных услуг» [88, 90, 97, 98, 100, 101].

В соответствии с ч. 7 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (в редакциях) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 39.1 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 (в редакциях) «О защите прав потребителей» Правительством Российской Федерации утверждены «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 и от 11.05.2023 № 736), согласно которым требования к данным услугам по объему и сроку оказания, определяются на условиях договора (по соглашению сторон).

На основе федеральных принимаются региональные акты, в т.ч. в Рязанской области – постановление Минздрава РО от 09.10.2015 №8 «Об утверждении порядка определения платы для граждан и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности бюджетных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении министерства здравоохранения Рязанской области, оказываемых сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания» и приказ Минздрава РО от 10.04.2009 №334 «Об утверждении порядка предоставления платных медицинских услуг».

В части обеспечения доступности СОП актуальны приказы Минздрава России от 12.11.2021 №1051н о порядке дачи информированного добровольного согласия (отказа) на медицинское вмешательство и от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [110].

Таким образом, при обзоре научной литературы и контент-анализе

нормативной правовой документации по заявленной тематике не были выявлены научно-исследовательские работы и нормативные правовые акты по определению и научному обоснованию критериев и показателей доступности и качества организации СОП, что актуализировало тему настоящего исследования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

Научное исследование проводилось на кафедре экономики, права и управления здравоохранением Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России) в период 2020-2023 гг. согласно основному плану научных работ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, государственная регистрация №012011 54142. Тема диссертационной работы утв. решением Ученого совета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (от 20.10.2020 протокол №3).

В качестве базы научного исследования была выбрана Рязанская область, находящаяся в центральной части европейской территории РФ и входящая в состав Центрального Федерального округа (ЦФО), как регион, типичный для решения поставленной цели и задач.

Типичность Рязанской области определена взаимодействием факторов, единых для субъектов РФ: ограниченностью территории, природными условиями, общностью истории и культуры, экономической, политической и правовой системы, а также близкими социально-демографическими показателями (за исключением г. Москвы и Московской области): низким уровнем среднедушевых доходов населения и средней начисленной заработной платы (СНЗП), низким уровнем безработицы, высокими показателями миграции и дифференциацией уровня жизни в городских и сельских условиях, сокращением численности населения, увеличением доли лиц пенсионного возраста, с преобладанием женского населения [70, 74]. Численность населения Рязанской области по состоянию на 1 января 2019 года составила 1 114,1 тыс. человек (г. Рязань – 520,5

чел.), из которых 72,4% – городские жители и 27,6% – жители сельской местности; в регионе преобладало женское население – на 1000 мужчин приходилось 1192 женщин; количество пенсионеров на 01.01.2019 составило 385,5 тыс. человек (в т.ч. в возрасте ≥ 60 лет – 257,3 тыс. человек, из них 86,1 тыс. человек – работающие пенсионеры (22,33%), в т.ч. в возрасте ≥ 60 лет – 46,6 тыс. человек).

Материально-техническая база в Рязанской области: ТФОМС РО, государственные МО Рязанской области, оказывающие первичную стоматологическую помощь и СОП, Государственное бюджетное учреждение Рязанской области (ГБУ РО) «Стоматологическая поликлиника №1».

2.2. Программа, методы и этапы исследования

В соответствии с темой диссертации разработана Программа научного исследования, в которой определена цель и задачи, объект и предмет, методы исследования и единицы наблюдения (Рисунок 2.1).

Объект исследования: качество организации и доступность СОП для населения (кадры, объемы, стоимость).

Предмет исследования: критерии и показатели доступности и качества организации СОП в Рязанской области.

Единицы наблюдения: медицинские организации, оказывающие СОП, пациенты стоматологических поликлиник, которым оказана СОП, врачи стоматологи-ортопеды и зубные техники, единицы объема стоматологической помощи (база данных ТФОМС РО и МО), выраженные в посещениях, обращениях/законченных случаях, условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Материалы и методы исследования:

– информационно-аналитический, включающий обзор литературы и контент-анализ нормативных правовых актов – для обоснования актуальности

темы и разработки схемы-модели программы исследования,

- статистический – при обосновании необходимого для достоверности результатов исследования количества наблюдений, анализе статистической учетно-отчетной документации, обработке первичных материалов,

- математический (в т.ч. метод аппроксимации) – в определении трудозатрат, приходящихся на 1 УЕТ, рабочей нагрузки стоматологов-ортопедов (зубных техников), стоимости ортопедических услуг, расчет интегрального показателя доступности и качества организации СОП,

- графоаналитический – при построении графиков для упрощения восприятия,

- социологический – при анкетировании лиц, которым была оказана СОП,

- социально-гигиенический – при определении «социально-гигиенического портрета» пациента, которому была оказана СОП,

- экономического анализа – при сравнительном анализе доходов МО от оказания СОП и финансовых ресурсов, направленных на оказание ПССП по ТППГ, при анализе динамики показателей оплаты труда в стоматологии.

Применялся метод хронометража при определении временных затрат на 1 посещение (обращение) пациента при оказании СОП.

Источники информации: амбулаторные карты, хронометражные и технологические карты СОП, анкеты для анонимного опроса с кодификатором, учетно-отчетная документация стоматологических МО по оказанию СОП и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области (ТФОМС РО) об оказании ПССП: счета и реестры пролеченных больных.

Свод, обработка и анализ первичных материалов проводился с применением компьютерных программ обработки и анализа: Microsoft Excel-XP, Microsoft Excel-2010, пакет программ SPSS-17.0 и STATISTICA-10.

Первичный материал: счета и реестры пролеченных больных, сводные учетно-отчетные формы: №12, №30, №14-Ф, №14-МЕД и №039-4/у.



доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи с оценкой показателей удовлетворенности и лояльности пациентов к государственным медицинским организациям и определением факторов удовлетворенности и лояльности.

3. Определить и научно обосновать критерии и показатели качества организации, доступности стоматологической ортопедической помощи и сравнить с региональными показателями.

4. Экономически обосновать включение стоматологической ортопедической помощи, критерии и показатели доступности и качества ее организации в территориальную программу государственных гарантий для бесплатного оказания отдельным группам населения и определить результативность научного исследования (на примере Рязанской области).

Практический выход

Разработка проекта нормативного правового акта о включении СОП, с критериями и показателями доступности и качества ее организации, в ТППГ Рязанской области

Единицы наблюдения

Стоматологические МО; пациенты, которым оказана СОП; стоматологи-ортопеды и зубные техники системы государственного здравоохранения; единицы медицинской помощи: посещение, законченный случай лечения (обращение), условная единица трудоемкости

Рисунок 2.1– Программа научного исследования (схема-алгоритм)

В них представлена статистическая информация о МО, пролеченных больных, оплате счетов и о доходах МО за СОП, данные анкетирования пациентов, объемные и стоимостные нормативы ППГ и ТППГ, порядков оказания стоматологической помощи и тарифных соглашений Рязанской области на 2019-2022 гг. (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Объем и обработка первичных материалов

Наименование материалов (методов)	Количество
Анализ отечественной, зарубежной литературы и нормативной правовой документации по теме диссертации	202 источников, в т.ч. 44 нормативных правовых актов
Изучение порядков оказания стоматологической помощи, классификаторов стоматологических услуг, тарифных соглашений	8 документов
Анализ заболеваемости территориально прикрепленных жителей Рязанской области [сводные формы: №12, №14-Ф, №14-МЕД, 2019-2022 гг.]	12 документов
Анализ плановых показателей ПССП с расчетами показателей [объемы, стоимость, финансирование, 2019-2022 гг.]	32 документа
Анализ случаев фактического оказания ПССП по ТППГ Рязанской области в 2019-2022 гг. [счета и реестры счетов пролеченных больных, оплаченных в системе ОМС]	1745 счетов (1649046 реестров – случаев оказания ПССП)
Анализ деятельности стоматологических поликлиник (кабинетов) [сводные формы №30, 2019-2022 гг.]	40 документов
Анализ оказания СОП (по обращаемости), доходов базовой стоматологической организации от оказания СОП по преискурантам [годовые отчеты по ф. №039-4/у, 2019-2022 гг.]	4 отчета
Хронометражные карты	81 карта
Оценка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)	46 оценок
Сбор и обработка, анализ анкет пациентов с оказанием СОП	407 анкет

Методологически был применен системный подход и анализ (Садовский

В.Н., 1980, Берталанфи Л.К., 1969), в т.ч. при постановке цели и задач исследования, их достижения и решения, с системным эффектом на выходе – разработкой нормативного акта о включении научно обоснованных критериев и показателей качества организации СОП и ее доступности в ТППГ.

Данный подход позволил определить обеспечение доступности и качества организации СОП как системный объект управления на региональном уровне (Рисунок 2.2).

Диссертационная работа выполнена в соответствии с утвержденным планом обучения в очной аспирантуре 2020-2023 гг., в 6 этапов (Приложение А, Таблица А. 1).

На **I этапе** была актуализирована тема диссертации и разработан алгоритм научного исследования по данной теме, с определением цели, задач, методологии и методов исследования для чего проведен обзор литературы и контент-анализ нормативных правовых актов. Разработана программа медико-социологического исследования удовлетворенности СОП и лояльности пациентов к государственным стоматологическим МО (Программа) (Приложение Б), с учетом стандартов ISO-9000 и ISO-9001:2015, где социологические исследования оценены в качестве наиболее информативных для научных работ, учтены основы этики и деонтологии при разработке и проведении опроса пациентов на добровольной основе [125, 152, 169].

Применялись традиционные социологические и социально-гигиенические методики [50, 125, 132, 169], в т.ч. коммуникативно-вербальный метод – анкетирование, с использованием специально разработанной «Анкеты пациента при оказании стоматологической ортопедической помощи» (далее – Анкета пациента при оказании СОП), с инструкцией для проводящего опрос (Приложение В) [131].

Анкета пациента при оказании СОП сформирована из 36 вопросов, в т.ч. 6 открытых и 25 закрытых вопросов и 5 альтернативных, которые были сгруппированы в смысловые блоки.



Рисунок 2.2 – Системный объект управления обеспечением качества организации и доступности СОП в регионе

Блоки формирования «социально-гигиенического портрета» пациента, с учетом семейного положения и доходов семей, финансовых затрат на СОП, удовлетворенности пациентов доступностью и качеством организации СОП, а также их лояльности к государственным стоматологическим организациям. В преамбуле Анкеты пациента, обращенной к респонденту, представлена цель анкетирования и обоснована важность исследования. Планируемое время заполнения анкеты – не более 20 минут.

Критерием включения в анализ являлась полностью заполненная Анкета пациента. Критерием исключения – не заполненная (частично заполненная) анкета; не предполагалось письменного согласия на обработку персональных данных, т.к. анкетирование проводилось анонимно и личные данные пациентов не собирались.

Разработан инструментарий для сбора, обработки первичного материала и логистика ПК-обработки (4 этапа) [27], в т.ч. Кодификатор вопросов анкеты, состоящий из 155 кодов (Приложение Г).

Осуществление пилотного проекта по апробации Анкеты пациента, проведенного в 2019 г. на базе ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1» (40 анкет), позволило скорректировать медико-социологический инструментарий (анкету, кодификатор и проч.) и опубликовать научную статью по ее апробированию [143].

Анализ результатов медико-социологического исследования использован для определения ряда критериев, оценки показателей качества организации и доступности СОП по степени удовлетворенности и лояльности опрошенных.

В целях обеспечения репрезентативности, выборочная совокупность пациентов, которым была оказана СОП, формировалась по формуле 2.1 «случайной бесповторной выборки»: доверительный интервал 95,0 % ($t=2$), предельная ошибка репрезентативности $\Delta=5,0\%$. При этом, генеральная совокупность – численность населения региона на 01 января 2019 г. = 1 148 137 чел. (на 01 января 2023г. – 1 088 308 чел.) [181]:

$$n = \frac{N * t^2 * v * (100 - v)}{(N * \Delta^2) + [t^2 * v * (100 - v)]} \quad (2.1)$$

где: n и N – численность выборочной (генеральной) совокупности, соответственно, Δ – предельная ошибка, v – вариативность признака, t – доверительный коэффициент.

Учитывая степень вариации распределения признака ($v = 50,0\%$) определено минимальное число единиц наблюдения в выборочной совокупности (формулы 2.2 и 2.3) [27]:

$$n = \frac{N * t^2 * 50,0 * (100,0 - 50,0)}{(N * 5^2) + [t^2 * 50,0 * (100,0 - 50,0)]} \quad (2.2)$$

$$n = \frac{1148137 * 2^2 * 2500}{(1148137 * 5^2) + (2^2 * 2500)} = 399 \text{ пациентов (398,62)} \quad (2.3)$$

При этом, фактическое количество опрошенных составило 407 пациентов, что обеспечило статистическую достоверность.

Социально-гигиенические характеристики пациентов, обратившихся за СОП, доходы их семей и затраты на оказание СОП определялись методом анонимного анкетирования, с учетом требований этики и деонтологии. Формирование социально-гигиенического портрета пациента, которому оказывалась СОП в 2019-2022 гг., осуществлялось с учетом: гендерных и возрастных характеристик, социального положения (профессии, сферы деятельности); использовались данные электронного ресурса Федеральной службы Госстата, а также результаты социологического исследования. Для обеспечения сопоставимости доходов семей пациентов были применены относительные показатели, в т.ч. выражение в долях МРОТ (минимальный размер оплаты труда).

Статистический анализ выполнен в программе SPSS-26. Соответствие рассматриваемых выборок количественных переменных, представляемых в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($Mean \pm SD$), нормальному закону распределения Гаусса оценивалось с использованием W -критерия Шапиро-Уилка. В целях определения достоверности изменения структуры

стоматологической заболеваемости в изучаемом периоде применялся метод аппроксимации с коэффициентом корреляции (R^2) (Приложение Д).

Различия между группами оценивались с использованием U-критерия Манна-Уитни, H-критерия Краскела-Уоллиса. Категориальные переменные представлялись в виде абсолютных частот и относительных долей.

Наличие связи между явлениями определялось значением критерия соответствия (χ^2). Все представленные в работе достоверные связи приведены после исключения статистически незначимых факторов, критерий соответствия $\chi^2 \geq$ табличного значения при 2-3 степенях свободы на уровне вероятности нулевой гипотезы = 95,0% и пороговом уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Оценка тесноты связи показателей осуществлялась с использованием критерия Спирмена и принятой аналитической шкалы (Приложение Е), с оценкой по шкале Чеддока: градация силы связи – слабая 0,1-0,3, умеренная 0,3-0,5, заметная 0,5-0,7, высокая 0,7-0,9, весьма высокая 0,9-1,0) [27, 152, 169].

Этап II. Изменения структуры и динамики стоматологической заболеваемости в период 2019-2022 гг. изучались путем анализа сводных учетно-отчетных форм №12, формируемых в МО. Представилась редкая для региона возможность осуществления сравнительного анализа указанных явлений в изучаемом (пандемия коронавирусной инфекции) и эпидемиологически спокойном периоде (2012-2016 гг.), когда на территории Рязанской области было проведено научное исследование (Юрина С.В., 2019), результаты которого были использованы для сравнения динамики стоматологической заболеваемости и «скрытой» стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) в 2019-2022 гг. [14].

Анализ структуры и динамики стоматологической заболеваемости за период 2019-2022 гг. в регионе проводился сплошным методом – путем свода и анализа: отчетных данных МО региона, оказывающих стоматологическую помощь по ТПГГ (фф.№12, №30, №47, №12 и №62-сводная), а также счетов-реестров в системе ОМС (1 649 046 реестров – случаев оказания ПССП), с

определением пола и возраста пациентов [82, 97, 98, 100, 101, 113, 169]. При этом, в реестрах пролеченных больных графа с персональными данными была скрыта.

Обработка первичных материалов (реестры счетов ТФОМС РО) осуществлялась с использованием системы по управлению базами данных MSSQL 2008, обобщение и анализ проводился в программе MicrosoftExcel-15, с пакетом соответствующих IT-приложений. В оценке показателей стоматологической заболеваемости использовались общепринятые классификации и номенклатуры, термины и понятия, в том числе:

– первичная стоматологическая заболеваемость: совокупность новых, впервые выявленных и зарегистрированных в данном году стоматологических заболеваний, на 1 000 чел. [27, 110, 169],

– общая стоматологическая заболеваемость: совокупность имеющихся стоматологических болезней, впервые выявленных в данном календарном году, а также выявленных раньше, то есть в предыдущие годы, но обращение по поводу которых было зарегистрировано в данном году, на 1 000 чел. [27, 110, 169].

Применялись формулы 2.4 и 2.5:

$$\text{ЧЗп} = \frac{\text{кол-во случаев впервые зарегистрированных в календарном году заболеваний}}{N} * 1\,000 \quad (2.4)$$

где: ЧЗ_п –заболеваемость первичная (частота обращений),
N – числ-ть среднегодовая населения (на 01 января + на 31 декабря) / 2

$$\text{ЧЗоб} = \frac{\text{Σ обращений со стомат. болезнями (зарегистр. в данном году новых и ранее выявлен.)}}{N} * 1\,000 \quad (2.5)$$

где: ЧЗ_{об} –заболеваемость общая (частота обращений),
N –числ-ть среднегодовая населения (на 01 января + на 31 декабря) / 2

Определялись интенсивные показатели по половозрастным группам и нозологиям (на 1 000 чел. каждой группы) формула 2.6:

$$\frac{\text{число стоматол. заболеваний в группе чел.}}{N} * 1\,000 \quad (2.6)$$

Структура заболеваемости (З_{стр}) и индекс накапливаемости (И_{нсз})

рассчитывались по формулам 2.7 и 2.8:

$$Z_{стр} = \frac{\text{кол-во случаев заболеваний данного класса болезней (нозология)}}{\text{общее число заболеваний}} * 100,0\% \quad (2.7)$$

$$I_{нсз} = \frac{\text{общая заболеваемость (ЧЗоб)}}{\text{первичная заболеваемость (ЧЗп)}} \quad (2.8)$$

При определении стоматологической заболеваемости был использован весь объем ПССП, оказанной в рамках ТПГГ в 2019-2022 гг., 1 649 046 реестров пролеченных больных.

Этап III. Оценка соответствия организации стоматологической помощи в базовой МО утвержденным приказами Минздрава России порядкам ее оказания осуществлялась в ходе сравнительного анализа фактического кадрового и ресурсного обеспечения (форма №30) с рекомендованными показателями. Оценка технического оснащения не проводилась, так как все изучаемые медицинские организации были лицензированы в соответствии с техническим оснащением, требуемым порядками оказания данного вида (профиля) медицинской помощи.

Оценка обеспеченности врачами стоматологических специальностей и показателей рабочей нагрузки осуществлялась по формулам 2.9 и 2.10:

$$O_{всп} = \frac{\text{количество врачей всех стомат. профилей}}{N} * 10\,000 \quad (2.9)$$

где: $O_{всп}$ – кадровая обеспеченность врачами-специалистами (стоматологи всех профилей) на 10 000 чел. населения,

N – численность населения (среднегодовая)

$$P_{Нвсп} = \frac{\text{кол-во посещений врача-стоматолога в год}}{\text{кол-во рабочих дней в году}} \quad (2.10)$$

где: $P_{Нвсп}$ – рабочая нагрузка стоматолога (все профили).

Оценка динамики показателей по соответствующим аспектам осуществлялась в ходе анализа официальных отчетных форм: №12, №30, №47, №62, с определением финансовой обеспеченности и обеспеченности объемами стоматологической помощи по ТПГГ (формулы 2.11 и 2.12):

$$O_{\text{осп}} = \frac{\text{количество посещений врачей всех стомат/профилей}}{N} * 1\,000 \quad (2.11)$$

$$\Phi O_{\text{тпгг}} = \frac{\text{сумма средств на оплату ПССП по ТПГГ (план)}}{\text{численность населения на 01.01.20 г.}} * 1\,000 \quad (2.12)$$

где: $O_{\text{осп}}$ – обеспеченность объемами стоматологической помощи по ТПГГ,
 $\Phi O_{\text{тпгг}}$ – финансовое обеспечение по ТПГГ,
 N – числ-ть среднегодовая населения (на 01 января + на 31 декабря) / 2

На **этапе IV** определялась обеспеченность населения стоматологами-ортопедами и зубными техниками, оказывающими СОП населению, прикрепленному к базовой стоматологической МО (формулы 2.13, 2.14):

$$O_{\text{всо}} = \frac{\text{численность врачей стоматологов – ортопедов}}{N} * 10\,000 \quad (2.13)$$

$$O_{\text{зт}} = \frac{\text{численность зубных техников}}{N} * 10\,000 \quad (2.14)$$

где: $O_{\text{всо}}$ – кадровая обеспеч-ть стоматол.-ортопедами (на 10 000 чел. населения),

$O_{\text{зт}}$ – кадровая обеспеч-ть зубными техниками (на 10 000 чел. населения),
 N – численность населения (среднегодовая)

По формуле 2.15 определялась средняя рабочая нагрузка врача стоматолога-ортопеда в 1 день (рабочую смену):

$$P_{\text{нвсо}} = \frac{\text{количество ЗСЛ на 1 стоматолога-ортопеда за 1 год}}{\text{количество рабочих дней за отчетный период}} \quad (2.15)$$

где: $P_{\text{нвсо}}$ – средняя рабочая нагрузка стоматолога-ортопеда в смену.

По формуле 2.15 определялось также количество законченных случаев лечения (ЗСЛ), посещений, УЕТ на 1 стоматолога-ортопеда, с учетом применяемых классификаторов стоматологических услуг (в УЕТ).

Нормирование труда и расчет численности стоматологов-ортопедов и зубных техников, оказывающих СОП населению региона, проводилось путем

работы с хронометражными (81 шт.) (Приложение Ж) и технологическими картами (52 шт.) (Приложение И), в результате чего была определена длительность 1 посещения (обращения) за СОП и рассчитана необходимая численность врачей-стоматологов-ортопедов для оказания СОП неработающим пенсионерам в возрасте ≥ 60 лет.

Хронометраж проводился в 2019 г. в соответствии с общепринятыми правилами, с учетом работы 6,6 часов при 5-дневной 33-часовой рабочей неделе (33:5) врача-стоматолога-ортопеда (постановление Правительства РФ от 14.02.2003 №101 в редакциях) [91]. В целях определения длительности 1 обращения (посещения) по одной 5-дневной неделе (понедельник-пятница), проводились наблюдения за работой 3 врачей-стоматологов-ортопедов I квалификационной категории со стажем работы >10 лет, владеющих технологией процесса оказания СОП, в зимний (декабрь и январь), весенний (апрель), летний (июль) и осенний (октябрь) период (+2 рабочие субботы). Хронометраж осуществляли заведующие ортопедическими отделениями МО – специалисты высшей квалификации, проводящие в экспертизу объемов и качества СОП с учетом технологических карт.

При этом использовалась классификация труда медицинских работников (Роговой М.А., 1969), с разделением затрат рабочего времени на производительное, куда включалась основная деятельность, вспомогательная, работа с документацией, служебные разговоры, хозяйственная и прочая деятельность и непроизводительное (лично необходимое и незагруженное время) [128].

Результаты замеров отражались в хронометражных картах (всего 81 шт., с приемом от 6 до 12 пациентов в смену), с учетом основной деятельности, в части организации лечебно-диагностического процесса, непроизводительного времени. Необходимое количество замеров для обеспечения достоверности результата определялось по формуле 2.16 (Люцко В.В., ЦНИИОИЗ, 2021):

$$n = 2500 * [(K^2 * (K_v - 1)^2) / (C^2 * (K_v + 1)^2)] \quad (2.16)$$

где: n – необходимое число замеров (обращений) при хронометраже,
 $K = 2$ – коэффициент при доверительной вероятности = 0,95,
 K_y – нормативный коэффициент устойчивости хроноряда ($K_y = T_{\text{макс}}/T_{\text{мин}}$) $K_y = 62 \text{ мин}/55 \text{ мин} = 1,1269$,
 C – необходимая точность наблюдений (95,0%).

Расчет: $n = 2500 * [2^2 * (1,1269 - 1)^2 / 0,95^2 * (1,1269 + 1)^2] = 728$ обращений, при проведении хронометражных работ было учтено 729 обращений.

Средние затраты времени на 1 обращение пациента к врачу-стоматологу-ортопеду рассчитывались по формуле 2.17:

$$T_{\text{обр}} = \Sigma T_{\text{общ}}^i / n_i \quad (2.17)$$

где: $T_{\text{обр}}$ – средние затраты времени на 1 обращение (мин.),
 $T_{\text{общ}}^i$ – общие затраты времени на лечебно-диагностическую работу специалиста при выполнении процесса оказания СОП (технологические карты) в течение смены за весь изучаемый период (мин.),
 n_i – общее количество обращений (посещений) за период проведения хронометражных работ (ед.).

Оценка динамики объемных и финансовых показателей проводилась путем анализа статистических и финансовых отчетных форм: № 12, №30, №39-4у, с определением обеспеченности СОП государственными организациями и средних затрат пациентов на оказание им СОП (формулы 2.18, 2.19):

$$O_{\text{соп}} = \frac{\text{количество посещений врачей стоматологов-ортопедов}}{N} * 1\,000 \quad (2.18)$$

где: $O_{\text{соп}}$ – обеспечение населения СОП в государственных МО,
 N – среднегодовая численность населения.

$$ЗП_{\text{ср}} = \frac{\text{сумма доходов МО от возмездного оказания СОП}}{\text{количество законченных случаев оказания СОП}} * 1\,000 \quad (2.19)$$

где: $ЗП_{\text{ср}}$ – средние затраты пациентов (тыс. руб.).

Этап V. Внедрение в практику регионального здравоохранения разработанной «Программы медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности

пациентов к государственным стоматологическим организациям» (Программа). В изучаемом периоде по Программе опрошено 407 респондентов. Оценка удовлетворенности СОП и лояльности той же группы пациентов к государственным МО осуществлялась с использованием ВАШ – 5-балльной визуальной аналоговой шкалы.

Этап VI. Научное обоснование критериев и показателей доступности медицинской помощи предполагает изучение стоимостной, транспортной и временной доступности СОП, обеспечиваемой в том числе качеством ее организации.

Научное обоснование критериев и показателей качества организации СОП (качества организации медицинской помощи) включало сравнение с порядками оказания стоматологической помощи в части обеспечения кадрами и финансового обеспечения процесса оказания данного профиля медицинской помощи. При этом, не планировалось обоснования критериев и показателей качества СОП (качества медицинской помощи), что предполагало бы оценку выполнения клинических рекомендаций (медицинских стандартов).

В работе рассматривались три аспекта:

– медицинский – сравнительный анализ стоматологической заболеваемости в т.н. «доковидный» период (2012-2016 гг.) и в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (2019-2022 гг.), выявление структуры и уровня стоматологической заболеваемости, требующей оказания СОП, определение показателей доступности и качества организации СОП,

– социальный – разработка и внедрение Программы, в целях установления «обратной связи» для управления СОП в системе государственного здравоохранения на региональном уровне,

– экономический – обоснование нормативов трудозатрат, нагрузки стоматологов-ортопедов, средней стоимости законченного случая оказания СОП для неработающих пенсионеров в возрасте ≥ 60 лет, объема СОП и финансовых нормативов для включения СОП в ТПГГ на период до 2025 гг., с возможным продлением проекта до 2033 г.

2.3. Программа медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным организациям

Программа медико-социологического исследования удовлетворенности СОП и лояльности пациентов к государственным организациям (далее – Программа) выполнялась в соответствии с рекомендациями по проведению социологических исследований [27] и применялась в целях определения критериев и оценки показателей качества организации СОП и ее доступности (Приложение Б).

В Программе представлены разделы: актуальность и обоснование проблемы, цель и задачи, объект научного исследования, логический анализ, план работы на 3 года и контроль за сроками исполнения [125].

Ключевые слова. Стоматологическая заболеваемость, доступность СОП, качество организации СОП, критерии и показатели доступности СОП, критерии и показатели качества организации СОП, лояльность пациентов, удовлетворенность СОП, программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению.

Основная гипотеза. По оценке удовлетворенности пациентов и их лояльности к государственным МО определяется качество организации СОП и ее доступность (временная, стоимостная и др.) в государственном секторе здравоохранения.

Гипотеза-следствие. Обеспечение повышения качества организации СОП и доступности СОП в регионе путем устранения негативных факторов, определит повышение удовлетворенности пациентов данным профилем стоматологической помощи и лояльности к государственным стоматологическим МО.

Проверка гипотез осуществлялась путем решения соответствующих задач.

По основной гипотезе – задача выявления зависимости удовлетворенности

и лояльности пациентов к государственным МО от качества организации и доступности СОП.

По гипотезе-следствию – задача выявления и устранения негативных факторов, снижающих качество организации и доступность СОП.

Исучаемые критерии удовлетворенности имели специфику: критерий возможности получения медицинской помощи в любой стоматологической организации, независимо от ее типа и формы собственности, обеспечен законодательством страны, поэтому не актуален в рамках данного научного исследования.

В то же время, гуманность отношения медицинских работников к пациенту и возможность свободного приобретения назначенных лечащим врачом медикаментов и иных, в т.ч. ортопедических, материалов (стоимостная доступность) – изучались с использованием разработанной программы исследования вопросов доступности СОП, удовлетворенности качеством ее организации, а также лояльности пациентов к государственному сектору здравоохранения, с выявлением факторов удовлетворенности и лояльности.

Разработка и внедрение Программы в рамках проводимого научного исследования – для решения одной из поставленных в диссертации задач, позволила провести запланированные этапы исследования в установленные сроки для достижения цели диссертационной работы.

ГЛАВА 3. ДИНАМИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ) НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

По литературным данным в Российской Федерации показатель (по данным обращаемости) в общей структуре составлял, например, в конце XX в. до 25,0% или 550 случаев на 1 000 населения, со значительным различием по регионам, в возрастной группе ≥ 35 лет распространенность пародонтита достигла 90,0%, в возрасте 65 лет у среднестатистического россиянина насчитывалось ≤ 6 зубов [26, 31]. Считается, что увеличение в 2 раза посещаемости стоматологов – на 66,0% увеличит число вылеченных зубов, в т.ч. постоянных – на 57,0%, при осложненном кариесе – на 18,0% [134, 149, 162, 169].

В 2017-2018 гг. граждане страны обращались за стоматологической помощью чаще в государственные МО (58,5%), в частные стоматологические клиники – 40,0% жителей страны (преимущественно крупных городов), никогда не обращаются – 1,5% населения [134, 142].

Согласно действующим нормативным правовым актам, при планировании объемов медицинской помощи и экономическом обосновании ТПГГ, для обеспечения доступности населению медицинской помощи всех профилей, в т.ч. стоматологического профиля, обязателен учет заболеваемости в регионах [97, 98, 100, 101].

В региональные органы управления здравоохранением поступают статистические данные о деятельности стоматологической службы тех МО, которые оказывают стоматологические услуги по ТПГГ, на основании которых определяются изначально «заниженные» показатели заболеваемости (по данным обращаемости) – фактически показатели заболеваемости в рамках ТПГГ (по полису ОМС) [64].

Показатели стоматологической заболеваемости (первичной, общей, накопленной), как совокупности заболеваний, выявленных в стране, регионах, у определенных групп населения за конкретный период: год, три и др.,

традиционно используются при характеристике стоматологического здоровья граждан, в целях оценки доступности СОП для населения конкретной области (края): уровень, структура, динамика [25, 53, 60, 62, 134, 139].

3.1. Оценка влияния пандемии COVID-19 на динамику стоматологической заболеваемости (по обращаемости)

Выявлена динамика стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) в эпидемиологически напряженном периоде 2019-2022 гг., с относительно спокойным периодом 2012-2016 гг. (Юрина С.В., 2019), изученным в связи с проведением ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России научной работы на тему: «Совершенствование порядка оказания и оплаты первичной стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования» [169] (Юрина С.В., 2019) на территории Рязанской области, с использованием всего массива данных об оказании ПССП по ТПГГ медицинскими организациями различных форм собственности.

В изучаемый период (2019-2022 гг.) в регионе функционировали 167 стоматологических организаций, принимавшие участие в выполнении ТПГГ, из которых: 25 – государственные и 142 – негосударственные, в том числе: частные учреждения здравоохранения (ЧУЗ) – 0,71%, индивидуальные предприниматели (ИП) – 4,93%, акционерные общества (АО) – 0,70% и общества с ограниченной ответственностью (ООО) – 93,66% (Рисунок 3.1).

Обращаемость по поводу стоматологической патологии в изучаемом периоде определялась объективным фактором – профилактическими мероприятиями по борьбе с пандемией коронавирусной инфекции. В целях доказательства снижения динамики стоматологической заболеваемости, изучения «скрытой» стоматологической заболеваемости по данным обращаемости населения Рязанской области в условиях пандемии, был проведен сравнительный

анализ с использованием показателей предыдущего исследования (контрольные показатели), осуществленного в регионе в 2012-2016 гг., где динамика уровня и структуры заболеваемости определялась по ф. №039-2/у-88 [169].

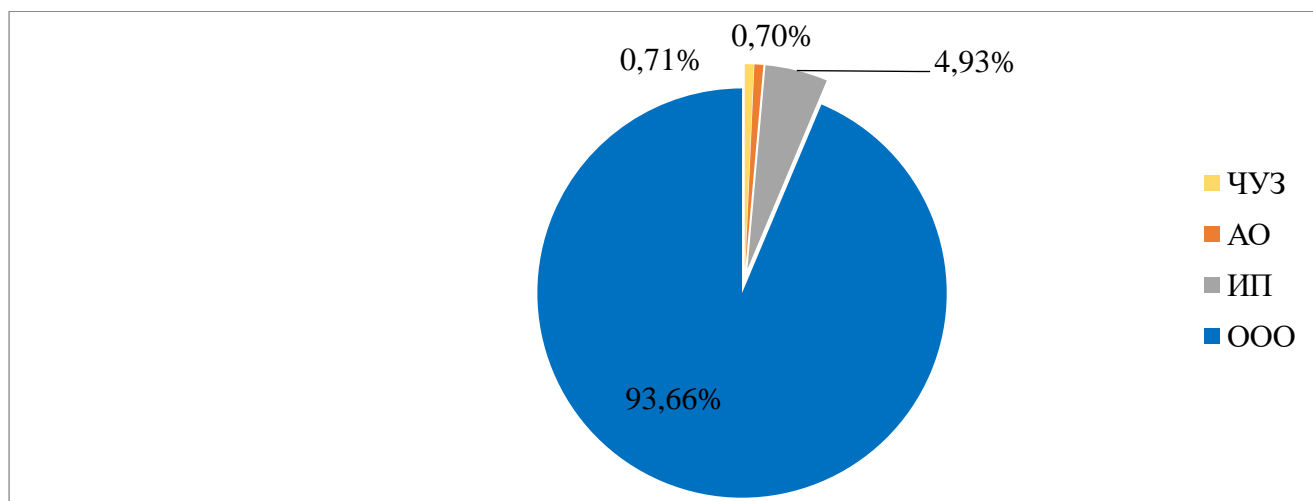


Рисунок 3.1 – Типы негосударственных МО, оказывающие стоматологическую помощь по ТППГ в Рязанской области в 2019-2022 гг.

Изучение динамики и структуры обращаемости по ф. №30 выявило высокий уровень стоматологического профиля, занимавшего 3 рейтинговое место как в 2012-2016 гг., так и в 2019-2022 гг., при ранжировании по десяти основным специальностям ПСМП (Таблица 3.1).

Доля посещений к врачам стоматологического профиля (в т.ч. зубным врачам) составила, соответственно: 8,08% (792 890,40 посещений) и 7,11% (581 348,00 посещений) общего числа единиц учета ПССП по всем профилям (специальностям). Количество посещений к врачам всех специальностей при пандемии снизилось на 19,99%, врачей-стоматологов – на 26,68%, с сохранением рангов профилей.

Известно, что Минздравом России (приказ от 12.11.2009 № 893) отменена часть учетно-отчетных форм, в т.ч.: сводные ведомости учета работы стоматолога и зубного врача (форма №039-2/у-88), а также листок ежедневного учета их работы (ф.№037/у-88). При этом, учет общей заболеваемости в МО по всем профилям (специальностям) должен проводиться по ф.№ 025-12у, т.е. по талону амбулаторного пациента. Однако, исследованием от 2012-2016 гг. установлено,

что форма № 025-12у стоматологическими МО не заполнялась, что не дало возможность провести сравнительный анализ с показателями изучаемого периода [169].

Таблица 3.1 – Обращаемость к врачам-специалистам в период до пандемии и в условиях пандемии в Рязанской области

Наименование профиля	Отсутствие пандемии [169]		Пандемия COVID-19	
	В среднем в год, посещения	Ранг	В среднем в год, посещения	Ранг
Врачи, всего	9 810 574,60 ± 129 229,08	X	7 852 445,50±498 660,05	X
терапевты	2 290 713,40 ± 9 306,81	1	2 002 227,25±122 170,81	1
педиатры	1 479 490,60 ± 34 544,37	2	1 057 124,00± 71 489,40	2
стоматологи	792 892,40 ± 21 395,15	3	581 348,00 ± 37 964,75	3
акушеры-гинекологи	675 702,40 ± 10 511,49	4	555 172,75 ± 28 861,58	4
дерматовенерологи	516 362,40 ± 12 331,74	5	497 210,50 ± 11 229,68	5
офтальмологи	496 781,00 ± 8 664,24	6	398 475,50 ± 28 267,10	6
неврологи	473 074,40 ± 15 457,55	7	357 829,25 ± 25 917,20	7
хирурги	433 267,60 ± 8 995,81	8	319 550,75 ± 32 298,71	8
оториноларингологи	374 560,60 ± 14 440,84	9	266 820,25 ± 24 654,72	9
травматологи-ортопеды	244 220,20 ± 5 071,73	10	X	X
психиатры-наркологи	X	X	238 730,00 ± 13 836,03	10

В ходе исследования была выявлена динамика объемов ПССП, оказываемой в рамках ТПГГ врачами стоматологического профиля, с учетом целей обращения (по заболеванию, в целях профилактики и др.), а также формы ее оказания, с выделением неотложной формы ПССП (Рисунок 3.2, Таблица 3.2).

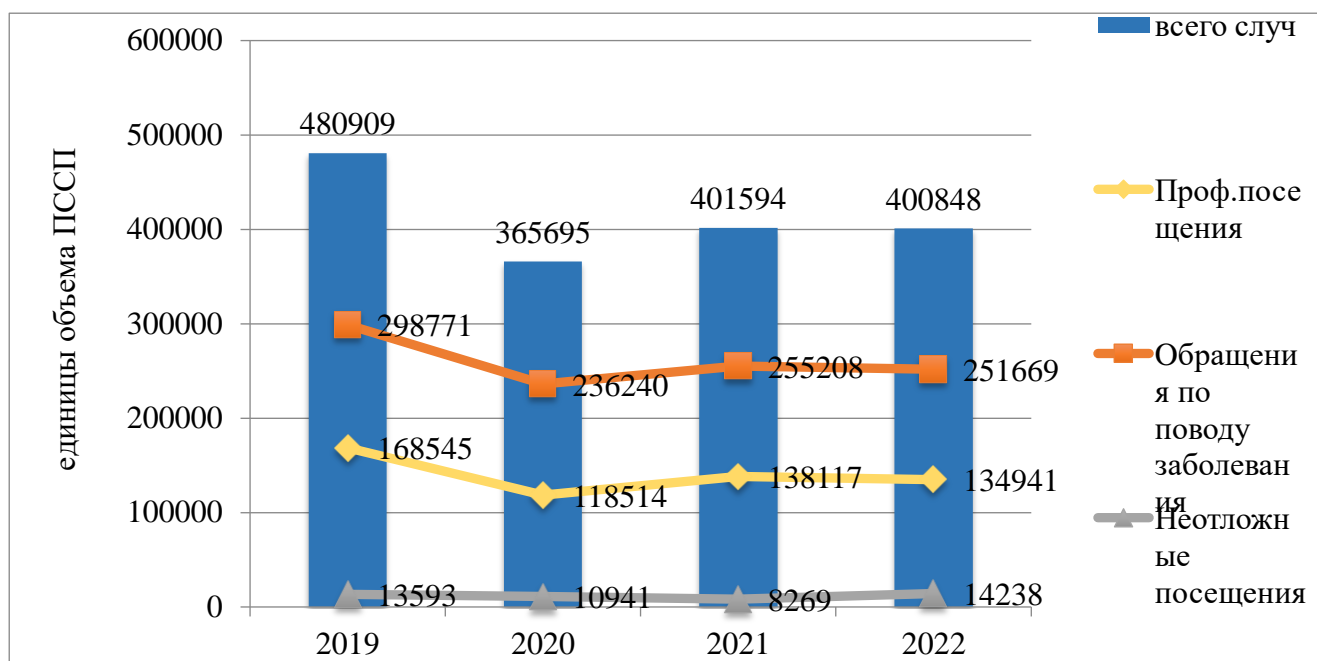


Рисунок 3.2 – Динамика объемов ПССП по ТПГГ Рязанской области, с учетом целей обращения и формы оказания ПССП (единиц объема ПССП)

Таблица 3.2 – Динамика показателей объемов оказанной населению Рязанской области ПССП по ТПГГ, оплаченной в системе ОМС, в разрезе целей и форм обращения

Наименование показателя / Год	Количество единиц объемов ПССП			
	плановый профилактический осмотр (посещения)	плановые обращения по заболеванию (обращения)	неотложная форма ПССП (посещения)	всего
2019 г.	168545	298771	13593	480909
2020 г.	118514	236240	10941	365695
Темп прироста	-29,68%	-20,93%	-19,51%	-31,50%
2021 г.	138117	255208	8269	401594
Темп прироста	16,54%	8,03%	-24,42%	9,82%
2022 г.	134941	251669	14238	400848
Темп прироста	-2,30%	-1,39%	72,19%	-0,19%

В 2020 г. отмечено резкое снижение числа обращений по поводу заболевания – на -20,93%, профилактических посещений – на -29,68%,

неотложной формы оказания ПССП – на -19,51%, в 2021 г. отмечен постепенный прирост обращений по поводу заболеваний и профилактических посещений: +8,03% и +16,54%, соответственно, при снижении оказания ПССП в неотложной форме (-24,45%).

Сравнительный анализ показателей работы стоматологических МО (форма №30) за 2019-2022 гг., в сравнении с предыдущим периодом, позволил установить сокращение посещений врачей-стоматологов на 30,28%, в т.ч. первичных посещений – на 28,71%, повторных посещений – на 35,0%, доля первичных посещений от числа посещений (всего) увеличилась на 9,01%, количество санированных (от общего числа первичных) снизилось на 7,0%. Сокращение повторных посещений и снижение санированных связано с влиянием принятых в регионе профилактических мер в условиях пандемии COVID-19 [140].

Например, временное закрытие стационарных кабинетов в организованных коллективах явилось фактором, определившим снижение показателей доступности стоматологической помощи. Оценка динамики объема ПССП по количеству УЕТ в целом выявила ту же направленность, при менее значительных темпах убыли и более выраженных темпах увеличения прироста, с увеличением наполняемости единиц объема ПССП: посещение, законченный случай (обращение), УЕТ.

Определена динамика изменения структуры стоматологической заболеваемости, с выделением основных нозологий: кариеса (K02-K02.9) и болезней тканей пародонта (БТП) (K05-K05.6), а также болезней пульпы и периапикальных тканей (БПиПТ) (K04-K04.9), с применением сплошного метода учета случаев оказания ПССП населению в системе ОМС. При этом, общее количество законченных случаев оказания ПССП имело тенденцию к достоверному снижению по основным классам стоматологических болезней.

Так за 2019-2020 гг. выявлено снижение числа обращений за ПССП, наиболее выраженное по обращениям в связи с заболеванием кариесом и БПиПТ в 2020 г., в связи с заболеванием БТП в 2021-2022 гг. и другими стоматологическими болезнями в 2020-2022 гг. (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Структура стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) по основным классам болезней (в законченных случаях) в Рязанской области

Наименование показателя / Год	Законченные случаи ПССП				R ² - коэффициент корреляции (Прил. Д)	Наличие достоверного изменения	Вероятность, %
	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.			
Кариес	173839	133373	138401	149950	0,922	нет	92
Болезни пульпы и периапикальных тканей (БПиПТ)	131678	114905	117578	122070	0,904	нет	90
Болезни тканей пародонта (БТП)	34502	24524	14260	13694	0,982	да	98
Другие заболевания	19246	13344	11863	10853	0,981	да	98
ВСЕГО	359256	286146	282102	296567	0,962	да	96
Из них, случаи ПССП, с показаниям и к СОП	166180	139429	131838	135764	0,996	да	99

В целях выявления достоверности изменения (+/-) структуры оказания ПССП в рамках ТПГГ, то есть заболеваемости по данным обращаемости, с применением математического метода аппроксимации с коэффициентом корреляции (Приложение Д), выявлено снижение с 2019 г. до 2022 г. случаев стоматологических заболеваний, определяющих потребность в СОП, в т.ч. БТП, что связано со снижением обращаемости населения за ПССП в связи с профилактическими мероприятиями (COVID-19). Выявлялась структура (%) в разрезе классов болезней в изучаемом периоде: при снижении общего числа обращений с 36,65% до 41,16% увеличилась доля БПиПТ, снизилась доля БТП и прочих заболеваний до 4,62 % и 3,66% (с 9,60% и 5,36%, соответственно), доля кариеса была наиболее высокой и составляла от 46,61% в 2020 г. до 50,56% в 2022 г. (Рисунок 3.3).

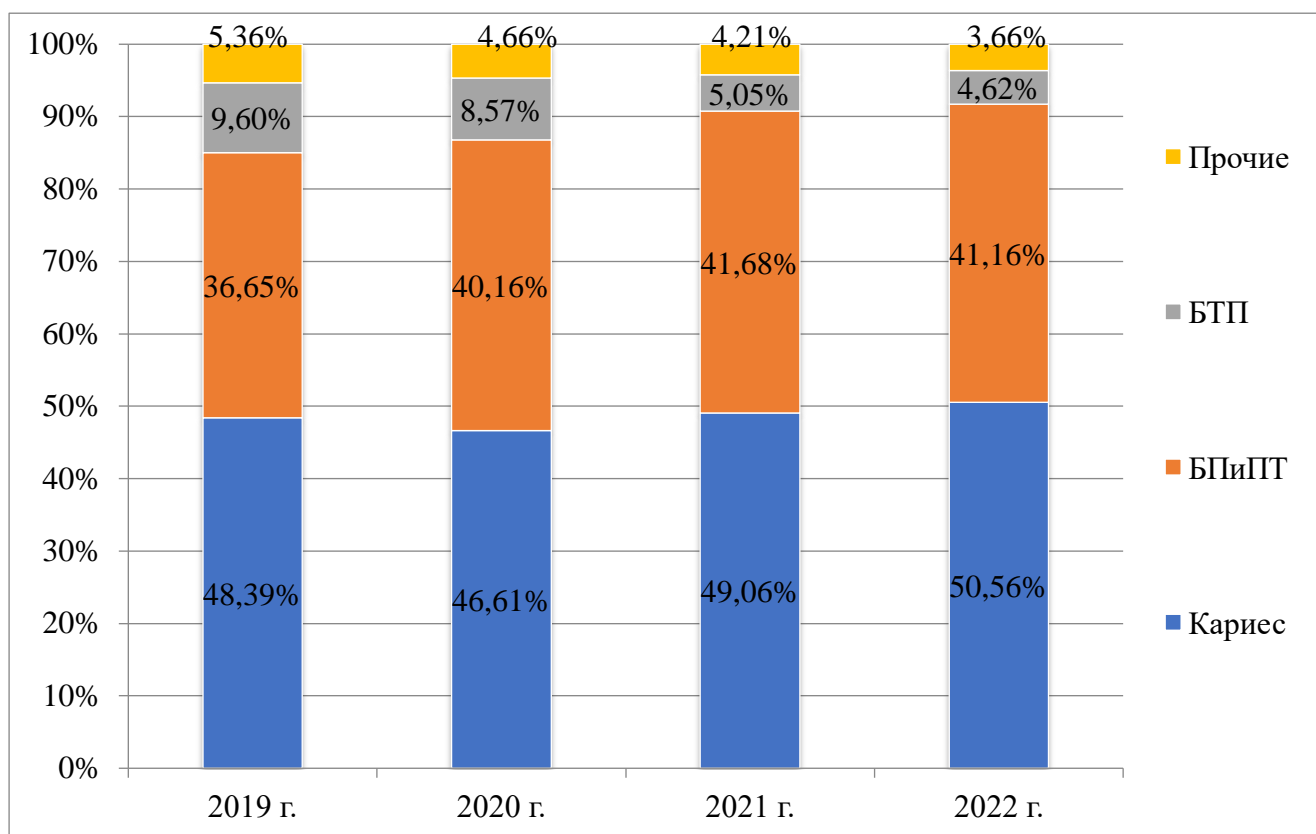


Рисунок 3.3 – Структура ПССП, оказанной в рамках ТПГГ в Рязанской области в 2019-2022 гг.

Проведен сравнительный анализ показателей стоматологической помощи, бесплатно оказанной в рамках ТПГГ в условиях пандемии в 2019-2022 гг. с показателями «спокойного» в эпидемическом отношении (в части коронавирусной инфекции) периода (2012-2016 гг.) [143], с оценкой динамики и структуры объемов оказанной ПССП (Таблица 3.4).

Темп прироста (ТПР) объемов на протяжении всего периода был в целом отрицательный, более выраженный в условиях пандемии (-20,35% в 2020 г., -1,41% в 2021 г. и др.), с некоторым приростом в 2022 г. (+5,13%).

При этом, снизилось количество законченных случаев лечения, требующих оказания СОП, темп прироста отрицательный: в 2020 г. – -16,10%, в 2021 г. – -5,44%, с приростом в 2022 г. +2,98% (при отмене во втором полугодии «противоковидных» мероприятий), с изменением доли законченных случаев лечения, требующих оказания СОП, с 46,26% в 2019 г. до 45,78% в 2022 г., в среднем –46,83% (в 2012-2016 гг. в среднем 40,62%).

Таблица 3.4 – Показатели объема стоматологической помощи (в законченных случаях), оказанной по Территориальной программе государственных гарантий в Рязанской области до пандемии [149, 169] и в условиях пандемии

Наименование показателя	2012-2016 годы (Юрина С.В., 2019) [169]					2019-2022 годы			
	2012	2013	2014	2015	2016	2019	2020	2021	2022
Кариес	251003	212818	209229	200540	198470	173839	133373	138401	149950
Темп прироста	X	-15,2%	-1,7%	-4,2%	-1,0%	X	-23,3%	+3,8%	+8,3%
Показатели наглядности	100,0	84,8	83,4	79,9	79,1	100,0	76,72	79,61	86,26
БПиПТ	154122	128257	144946	135279	124023	131678	114905	117578	122070
Темп прироста	X	-16,8%	+13,0%	-6,7%	-8,3%	X	-12,7%	2,3%	3,8%
Показатели наглядности	100,0	83,2	94,1	87,8	80,5	100,0	87,26	89,29	92,70
Болезни тканей пародонта	18626	16474	17527	14926	17166	34502	24524	14260	13694
Темп прироста	X	-11,6%	+6,4%	-14,8%	+15%	X	-28,9%	-41,9%	-4,0%
Показатели наглядности	100,0	88,5	94,1	80,1	92,2	100,0	71,08	41,33	39,69
Другие заболевания	13145	11324	9827	10457	10742	19246	13344	11863	10853
Темп прироста	X	-13,9%	-13,2%	+6,4%	+2,7%	X	-30,7%	-11,1%	-8,5%
Показатели наглядности	100,0	86,2	74,8	79,6	81,7	100,0	69,33	61,64	56,39
ВСЕГО	436896	368873	381529	361202	350401	359256	286146	282102	296567
Темп прироста	X	-15,6%	+3,4%	-5,3%	-3,0%	X	-20,4%	-1,4%	5,1%
Показатели наглядности	100,0	84,4	87,3	82,7	80,2	100,0	79,65	78,52	82,55
Законченные случаи с показаниями к СОП	172748	144731	162473	150205	141189	166180	139429	131838	135764
Темп прироста	X	-16,2%	+12,3%	-7,6%	-6,0%	X	-16,1%	-5,4%	+3,0%
Доля обращений с показаниями к СОП	39,5%	39,2%	42,6%	41,6%	40,3%	46,3%	48,7%	46,7%	45,8%

Начиная с 2012 г. отмечено значительное снижение объемов оказанной ПССП при обращении по поводу кариеса ($p < 0,01$), снижение объемов ПССП при обращении с болезнями периапикальных тканей в 2013 г. и 2015-2016 гг., с повышением показателя в 2019 г., снижением в 2020 г. и постепенным приростом в 2021-2022 гг. Объемы ПССП при обращении по поводу болезней тканей пародонта достоверно выше в 2019-2020 гг., аналогичная ситуация с другими стоматологическими заболеваниями ($p < 0,05$) (Рисунок 3.4).

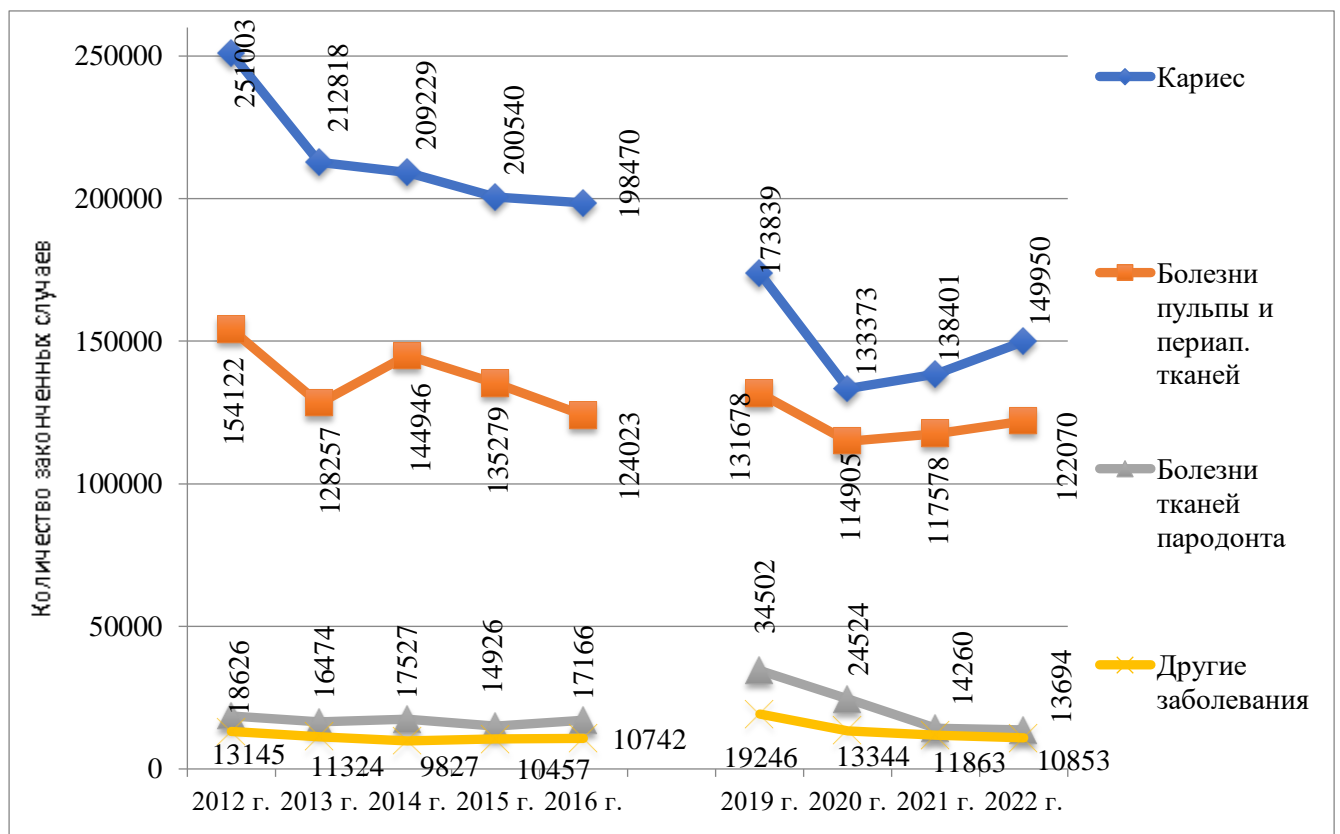


Рисунок 3.4 – Динамика объемов ПССП, оказанной по ТПГГ в Рязанской области до пандемии (2012-2016 гг.) и в условиях пандемии (2019-2022 гг.)

В 2019-2022 гг. выражена тенденция снижения числа законченных случаев оказания ПССП (обращений), в т.ч. в связи с кариесом на -13,74%, БТП на -60,31% (в 2,5 раза), других болезней – на -43,61% и БПиПТ – на -7,30%.

В среднем объеме законченных случаев ПССП за 2019-2022 гг. кариес составил 48,65%, БПиПТ – 39,72%, БТП – 7,12%, прочие – 4,51% (Таблица 3.5).

Изучением всего массива случаев ПССП по ТПГГ – реестров пролеченных больных за 2019-2022 гг. рассчитывалась стоматологическая заболеваемость (на

1000 жителей региона), в том числе заболеваемость, определяющая потребность пациентов в оказании СОП, к которой были отнесены БПиПТ и БТП, в т.ч. определяющие потерю зубов (Таблица 3.6).

Таблица 3.5 – Объемы оказанной первичной стоматологической помощи (ПССП) по ТППГ в Рязанской области за 2019-2022 гг.

Наименование показателя	Всего обращений (законченных случаев)	Доля законченных случаев (обращений)	Прирост за 2019-2022 гг.
кариес	595 563	48,65%	-13,74%
БПиПТ	486 231	39,72%	-7,30%
БТП	86 980	7,12%	-60,31%
прочие стоматологические заболевания	55 306	4,51%	-43,61%
законченных случаев лечения – всего,	1 224 080	100,00%	-17,45%
из них случаев с показаниями к СОП	573211	46,82%	-12,43%

Таблица 3.6 – Заболеваемость населения (по данным обращаемости), определяющая потребность населения Рязанской области в СОП

Наименование показателя	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Численность населения Рязанской области	1 114 137	1 108 847	1 102 810	1 098 579
Законченных случаев – всего	359 265	286 146	282 102	296 567
Стоматологическая заболеваемость (%о, на 1000 чел.)	322,46	258,06	255,80	269,96
Темп прироста	-	-19,97%	-0,87%	+5,53%
Количество законченных случаев лечения, определяющих потребность в СОП	166 180	139 429	131 838	135 764
Определение заболеваемости, определяющая потребность в СОП (%о, на 1000 чел.)	149,16	125,74	119,55	123,58
Темп прироста	-	-15,70%	-4,93%	+3,37%

Установлено, что за 2019-2022 гг. стоматологическая заболеваемость по данным обращаемости по региону снизилась с 322,46 до 269,96‰ (на -16,28%); стоматологическая заболеваемость, определяющая потребность в СОП, – с 149,16 до 123,58‰ (на -17,15%). При этом, отмечен значительный темп убыли заболеваемости в 2020 г. на -19,97% (в 2021 гг. на -0,87%), при убыли заболеваемости, определяющей потребность в СОП, в 2020 г. на -15,70% (в 2021 г. на -4,93%). В 2020 г. резко снизилась обращаемость по поводу хронических заболеваний, требующих лечения и оказания СОП, что определило дальнейшее накопление стоматологической патологии и увеличившийся темп прироста в 2022 г. на +5,53% и +3,37%, соответственно.

Интересно, что в исследовании, проведенном в регионе в 2012-2016 гг. (Юрина С.В., 2019), была выявлена тенденция снижения стоматологической заболеваемости и дан прогноз ее снижения до 2022 года [169], что актуализировало проведение сравнительного анализа прогноза с фактической стоматологической заболеваемостью в изучаемом периоде (Рисунок 3.5).

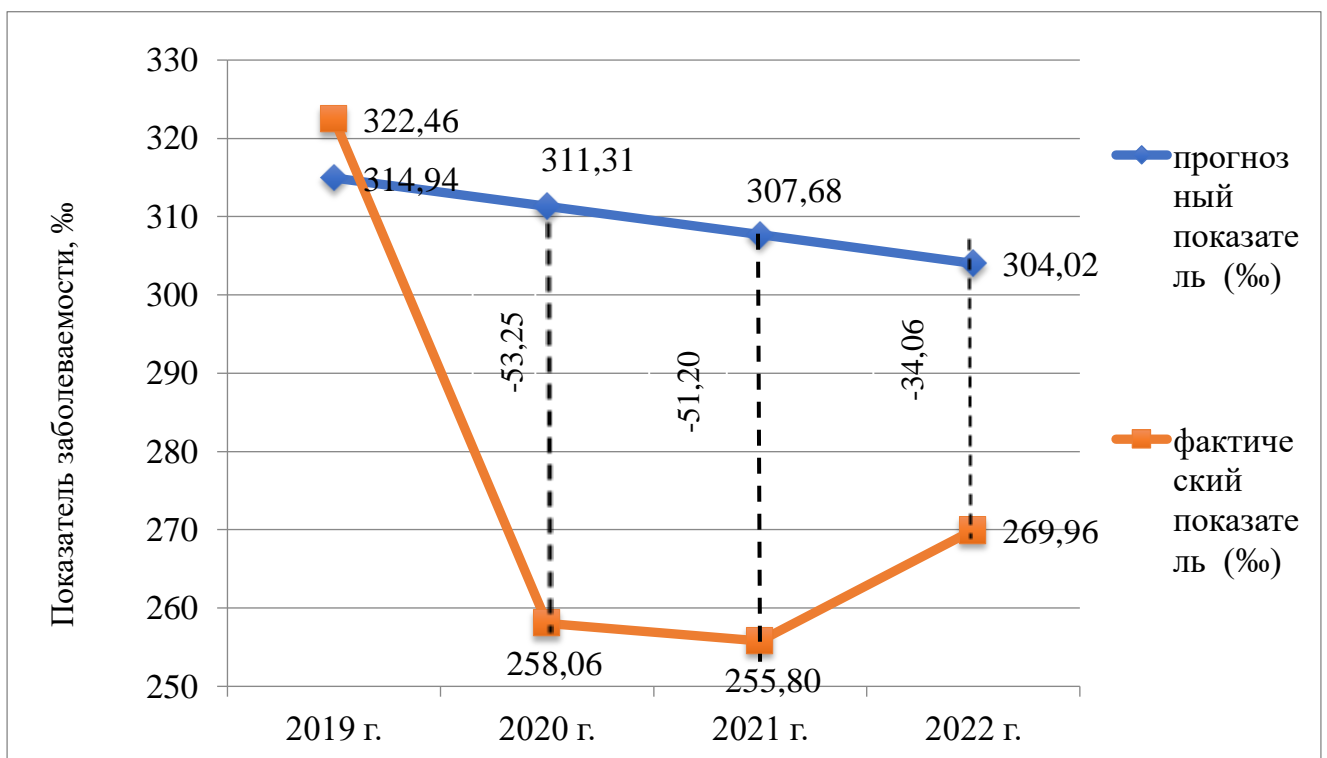


Рисунок 3.5 – Определение показателей «скрытой» стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) в Рязанской области, на 1000 чел. населения

Дана оценка влияния пандемии COVID-19, которая определила снижение показателей заболеваемости по данным обращаемости за 2020-2022 гг. Не подтвердился прогноз для Рязанской области, сформированный с учетом выявленных в результате проведенного в 2012-2016 гг. научного исследования тенденций, экстраполированных на период до 2022 года. Так, в 2019 г. прогнозный показатель был незначительно ниже (-1,66%) фактического, в 2020-2022 гг. – значительно выше на +14,03%, +17,74% и +9,98%, соответственно, что выявило так называемую «скрытую» стоматологическую заболеваемость по данным обращаемости [14], составившую в 2020 г. – 53,25 , в 2021 г. – 51,20 и в 2022 г. – 34,06 случаев на 1000 населения, в условиях проведения в регионе профилактических мероприятий по нераспространению коронавирусной инфекции.

По показателю среднего числа случаев оказания ПССП в год были ранжированы десять основных нозологических форм болезней (по МКБ-10), наиболее часто встречающихся при обращении населения Рязанской области за ПССП, составляющие ежегодно более 92,0% общего объема оказанной ПССП. Установлено, что всего за изучаемый период было оказано 1 224 080 случаев ПССП, в том числе 1 130 898 случаев – по основным нозологиям. Определен темп прироста (убыли) случаев оказания ПССП и изменения доли выделенных нозологий в общей структуре заболеваемости (по обращаемости) за 2019-2022 гг. (Таблица 3.7).

Первое место в течение изучаемого периода заняло стоматологическое обследование (Z01.2) – 25,54%±0,96% в структуре стоматологической помощи по ТППГ, в среднем 78 028,25±6 425,25 случаев в год, показатель уменьшился в изучаемом периоде на -8,68%, однако, в структуре увеличился на +10,63% за счет резкого снижения общих объемов ПССП в период пандемии.

Кариес дентина (K02.1) на 2 месте – 14,54±0,37% в структуре стоматологической помощи по ТППГ, в среднем 44 603,75±4 999,625 случаев в год, показатель уменьшился в изучаемом периоде на -20,78%, в общей структуре отмечено снижение на -4,04%. На 3 месте хронический апикальный периодонтит

(K04.5) – $14,33 \pm 0,72\%$ в структуре стоматологической помощи по ТПГГ, в среднем $44\,083,5 \pm 5\,967,75$ случаев в год, показатель снизился на $-25,45\%$, в структуре на $-9,69\%$. Пульпиты (K04.0) заняли 4 место, составив $13,95 \pm 1,33\%$ в структуре ПССП по ТПГГ, в среднем $42\,193,25 \pm 899,75$ случаев в год, показатель увеличился на $+5,99\%$, в структуре на $+28,39\%$.

Таблица 3.7 – Ранжирование основных нозологических форм болезней по объемам ПССП, оказанной в рамках ТПГГ в Рязанской области за 2019-2022 гг.

Код (МКБ-10)	Нозологическая форма болезни	В среднем законченных случаев ПССП по ТПГГ			Темп прироста, %	
		абс.	доля	ранг	случаи	доля
Z01.2	стоматологическое обследование	78 028,25 ±6425,25	25,54%	1	-8,68%	+10,63%
K02.1	кариес дентина	44 603,75 ±4999,63	14,54%	2	-20,78%	-4,04%
K04.5	хронический апикальный периодонтит	44 083,50 ±5967,75	14,33%	3	-25,45%	-9,69%
K04.0	пульпиты	42 193,25 ± 899,75	13,95%	4	+5,99%	+28,39%
K04.7	абсцесс периапикальный	23 588,75 ± 1245,13	7,78%	5	+13,92%	+38,00%
K02.8	другой кариес зубов	12 949,25 ± 1593,88	4,21%	6	-21,57%	-4,98%
K05.3	хронический пародонтит	11 361,00 ±1565,00	3,69%	7	-30,36%	-15,63%
K04.6	абсцесс периапикальный со свищем	7042,25 ±718,38	2,32%	8	+11,79%	+35,42%
K02.2	кариес цемента	6 918,50 ±728,25	2,27%	9	-19,46%	-2,44%
K02.9	кариес зубов неуточненный	5 820,25 ±273,25	2,26%	10	+12,16%	-2,44%
X	всего 10 основных нозологий	282 724,50 ±29945,50	91,70%	X	-15,14%	+2,80%

В структуре стоматологической помощи по ТПГГ периапикальный абсцесс без свища (K04.7) занял 5 место – $7,78 \pm 0,72\%$, $23\,588,75 \pm 1245,125$ случаев

оказания ПССП, в структуре увеличение на +38,0%. На 6 месте, с показателем $12\ 949,25 \pm 1593,875$ ($4,21 \pm 0,17\%$) случаев в год, другой кариес зубов (K02.8), частота уменьшилась на -21,57%, а доля в структуре заболеваемости на -4,98%. Хронический пародонтит (K05.3), занимая 7 ранговую позицию, составил $3,69\% \pm 0,17\%$ от всего объема оказания ПССП -11361 ± 1565 случаев, за 2019-2022 гг. заболеваемость (по обращаемости) хроническим пародонтитом значительно сократилось – на -30,36%, при этом его доля в структуре снизилась на -15,63%. Абсцесс периапикальный со свищем (K04.6) на 8 ранговой позиции и составил $2,32\% \pm 0,32\%$ от всего объема оказания ПССП $-7\ 042 \pm 718$ случаев за 2019-2022 гг., заболеваемость (по обращаемости) увеличилась на +11,79% и доля в структуре на +35,42%. Кариес цемента (K02.2) занял 9 ранговое место – $2,26 \pm 0,09\%$ от объема стоматологической помощи, $6918,5 \pm 728,25$ законченных случаев лечения, за 2019-2022 гг. отмечено снижение на -19,46%, в структуре – снижение на -2,44%. И на 10 месте – кариес зубов неуточненный (K02.9) – $1,92 \pm 0,18\%$ от объема ПССП по ТПГГ, $5820,25 \pm 273,25$ случаев в год, показатель увеличился за изучаемый период на +12,16% и в структуре заболеваемости на +35,88% [20].

Таким образом, ежегодно (2019-2022 гг.) по данным обращаемости граждан в рамках ТПГГ, им оказывалось в среднем 282 725 случаев ПССП по основным нозологическим формам болезней, со снижением в течение изучаемого периода числа случаев на -15,14% и увеличением доли представленных выше патологических форм в структуре общей стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) на +2,80%. При этом, в общей структуре заболеваемости отмечено повышение следующих нозологий: пульпитов, периапикальных абсцессов (без свища и с полостью), что связано с особенностями обращаемости пациентов за стоматологической помощью в условиях пандемии. Пациенты обращались в основном в экстренных случаях, при острой зубной боли, при состояниях, требующих оказания неотложной стоматологической помощи.

Проведен сравнительный анализ показателей ранжирования основных нозологических форм болезней настоящего исследования и проведенного в

относительно «спокойный» эпидемиологический период (2012-2016 гг.). Выявлены достоверные различия в объемах оказанной ПССП в разрезе нозологий в зависимости от эпидемиологической обстановки ($p < 0,01$) (Таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Ранжирование основных нозологий по объемам оказания ПССП в рамках ТПГГ Рязанской области до пандемии и при пандемии

МКБ-10	Нозологическая форма болезни	Ранги	
		до пандемии	пандемия
Z01.2	стоматологическое обследование	2	1
K02.1	кариес дентина	1	2
K04.5	хронический апикальный периодонтит	3	3
K04.0	пульпиты	7	4
K04.7	абсцесс периапикальный	6	5
K02.8	другой кариес зубов	-	6
K05.3	хронический пародонтит	10	7
K04.6	абсцесс периапикальный со свищем	-	8
K02.2	кариес цемента	8	9
K02.9	кариес неуточненный	-	10
K02.0	кариес эмали	9	-
K02.8	другой кариес зубов	5	-
K04.3	хронический пульпит	4	-

Установлено, что до пандемии COVID-19, при отсутствии ограничительных профилактических мероприятий в регионе, чаще посещали специалистов и получали стоматологическую помощь дети, независимо от пола, а также женщины 60 лет и старше [169] (Рисунок 3.6).

Однако, в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции отмечено снижение доли обращений и оказания ПССП детям и гражданам в возрасте 11-20 лет, при некотором увеличении в возрастной категории 31-40 лет и резком приросте в группе ≥ 60 лет – в основном у женщин, которые составив в среднем 22,56% в структуре обращений за стоматологической помощью в рамках ТПГГ. Отмечено, что большую долю в структуре посещений каждой возрастной группы составляли посещения врачей-специалистов женщинами (Рисунок 3.7).

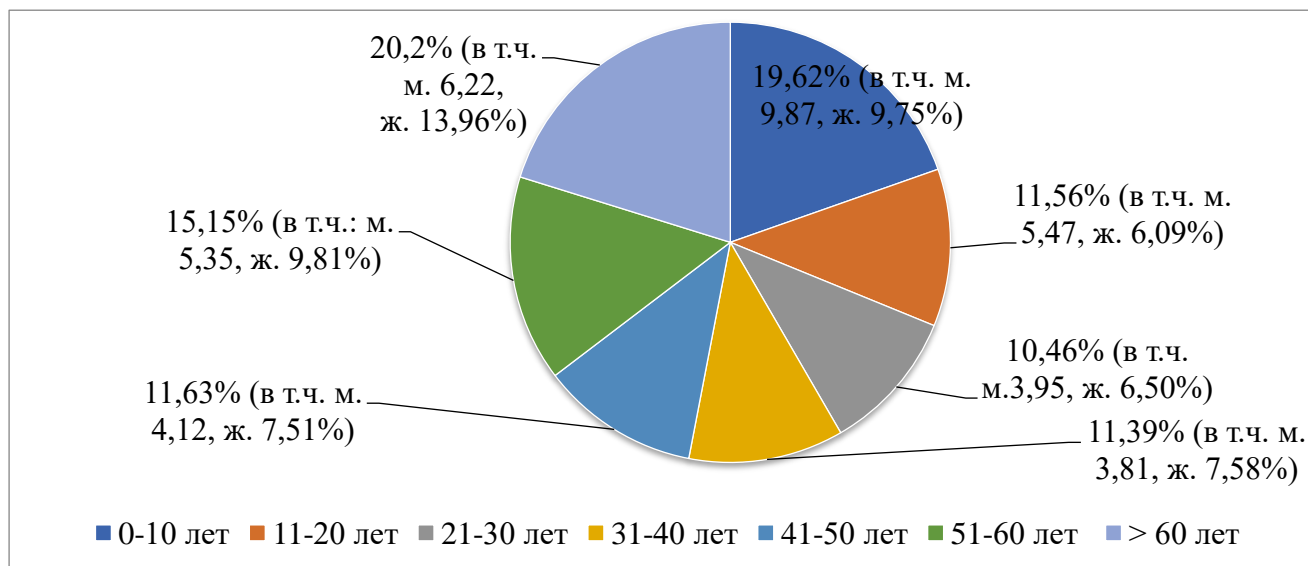


Рисунок 3.6 – ПССП, оказанная населению различных половозрастных групп по ТПГГ в Рязанской области в 2012-2016 гг. (доля посещений, %) (по Юриной С.В., 2019)

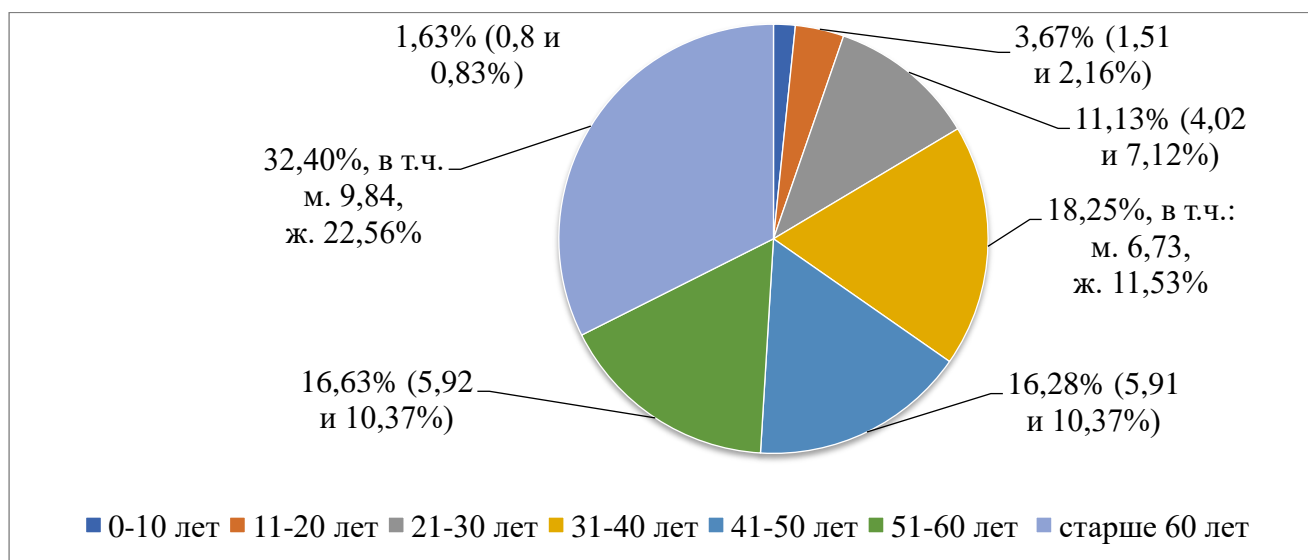


Рисунок 3.7 – ПССП, оказанная населению различных половозрастных групп по ТПГГ в Рязанской области за 2019-2022 гг. (доля посещений, в %)

Сравнительный анализ структуры объемов оказанной стоматологической помощи (основные классы болезней) гражданам разных возрастных групп по ТПГГ за 2012-2016 и 2019-2022 гг. в зависимости от возраста пациентов и эпидемиологических ситуаций представлены в Таблице 3.9.

Отмечено значительное снижение объемов ПССП, оказанной в соответствии с низкой обращаемостью населения всех возрастов по всем основным классам стоматологических болезней, в особенности детского

населения, а также возрастных групп 11-20 и 21-30 лет: на -96,45%, -86,64% и -54,89%, соответственно.

Таблица 3.9 – Изменение объемов (структуры) ПССП, оказанной гражданам различных возрастных групп в 2019-2022 гг. по сравнению с показателями 2012-2016 гг. в Рязанской области

Возраст пациентов	Проф. посещения (осмотры)	Обращения (посещения) по поводу заболеваний, в т.ч.:				Всего
		кариеса	болезней пульпы и периапикальных тканей	болезней тканей пародонта	прочих стоматологических болезней	
0-10 лет	-96,26%	-97,87%	-94,20%	-93,64%	-97,34%	-96,45%
11-20 лет	-87,81%	-88,23%	-78,43%	-22,76%	-94,69%	-86,64%
21-30 лет	-23,45%	-67,75%	-58,83%	-18,08%	-64,16%	-54,89%
31-40 лет	+49,43%	-50,33%	-36,66%	-20,28%	-4,63%	-28,61%
41-50 лет	+34,54%	-54,65%	-45,55%	-34,55%	-62,43%	-40,79%
51-59 лет 11 мес. 29 дн.	+2,82%	-61,97%	-59,01%	-53,78%	-70,36%	-53,62%
≥60 лет	+43,99%	-43,44%	-40,99%	-39,23%	-57,28%	-32,15%
Итого	-41,36%	-66,97%	-54,67%	-37,91%	-77,33%	-57,36%

Тем не менее, в части профилактических посещений (т.н. «одноразовых», при кратности посещений в обращении =1), кодируемых при учете оказанной ПССП в системе ОМС как «профилактические осмотры», повысилась доля пациентов старших возрастов, с приростом на +49,43% доли 31-40-летних, на +34,54% 41-50-летних, на +2,82% 51-60-летних и на +43,99% >60-летних пациентов, по сравнению с показателями 2012-2016 гг.

В 2019-2022 г. отмечено снижение обращаемости по всем классам болезней на -57,36%, в меньшей степени выраженное в следующих возрастных группах: 31-40 лет (-28,61%) и ≥60 лет (-32,15%). В разрезе классов болезней более выражено снижение обращений по поводу кариеса (на -66,97%), в особенности у пациентов от 0 до 10 и от 11 до 20 лет (на -97,87% и на -88,23%), и другой стоматологической патологии (в целом -77,33%) и в тех же возрастных группах (-97,87% и -94,69%, соответственно). Наименее значительное снижение в структуре объемов

оказанной ПССП отмечено в возрастной группе 60 лет и старше (-32,15%) при среднем снижении на -57,36%.

Обращаемость по поводу кариеса, прочих стоматологических заболеваний, а также оказание ПССП в связи с данными заболеваниями в общей структуре оказания ПССП снизилось во всех возрастных группах, обращаемость по поводу БПиПТ достоверно снизилась у населения от 21-30 лет и старше и повысилась в группе детей и молодых людей в возрасте до 20 лет, обращаемость по поводу болезней тканей пародонта достоверно снижалась в старших возрастных группах, но увеличилась у детей и лиц в возрасте 11-50 лет ($p < 0,01$).

Выявлено увеличение с возрастом обращений по поводу осложненного кариеса и пародонтита в период 2019-2022 гг. ($p < 0,01$). В структуре ПССП, оказанной детям, отмечены низкие показатели по всем нозологиям, кроме нарушения прорезывания зубов (K00.6), в возрастной категории 21-30 лет показатели также низкие по всем нозологиям, кроме нозологических форм болезней – ретинированные зубы и аномалии зубов (K01.0 и K07.3) (Рисунок 3.8).

По сравнению с показателями 2012-2016 гг. в группах 31-40, 41-50 и 51-60-летних выявлено снижение показателей по всем нозологиям, в группе ≥ 60 лет, наоборот, повышение, что связано с особенностями эпидемиологической обстановки и мерами по нераспространению коронавирусной инфекции.

В связи со сложной эпидемиологической ситуацией, Правительством РФ было принято решение о приостановке осуществления основных видов плановых экспертиз по ОМС, а именно: медико-экономической (МЭЭ), качества медицинской помощи (ЭКМП) (постановление от 03.04.2020 №432), в связи с чем проводились экспертные мероприятия, исключительно при поступлении жалоб на некачественное оказание или неоказание ПССП. Так, согласно ч. 4 ст.40 Федерального закона №326-ФЗ, МЭЭ проводилось в целях установления соответствия сроков и объемов оказания ПССП, предъявленной к оплате, записям в амбулаторных картах, произведенных специалистами, а также соответствия информации, отраженной в учетно-отчетных документах конкретной стоматологической МО.

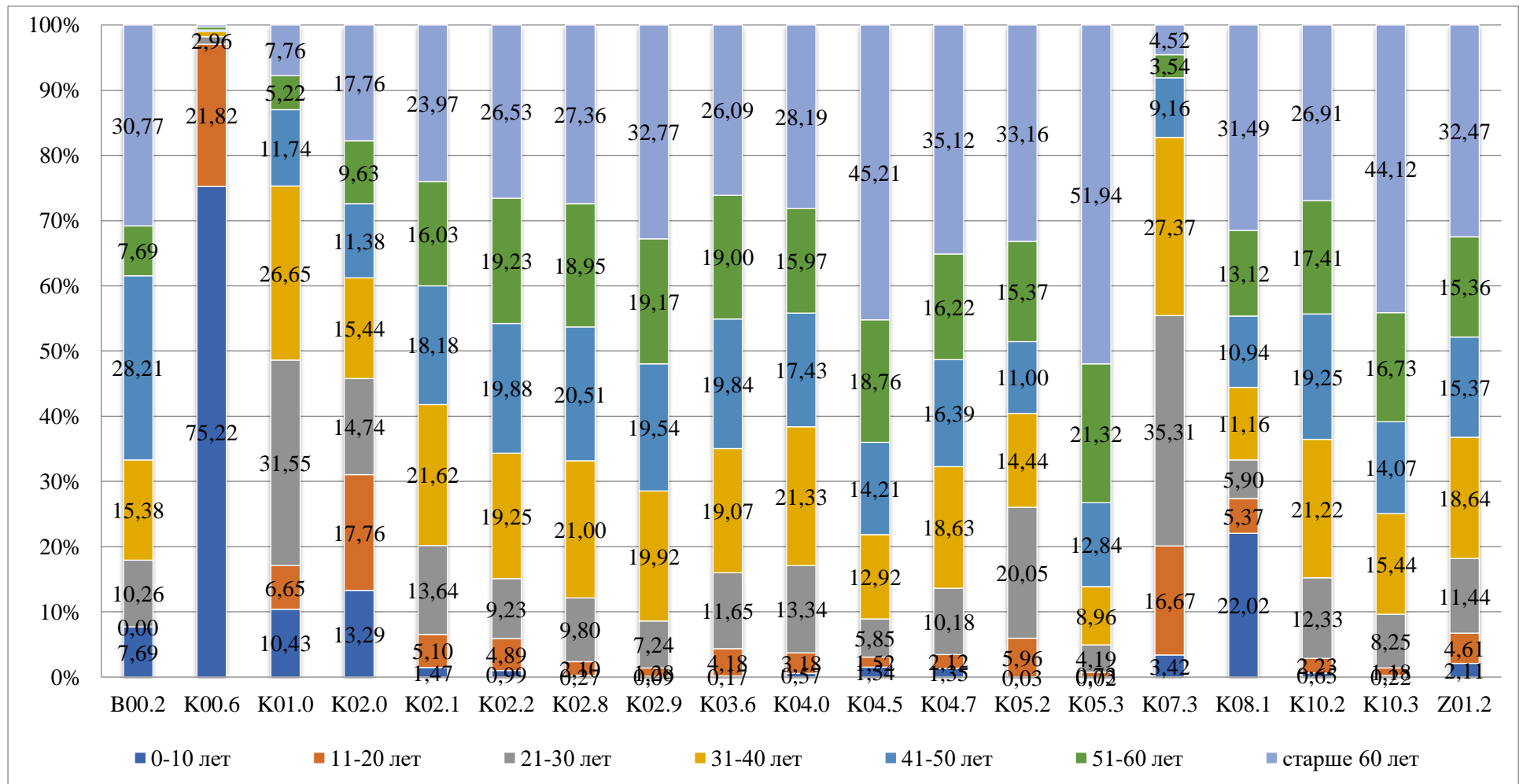


Рисунок 3.8 – Структура ПССП в разрезе нозологических форм болезней (по МКБ-10) по данным обращаемости граждан Рязанской области различных возрастных групп в 2019-2022 гг. (каждая нозология принята за 100,0 %)

При выполнении ТПГГ с 2019 г. по 2022 г. СМО было проведено 73 049 МЭЭ и 1626 ЭКМП и выявлено 1966 нарушений (1316 – по результатам МЭЭ и 650 – по результатам ЭКМП) в части несоблюдения клинических рекомендаций.

Выявлен трехкратный прирост МЭЭ (52878/17953) в 2020 г. относительно показателей 2019 г., когда 11,66% случаев оказания ПССП подверглось контрольным мероприятиям. При проведении экспертизы в 1,26% случаев были выявлены нарушения, что составило 0,15% от общего количества случаев оказания ПССП. В 2021-2022 г., в связи с введенными ограничениями, МЭЭ проведены в 0,24% и 0,28% случаев оказания стоматологической помощи, нарушения установлены в 29,82% и 17,86%, соответственно (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Мониторинг контрольных экспертных мероприятий системы ОМС при оказании ПССП по ТПГГ Рязанской области в 2019-2022 гг.

Период (год)	Количество экспертиз	Количество экспертиз с дефектами	Доля экспертиз с дефектами	Охват экспертизой случаев ПССП	Доля случаев с нарушениями от общего объема ПССП
Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) по ТПГГ					
2019	17 953	138	0,77 %	5,03 %	0,03 %
2020	52 878	664	1,26 %	17,82 %	0,15 %
2021	986	294	29,82 %	0,35 %	0,07 %
2022	1 232	220	17,86 %	0,41 %	0,05 %
Итого	73 049	1316	1,80%	5,92 %	0,07 %
Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) по ТПГГ					
2019	8	5	62,50 %	0,00 %	0,00 %
2020	520	14	2,69 %	0,11 %	0,00 %
2021	572	273	47,73 %	0,14 %	0,07 %
2022	526	358	68,06 %	0,12 %	0,08 %
Итого	1 626	650	39,98 %	0,09 %	0,04 %

Выявлено, что более значительна доля МЭЭ при БПиПТ и кариеса – $41,24 \pm 11,28\%$ и $37,95 \pm 6,68\%$, соответственно, на третьей позиции стоматологическое обследование – $8,70 \pm 4,49\%$. В 2018-2019 гг. всего в 0,77%-0,99% МЭЭ случаев лечения кариеса и 0,66%-1,32% МЭЭ случаев лечения пульпита были выявлены нарушения. В 2020-2021 гг. наблюдался значительный

рост выявления дефектов при проведении экспертизы: по случаям лечения кариеса – 31,60% МЭЭ по данной патологии в 2021 г. и 22,07% в 2022 г., по лечению БПиПТ– 26,77% в 2021 г. и 10,74% в 2022 г. По результатам проведенной МЭЭ случаев стоматологического обследования нарушения установлены: в 6,11% случаев в 2019 г., 6,15% в 2019 г., 44,86% в 2020 г. и 21,34% в 2021 г.

По результатам анализа заключений МЭЭ выявлено изменение структуры медико-экономических нарушений в медицинских организациях. Так, в 2019-2021 гг. основными нарушениями являлись отказ в предоставлении первичной документации, которой подтверждался факт оказания пациенту медицинской помощи (76,09% – в 2019, 52,11% – в 2020, 68,03% – в 2021 гг.), в 2022 г. подобные нарушения были выявлены в меньшем объеме – 19,55% случаев. Отсутствие так называемого «информированного добровольного согласия» было выявлено в 13,77% случаях в 2019 г. и в 36,75% – 2020 г., что являлось нарушением, снижающим качество организации медицинской помощи, в 2021 г. не установлено данного нарушения, в 2022 г. – выявлено в 1,82% случаев.

Экспертизе качества медицинской помощи было подвергнуто $0,09 \pm 0,03\%$ случаев от объема оказанной стоматологической помощи, в среднем при каждой второй ЭКМП были выявлены дефекты ($45,25 \pm 14,82\%$). В структуре нозологических форм болезней, при которых оказывалась ПССП и, соответственно, проводилась ЭКМП, наибольший объем занимал кариес (K02–K02.9) – $39,8 \pm 11,06\%$ и БПиПТ (K04–K04.9) – $33,10 \pm 11,05\%$. Именно в указанных случаях эксперты устанавливали нарушения качества. Каждый второй случай лечения пульпита, по поводу которого была проведена ЭКМП, был признан дефектным ($53,91 \pm 20,92\%$), близкие результаты получены при ЭКМП случаев кариеса ($46,51 \pm 15,65\%$).

Сравнительный анализ результатов ЭКМП выявил, что наиболее частым дефектом ($64,28 \pm 12,18\%$ случаев) являлось невыполнение или несвоевременное (ненадлежащее) выполнение лечебно-диагностических мероприятий и оперативных манипуляций по клиническим рекомендациям, не повлиявших на

здоровье больного. Те же нарушения, ухудшившие здоровье больного, были выявлены в $21,91 \pm 11,11\%$ случаев проведения ЭКМП. Выявление нарушений при оказании ПССП проведено в целях повышения качества стоматологической помощи и качества ее организации путем неоплаты «дефектных» случаев и наложения штрафных санкций, что стимулировало МО к проведению работы по устранению дефектов в части качества организации и оказания стоматологической помощи.

3.2. Социально-гигиенический портрет пациентов, которым оказана стоматологическая ортопедическая помощь в государственных учреждениях здравоохранения в 2019-2022 гг.

Формирование ТПГГ без включения СОП в перечень гарантированных государством профилей медицинской помощи, а также сложная эпидемиологическая ситуация в 2019-2022 гг. не способствовали выявлению истинной потребности населения региона в стоматологической помощи. Минздравом РО не проводился персонифицированный учет СОП. Тем более актуально определение «социально-гигиенического портрета» пациентов, обращавшихся за СОП в изучаемом периоде, что возможно в государственных стоматологических МО, предоставляющих отчетно-учетную информацию в Минздрав РО.

В Рязанской области, по официальным данным Росстата, численность населения имела тенденцию к снижению: с 2001 по 2018 гг. на $-10,91\%$, с 2019 по 2022 гг. на $-8,74\%$. Отмечен прирост городского населения за счет миграции трудоспособных сельских граждан: с 2001 по 2018 гг. убыль сельского населения составила $3,4\%$, с 2019 по 2022 гг. – $2,83\%$. При снижении доли жителей села, отмечен прирост доли граждан старше трудоспособного возраста (Таблица 3.11).

Выявлена динамика численности лиц, территориально прикрепленных к

стоматологическим МО (условно в системе ОМС для определения тарифов ОМС) и принцип планирования ПССП на всю численность населения. Темп убыли населения в среднем составлял 0,41%. Естественные процессы изменения численности населения снижали количество граждан, прикрепленных к стоматологическим МО (Таблица 3.12).

Таблица 3.11 – Динамика численности городского и сельского населения Рязанской области в 2019-2022 гг.

Годы	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Численность населения области, чел.	1 114 137	1 108 847	1 098 257	1 085 152
в т.ч. старше трудоспособного возраста, чел.	335 368	328 339	318 362	311 361
от предыдущего года, %	X	97,90%	96,96%	97,80%
прирост, %	X	-2,10%	-3,04%	-2,20%
Доля городских жителей, %	72,14%	72,20%	72,23%	72,20%
в т.ч. старше трудоспособного возраста, %	68,29%	68,23%	68,07%	68,06%
Доля жителей села, %	27,86%	27,8%	27,77%	27,80%
в т.ч. старше трудоспособного возраста, %	31,71%	31,77%	31,93%	31,95%

Таблица 3.12 – Динамика численности граждан Рязанской области, территориально прикрепленных к стоматологическим МО (в рамках ТППГ)

Параметры	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.
Численность, тыс.	1148,5	1144,6	1140,8	1135,4	1130,1	1114,1	1108,8	1098,3	1085,2
Темп прироста	X	-0,3%	-0,3%	-0,5%	-0,5%	X	-0,5%	-0,9%	-1,2%
Коэф-т наглядности	100,0	99,7	99,7	99,5	99,5	100,0	99,5	99,1	98,8

Выявлена прямая положительная зависимость численности лиц,

территориально прикрепленных к стоматологическим МО, от изменения численности народонаселения региона и количества обратившихся за СОП, как от общей численности населения, так и от численности лиц, прикрепленных к стоматологическим МО ($p < 0,01$) [50, 169].

Проведен анализ оказания СОП различным половозрастным группам населения региона в 2019-2022 гг. (Рисунки 3.9, 3.10). СОП оказывалась преимущественно пациентам старших возрастных групп – в 32,40 % случаев от общего количества пациентов (женщинам в 34,56%, мужчинам в 28,34%). Наиболее низкие показатели у пациентов в возрасте до 30 лет – 16,43% (женщины – 15,49%, мужчины – 18,21%) и 41-50 лет – 16,28% (женщины – 15,88%, мужчины – 17,02%).

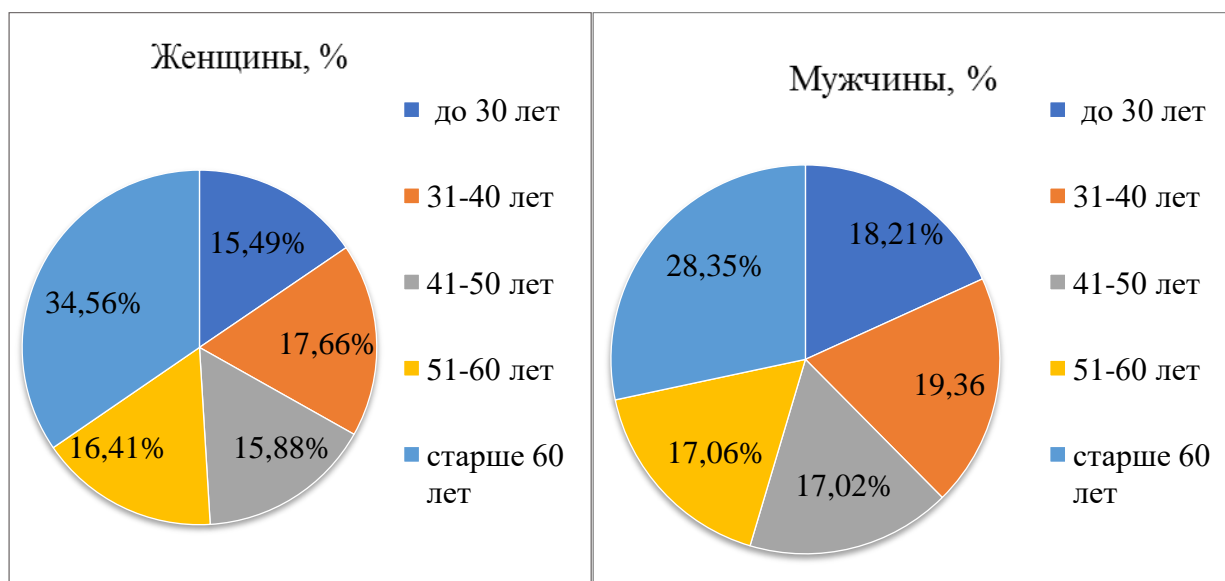


Рисунок 3.9 – Половозрастная структура пациентов, которым оказана СОП (госучреждения здравоохранения Рязанской области) за 2019-2022 гг., %

Снижение обращаемости за СОП в 2020-2021 гг. (в условиях пандемии) отмечены во всех половозрастных группах, в бóльшей степени в группе до 30 лет. Установлено, что в возрастной группе ≥ 60 лет заболевания, определяющие потребность в СОП, в т.ч. БПиПТ и БТП, составили $>50,0\%$.

Проведен анализ оказания СОП пациентам разных социальных групп в 2019-2022 гг. (Рисунок 3.11).

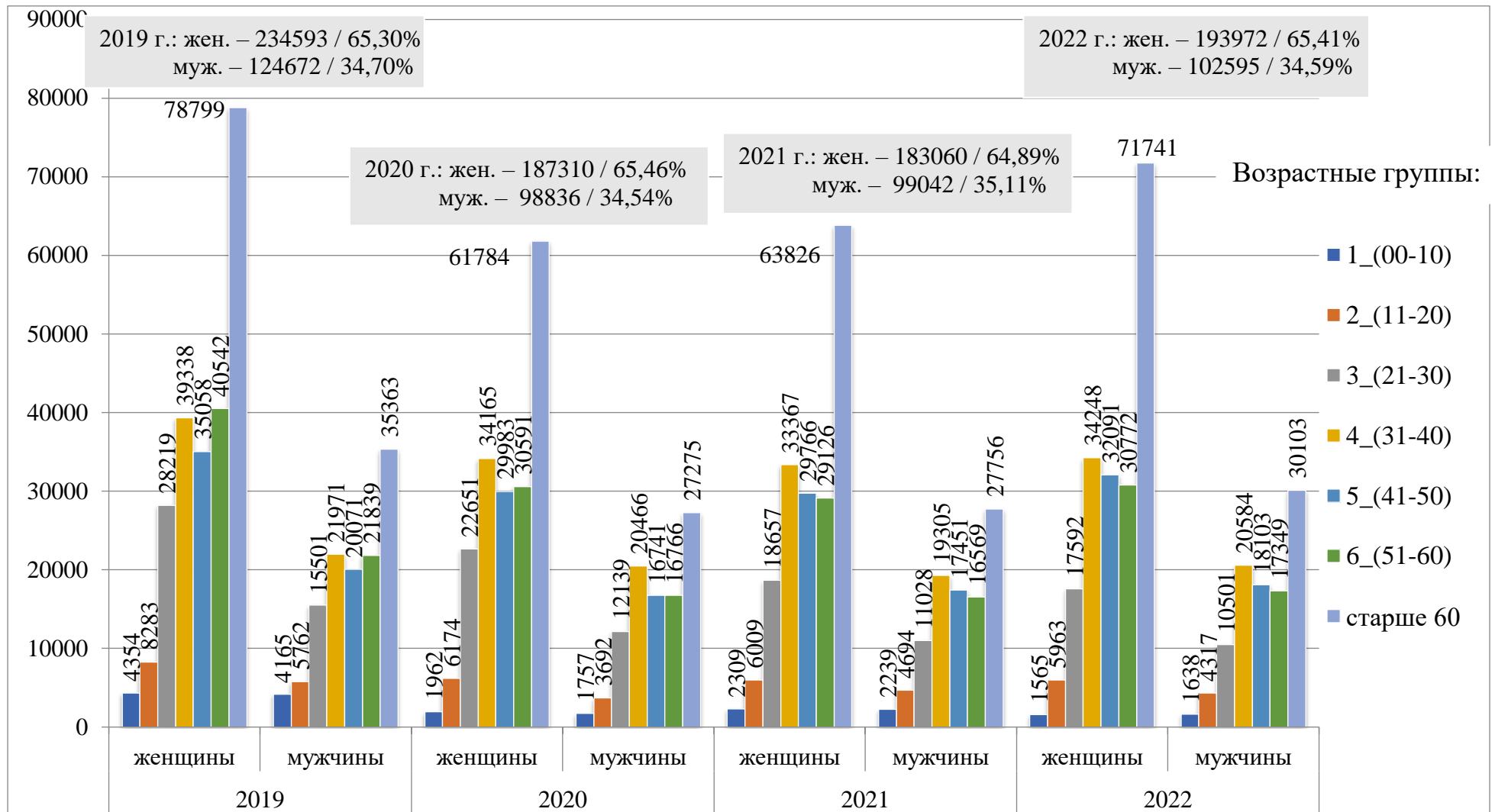


Рисунок 3.10 – Структура законченных случаев оказания СОП, с распределением по полу и возрасту (государственные организации Рязанской области, 2019-2022 гг.)

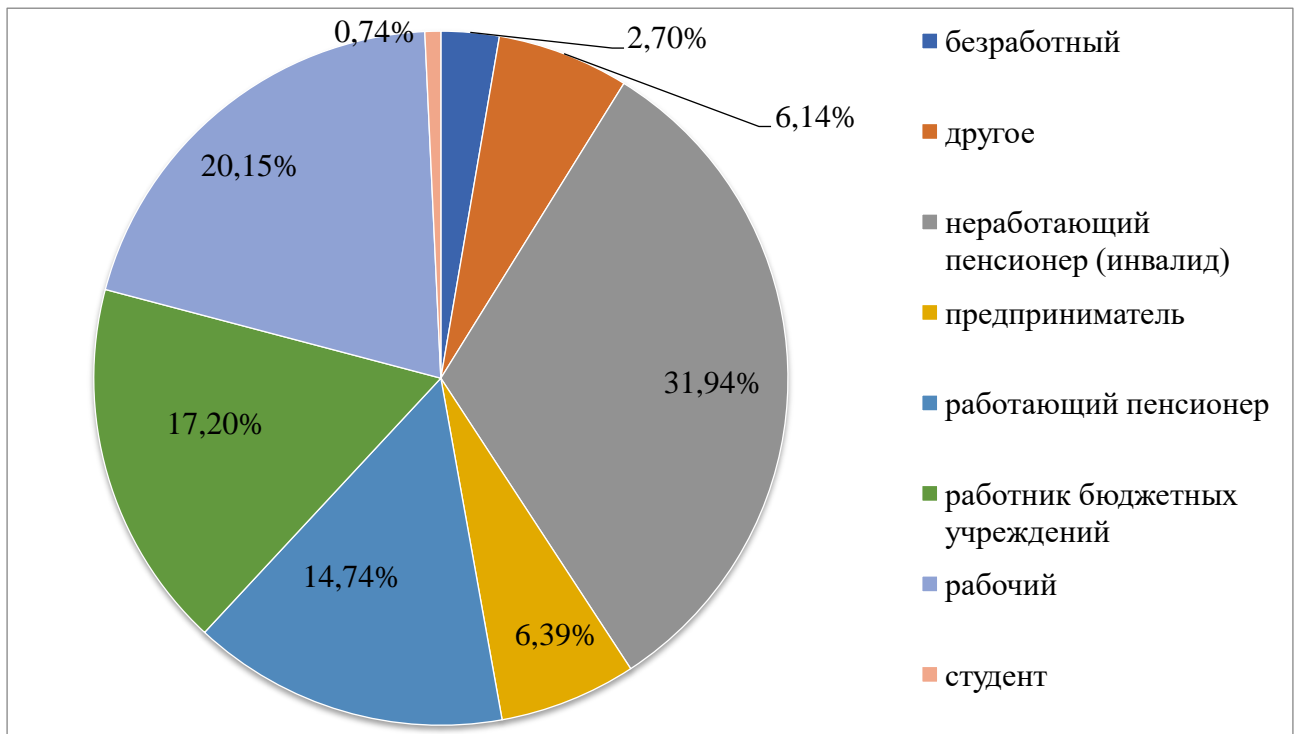


Рисунок 3.11 – Социальная характеристика респондентов, которым оказана СОП в госучреждения здравоохранения Рязанской области за 2019-2022 гг., %

Наиболее многочисленна группа неработающих пенсионеров (31,94%), работников бюджетных организаций (17,20%) и работающих пенсионеров (14,74%) – граждан, имеющих незначительных доход и традиционно предпочитающих территориальных стоматологические поликлиники системы государственного здравоохранения. Преимущественным фактором обращений являлась замена изношенных протезов (более 41,0% случаев).

Установлено, что в государственные МО за СОП обращались в основном пациенты с невысокими доходами. Выявлена прямая зависимость ($p < 0,01$) затрат пациентов на оказание СОП от семейных доходов, выраженных в относительных усредненных показателях – МРОТ (1 МРОТ = 12792 руб.).

В группе пациентов с доходом на 1 члена семьи в размере 1-2 МРОТ расходы на оплату СОП составляли >45 000 руб. в 1,45% случаев, при доходе ≥ 6 МРОТ на 1 члена семьи таковых было 32,65% (Рисунок 3.12).

В связи с выявленными доходами в размере ≤ 3 МРОТ (из расчета на 1 члена семьи) у группы пациентов, их затраты на СОП находились преимущественно в

диапазоне 15,0-25,0 тыс. руб., что оказало влияние на спад затрат на СОП, наблюдаемый в графической интерпретации данных и практически отсутствием случаев оказания дорогостоящей СОП (>45 тыс. руб.), и позволяет характеризовать преимущественный спрос на менее ресурсозатратную СОП (Рисунок 3.13).

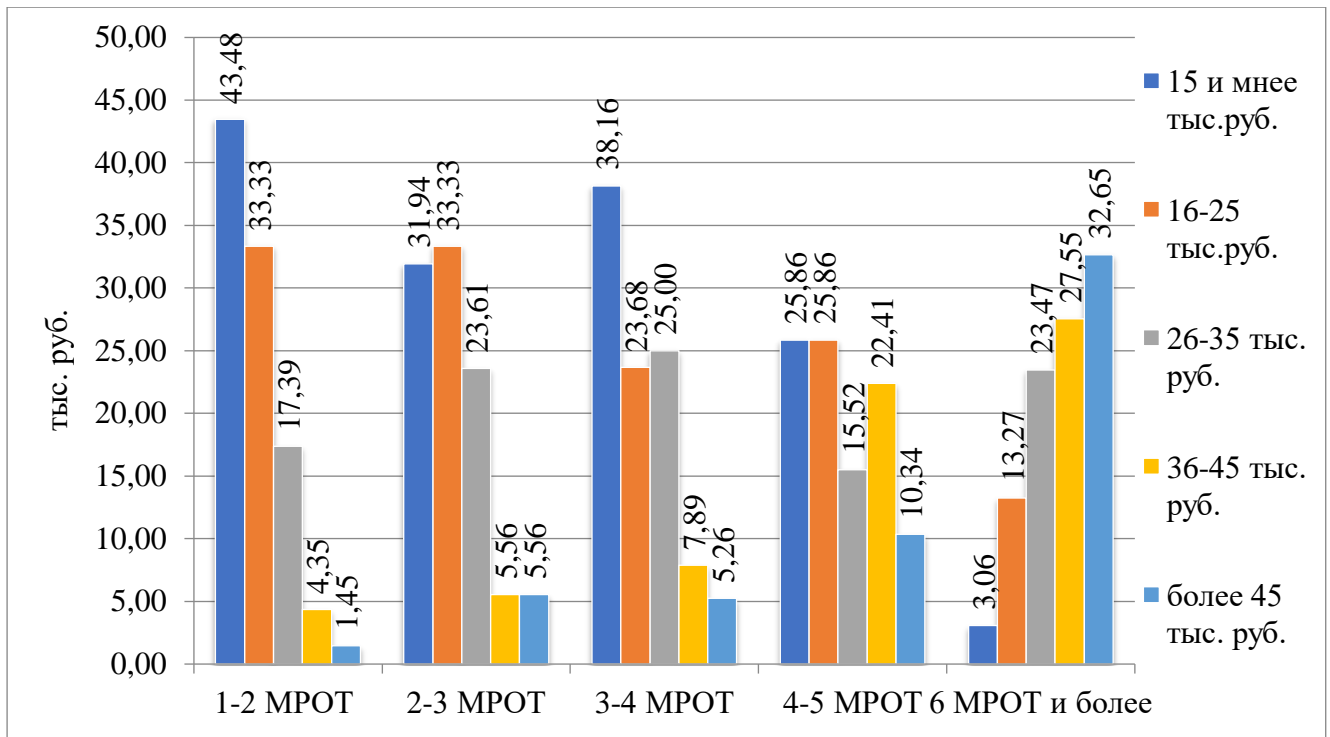


Рисунок 3.12 – Показатели расходов на СОП у пациентов с разными доходами из расчета на 1 члена семьи (в МРОТ), за 2019-2022 гг. (государственные учреждения Рязанской области)

У пациентов с доходом 3-5 МРОТ на 1 члена семьи ситуация схожая, однако, снижение оказания СОП стоимостью >35,00 тыс. руб. более плавное, что свидетельствует о наличии зависимости объемов и стоимости оказанной СОП от доходов пациентов. В группе пациентов с доходом ≥ 6 МРОТ на 1 члена семьи выявлена сильная положительная зависимость объема оказанной СОП от затрат на ее оказание. Расходы изученных групп пациентов за 1 законченный случай СОП в размере 35,00 тыс. руб. по спросу являются наиболее средними и критическое расхождение по объемам оказанной СОП между графиками отсутствует.

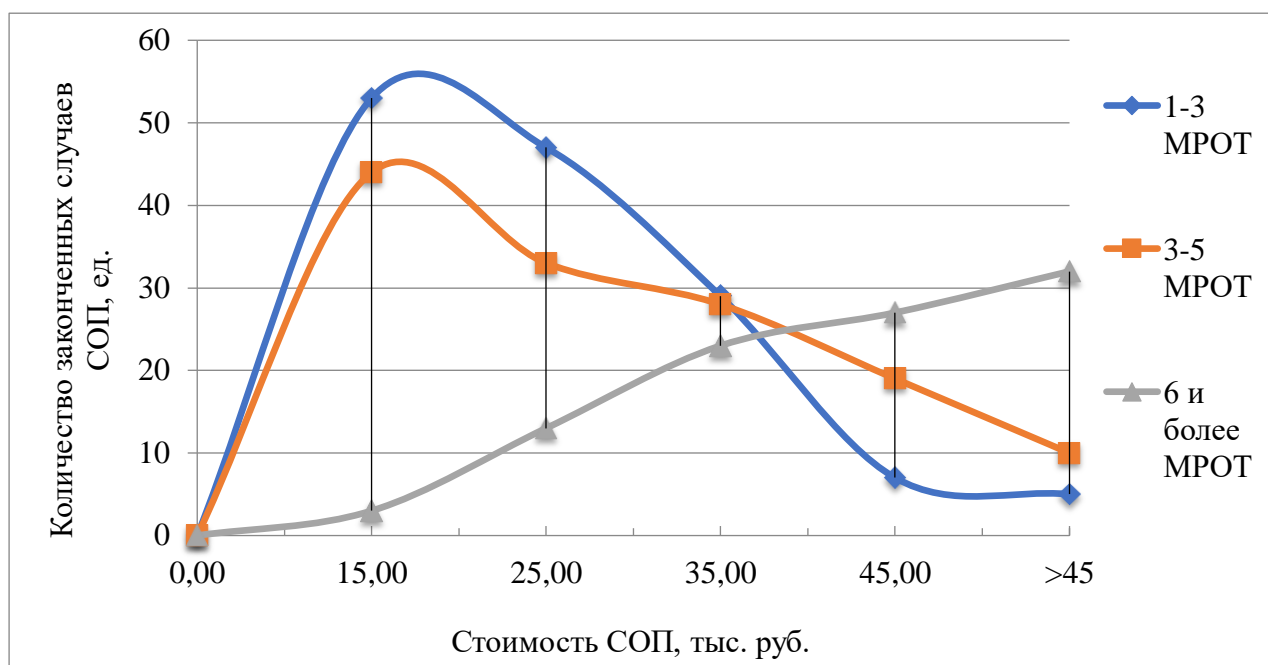


Рисунок 3.13 – Зависимость объема оказанной СОП и расходов на ее оказание от доходов пациентов (в МРОТ на 1 члена семьи) за 2019-2022 гг. государственные учреждения Рязанской области)

Высокий спрос на менее ресурсозатратную СОП (15,00-20,00 тыс. руб.) характерен для пациентов в возрастной группе 60 лет и старше, которые редко затрачивают на СОП более 45,00 тыс. рублей (Рисунок 3.14).

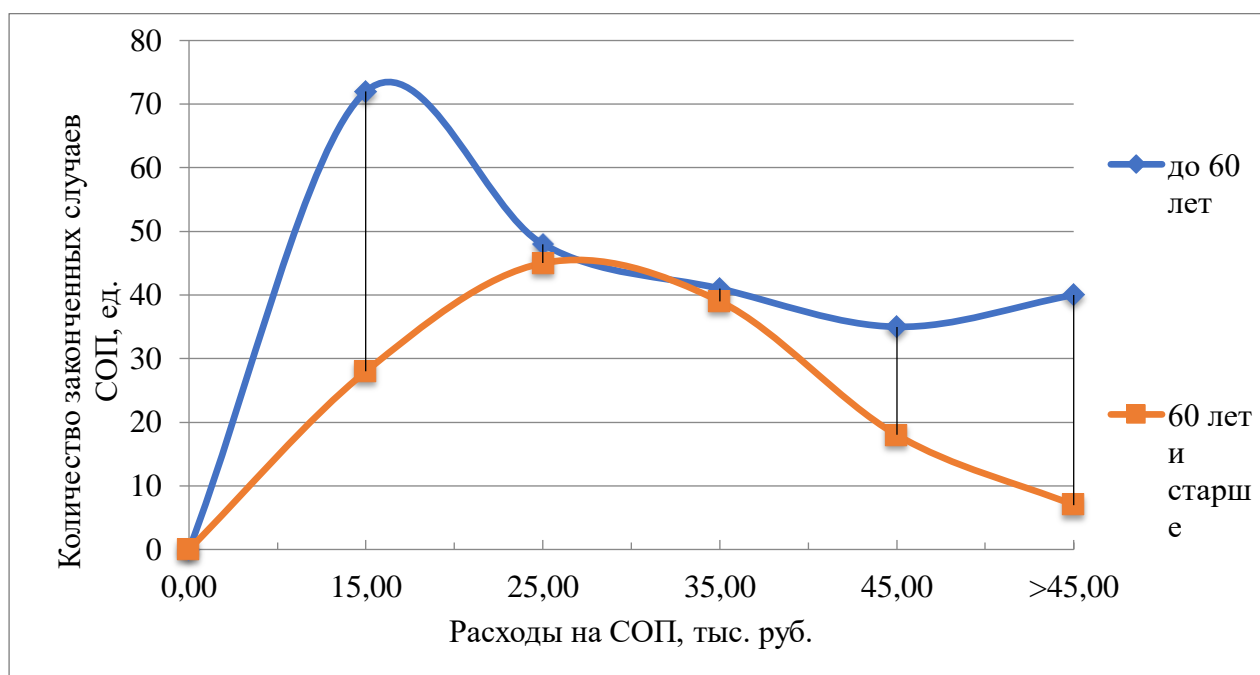


Рисунок 3.14 – Зависимость объема оказанной СОП и расходов на ее оказание (в тыс. руб.) от возраста пациентов за 2019-2022 гг. (государственные учреждения Рязанской области)

В обеих группах наиболее стабильны расходы в диапазоне 23,00-31,00 тыс. руб. из расчета на 1 законченный случай оказания СОП, спрос на которые равномерно снижается в диапазоне от 25,00 до 35,00 тыс. руб. в обеих группах, имея практически линейную зависимость.

Изучены показатели семей пациентов (возраст пациентов, состав семьи, доход, затраты на СОП) в целях выявления корреляционных связей с частотой обращений за СОП, удовлетворенностью и лояльностью к государственным МО (Таблица 3.13). Выявлены следующие корреляционные связи:

- повышение возраста пациента связано с уменьшением членов семьи и ее доходов (связи обратные, умеренные, $p < 0,001$), а также с увеличением частоты обращений за СОП, удовлетворенностью пациентов рекомендациями врача, лояльностью к государственным МО и поддержкой предложения о бесплатном ее оказании в регионе (связи прямые, слабые, $p < 0,05$),

- количество членов семьи пациента связано с общим доходом семьи (связь прямая, умеренная – $r = 0,567$, $p < 0,001$), затратами на оказание СОП связь прямая, слабая – $r = 0,122$, $p = 0,014$) и удовлетворенностью рекомендациями врача и иной информацией о состоянии здоровья пациента, прогнозе и т.д. (связь обратная, слабая $r = -0,103$, $p = 0,038$),

- общий доход семьи пациента связан с ее затратами на оказание СОП пациенту (связь прямая, умеренная – $r = 0,431$, $p < 0,001$) и обратной (отрицательной) связью с оценкой пациентом полученного объема СОП как «ожидаемого», а также с поддержкой предложения о бесплатном оказании СОП в регионе (связи обратные, слабые, $p < 0,05$),

- затраты на СОП связаны отрицательной связью с удовлетворенностью пациента доступностью и качеством организации СОП (связь обратная, слабая $r = -0,233$, $p < 0,001$) и лояльностью к государственным МО (связь обратная, слабая $r = -0,135$, $p = 0,007$).

Таким образом, в целях решения первой задачи научного исследования, было выявлено снижение уровня стоматологической заболеваемости (по данным

обращаемости) в целом по региону на -16,28% с 322,46 до 269,96 (случаев на 1000 населения).

Таблица 3.13 – Статистически значимые связи показателей (ранговая корреляция по Спирмену с преобразованием номинальных шкал в порядковые), с оценкой по шкале Чеддока

Показатель X	Показатель Y	Сила связи / стат. значимость	Направленность и оценка силы связи
Возраст пациента	Количество членов семьи пациента	$r = -0,322$, $p < 0,001$	Обратная умеренная
	Общий доход семьи пациента	$r = -0,346$, $p < 0,001$	Обратная умеренная
	Частота обращения за СОП	$r = 0,217$, $p < 0,001$	Прямая слабая
	Удовлетворенность рекомендациями врача и др. информацией	$r = 0,114$, $p = 0,021$	Прямая слабая
	Предложение бесплатного оказания СОП	$r = 0,147$, $p = 0,003$	Прямая слабая
	Лояльность пациента - преимущественный выбор им государственных МО	$r = 0,122$, $p = 0,014$	Прямая слабая
	Лояльность пациента к государств. МО – рекомендации родственникам и др.	$r = 0,133$, $p = 0,007$	Прямая слабая
Количество членов семьи	Общий доход семьи пациента	$r = 0,567$, $p < 0,001$	Прямая умеренная
	Затраты бюджета семьи на СОП	$r = 0,122$, $p = 0,014$	Прямая слабая
	Удовлетворенность рекомендациями врача и др. информацией	$r = -0,103$, $p = 0,038$	Обратная слабая
Общий доход семьи	Оказание «ожидаемого» объема СОП	$r = -0,111$, $p = 0,025$	Обратная слабая
	Предложение бесплатного оказания СОП	$r = -0,108$, $p = 0,029$	Обратная слабая
	Затраты бюджета семьи на СОП	$r = 0,431$, $p < 0,001$	Прямая умеренная
Затраты на СОП	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и знакомым	$r = -0,135$, $p = 0,007$	Обратная слабая
	Удовлетворенность доступностью и качеством организации СОП	$r = -0,233$, $p < 0,001$	Обратная слабая

При этом заболеваемость, определяющая потребность в СОП, снизилась на -17,15% с 149,16 до 123,58 (случаев на 1000 населения), выявлена «скрытая»

стоматологическая заболеваемость по обращаемости, составившая: в 2020 г. – 53,25 , в 2021г. – 51,20 и в 2022 г. – 34,06 на 1000 человек населения региона, в структуре заболеваемости отмечено повышение пульпитов, периапикальных абсцессов, что связано с особенностями обращаемости пациентов в условиях пандемии преимущественно за неотложной (экстренной) помощью.

С учетом возрастных и гендерных характеристик, социального и семейного положения, сферы деятельности и доходов граждан, сформирован «социально-гигиенический портрет» пациентов государственных МО, которым была оказана СОП в 2019-2022 гг.: преимущественно женщина, жительница Рязанской области, в возрасте ≥ 60 лет, неработающая, пенсионер по возрасту, проживающая в городских условиях, семейная, с 2-3 членами семьи и доходом – 1,37 МРОТ на 1 члена (17 525,04 руб.).

Определение данного портрета актуально для выявления потребности в СОП отдельных групп жителей региона, в целях повышения доступности СОП именно нуждающимся категориям, для повышения качества ее организации, адресности бесплатного оказания СОП за счет выделения средств из регионального бюджета для обеспечения ее доступности для наименее социально и финансово защищенных групп населения, в целях повышения удовлетворенности граждан региона и их лояльности к МО системы государственного здравоохранения.

ГЛАВА 4. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И КАЧЕСТВА ЕЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Права граждан страны в сфере охраны их здоровья и жизни, равной доступности и соответствующего качества условий, видов и форм медицинской помощи, с оплатой из различных источников: бюджетного, системы ОМС, личных средств граждан и др., провозглашены в Конституции РФ (ст. 20 и ст.41).

Актуально, что по Федеральному закону №323 и корреспондирующемуся с ним Федеральному закону №326-ФЗ, граждане страны равноправны в части потребления медицинской помощи, оказываемой на безвозмездной основе по ТПГГ. При этом, СОП не включена в данные программы и оплачивается жителями регионов страны, в т.ч. и в Рязанской области.

При этом, в изучаемом периоде в ТПГГ Рязанской области участвовали стоматологические учреждения различных организационных правовых форм, общее количество которых уменьшилось на 13,95% за счет объединения маломощных структур, при сохранении доли негосударственных организаций: 18,59% в 2019 г. и 18,91% в 2022 г., из которых ООО составляют более 93,0% (Рисунок 4.1).

В Программе госгарантий, в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10), вся стоматологическая патология относится к Болезням органов пищеварения (класс по МКБ-10), как актуальная составляющая ПМСП [169]. Кроме того, в ПГГ, по аналогии с иными профилями, рекомендованы к утверждению в регионах некоторые критерии и их целевые значения (показатели).

С 2000-х гг. в ПГГ не были разделены рекомендуемые критерии доступности медицинской помощи и ее качества, которые представлялись без целевых показателей, в связи с чем была невозможна оценка уровня и динамики последних. Согласно требованиям Минздрава России к критериям оценки

качества медпомощи, утв. приказом от 10.05.2017 №203н, определялись соответствующие критерии, что способствовало их разделению с критериями доступности стоматологической помощи и утверждению так называемых «целевых показателей».

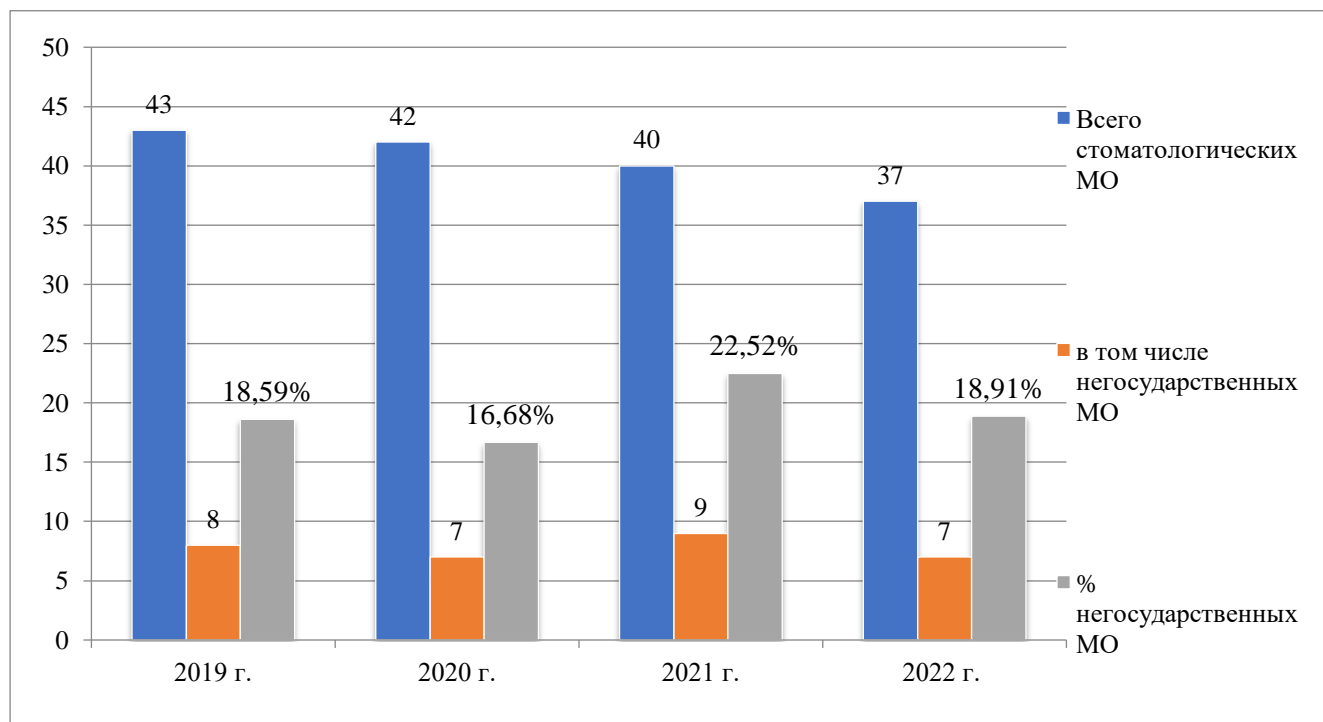


Рисунок 4.1 – Динамика участия негосударственных стоматологических организаций в ТПГГ Рязанской области (абс., %)

В 2019-2022 гг. критерии представлялись в ТПГГ с утверждением соответствующих целевых показателей [90, 94, 96, 99]. Так, в ТПГГ Рязанской области были выделены следующие критерии: смертность отдельных групп населения, впервые выявленная патология, в том числе при онкологических заболеваниях, количество жалоб пациентов, удовлетворенность медицинской помощью и проч., с учетом целевых показателей, планируемых к достижению.

При формировании ТПГГ регионы обязаны конкретизировать рекомендованные критерии, определить и обосновать целевые показатели, в том числе по стоматологической помощи, с учетом заболеваемости населения. По выполнению данных показателей на региональном уровне предполагалась оценка эффективности деятельности системы ОМС и медицинских учреждений.

Поскольку СОП не включалась в программы, соответственно не утверждались ни критерии, ни показатели ее доступности и качества [169], что актуализировало изучение данного вопроса, с обоснованием целесообразности включения СОП в территориальную программу государственных гарантий, с расчетом финансовых затрат на обеспечение качества ее организации и доступности для определенных групп населения [3, 169].

В научном исследовании не изучались вопросы качества СОП в процессе непосредственного ее оказания (клиническая составляющая). Изучалось качество организации СОП (организационная составляющая), обеспечивающее ее доступность для населения: укомплектованность штатов и квалификация кадров, уровень финансового обеспечения и источников поступления средств, организация записи на прием и внутреннего пространства поликлиник, а также объемов и стоимости оказанной СОП [3, 42, 77, 117, 135, 170]

С учетом критериев ежегодно утверждаемых ПГГ [37, 89, 92, 93, 95], определены и изучены следующие критерии доступности и качества СОП в части организации: обеспеченность стоматологами-ортопедами и зубными техниками, участвующими в оказании СОП в амбулаторных условиях (на 10000 чел.), затраты на оказание СОП и соотношение расходов на оказание СОП и ПССП по ТПГГ (в %), соотношение объемов СОП в городской и сельской местности (%), доля случаев записи на прием к стоматологу-ортопеду без непосредственного обращения пациента в регистратуру МО (%), количество поступивших жалоб, в т.ч. на отказ в оказании СОП (в количестве жалоб, %), удовлетворенность качеством организации СОП и доступностью (баллы ВАШ, %).

Согласно установленным критериям, определялись соответствующие целевые показатели, в том числе на основании расчетов по нормативам труда, на примере ведущей стоматологической организации Рязанской области. Проводилась оценка достижения данных показателей на региональном уровне (на примере Рязанской области).

4.1. Медико-организационные критерии и показатели стоматологической ортопедической помощи

4.1.1. Основы определения нормативов времени, трудовой нагрузки, численности специалистов

Общепринятый способ выражения трудозатрат специалистов в стоматологии с 1988 г. был изменен, совершен переход от учета в минутах на учет в условных единицах трудоемкости (УЕТ), что явилось «краеугольным» методическим подходом нормирования труда в стоматологии [11, 42, 103, 169].

При этом, актуальны рекомендации Минздрава России по максимальному количеству услуг и, соответственно, УЕТ, оказанных за 1 визит, за счет снижения непроизводительных затрат времени, а также за счет снижения кратности посещений по поводу 1 нозологической формы болезней, что исключило бы многократные трудовые действия и трудовые операции: сбор анамнеза, осмотры, записи в амбулаторную карту, выработка алгоритма ведения пациента и др. [48].

Известно, что «трудовые действия» есть ряд непрерывных движений, переходящих одно к другому, объединенные в «трудовые операции», соответствующие «трудовым функциям» профстандарта «Врач-стоматолог» [108, 110, 169], включающие: первичный прием (осмотр, консультация, установление предварительного диагноза), рентгеновские и др. манипуляции, постановка диагноза, выявление факторов риска онкологии, выработка алгоритма лечения.

С профессиональными стандартами, внедренными согласно Федеральному закону №122-ФЗ от 02.05.2015 и приказу Минтрудсоцзащиты России от 10 мая 2016 г. №227н, утв. профстандарт– «врач-стоматолог», по которому работодатели квалифицируют своих специалистов, согласно статье 195.3 ТК РФ, непосредственно связаны такие понятия как: «трудовые функции», «трудовые действия» и т.п. [112, 151, 153, 169]. Было выявлено, что в период проведения

научного исследования в стоматологических учреждениях региона профстандарты не применялись, что усложнило изучение вопроса учета трудовых функций специалистов.

Кроме того, в России до настоящего времени не утверждены на федеральном уровне нормативы труда, рабочей нагрузки для стоматологов-ортопедов, что затрудняет планирование лечебно-диагностического процесса, организацию труда, оптимизацию численности работников, повышение производительности, снижение трудоемкости и ценообразование, обеспечение безопасности пациентов [3, 10, 11, 30, 42, 127, 128, 146]. Учитывая существенные региональные различия в определении норм времени на единицу работы (посещение, обращение, УЕТ) существует необходимость их определения путем проведения хронометража [57].

Для обеспечения единого подхода к учету нагрузки врачей стоматологического профиля, в том числе стоматологов-ортопедов, был применен «Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости» [10, 80, 124, 145, 169], разработанный ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ имени А.И. Евдокимова. При этом, была установлена связь трудовых нормативов, Классификатора и профессионального стандарта врача-стоматолога при нормировании трудовых действий последнего (Рисунок 4.2).

На базе государственных медицинских организаций города Рязани, многопрофильных больниц, РБ и ММЦ, с соответствующими стоматологическими кабинетами [41, 71] методом хронометражных измерений [88, 160] определялись нормативы времени и трудозатрат врачей стоматологов-ортопедов, выявлялись непроизводительные временные затраты, с учетом трудового законодательства о сокращенном рабочем времени 33 час. в неделю [42, 91, 169] и нормативом времени на 1 посещение: в связи с заболеванием – 44 минуты, профилактическое посещение – 26,4-30,8 минут, работа с документацией ≤35,0% времени посещения [91, 105]. Актуален критерий обеспечения населения врачами-стоматологами-ортопедами, обеспечение зубными техниками, что

рассчитывалось с учетом нормирования труда, и определением следующих нормативов: временных, трудовой (рабочей) нагрузки специалистов и их численности по методическим рекомендациям Минтрудсоцзащиты РФ от 30 сентября 2013 года о системах нормирования труда в госорганизациях. При этом, основой формирования нормативов нагрузки и численности являлись нормативы времени [11, 28, 42].

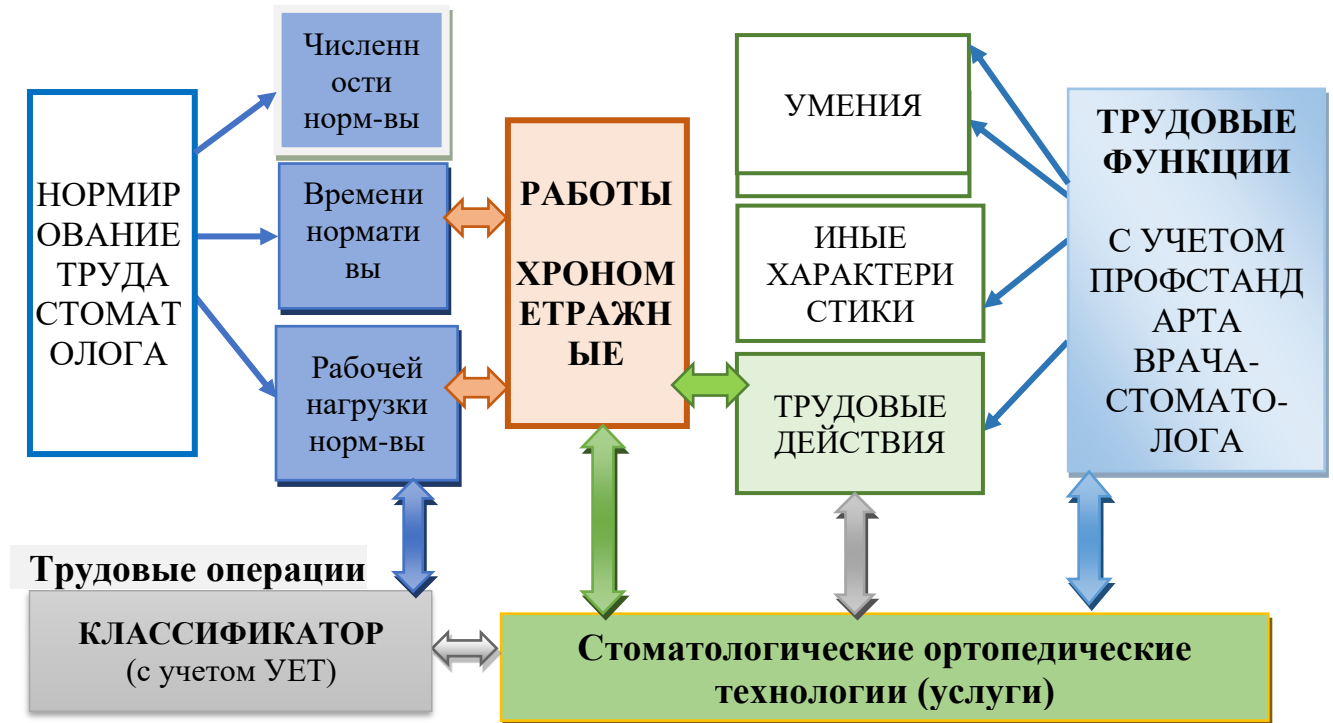


Рисунок 4.2 – Схема взаимосвязи трудовых нормативов, профстандарта «Врач-стоматолог» и Классификатора стоматологических услуг

В данном исследовании за норматив времени принималась продолжительность единицы работы в минутах или условных единицах трудоемкости (УЕТ). Нормы нагрузки, в виде объемов работы, устанавливались на 1 врача-ортопеда за рабочую смену в УЕТ:25 при 5-тии 21 при 6-дневной рабочей неделе [11, 103].

Однако, учитывая приказ Минздрава России от 15 ноября 2001 года №408 и нормативную правовую документацию по продолжительности рабочей смены врачей стоматологического профиля, отечественные ученые определили несоответствие утвержденных объемов их работы (22 и 25 УЕТ при 5-ти и 6-

часовой рабочей неделе) и расчетных – 29 и 36 УЕТ, соответственно, что, по мнению специалистов, актуализирует проведение хронометражных работ в стоматологии (Бутова В.Г. с соавт., 2014) [57].

Учитывались нормативы численности специалистов: врачей-стоматологов-всего и врачей-стоматологов-ортопедов на 10 000 населения, с учетом штатных нормативов, рекомендованных Министерством здравоохранения РФ в порядках оказания стоматологической помощи [104, 107]. Использовались нормативы порядка, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 07 декабря 2011 г. №1496н, на 10 тыс. городского, сельского и населения иных населенных пунктов: 1,5, 0,7 и 0,8 врача, соответственно [107, 112, 169].

Разработанная Минздравсоцразвития РФ «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении» от 12.07.2004 и утв. приказом Минздрава России от 13.10.2017 №804н (в ред. от 24.09.2020, с изм. от 26.10.2022) «Номенклатура медицинских услуг», с учетом профессионального стандарта врача-стоматолога, обеспечивали норматив УЕТ = 10 мин., в зуботехнических работах 1 УЕТ – это трудозатраты на изготовление 1 металлической коронки (штамповка) [11, 111, 112]. При этом, не ставилась задача хронометрирования отдельных трудовых функций специалистов в целях определения временных затрат на изготовление различных видов коронок, протезов [10, 54, 59, 128, 157].

Объект исследования – клинический процесс оказания СОП, предмет – установление средней длительности посещения врача-стоматолога-ортопеда, с использованием методики проведения хронометражных работ, рекомендованной Министерством труда России (приказ от 31.05.2013 №235), и формы хронометражной карты, согласно приказу Минздрава России от 15 ноября 2001 года №408 (Приложение Ж).

Рабочая нагрузка врача-стоматолога-ортопеда выражалась в установленном объеме работ, выполненных в единицу времени в соответствующих организационных и технических условиях – в количестве: амбулаторных посещений (обращений) в смену, составляли в год от 1 950 до 2 300 УЕТ (средневзвешенная = 2 100 УЕТ), с учетом стажа врача, его квалификации и

условий оказания СОП. Хронометрирование трудовой деятельности стоматологов-ортопедов выявило сезонные колебания рабочей нагрузки от 30,11 до 46,92 УЕТ на 1 врача (при среднем показателе = 39,51 УЕТ).

Установлено, что в структуре затрат рабочего времени производительное время составило >86,0%, что выявило интенсивный режим работы специалистов (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Затраты рабочего времени (мин.) врачей-стоматологов-ортопедов в разрезе Классификации видов деятельности (Роговой М.А., 1969) [121]

Классификация видов деятельности	Перечень трудовых действий	Минут	%	
Производительное время, в том числе:		26244,5	86,07	
Основная деятельность (лечебно-диагностический процесс непосредственно)	анамнез, внешний осмотр лица и обследование полости рта, оформление зубной формулы, информирование по тактике ведения пациента, медицинское вмешательство, профилактика	консультативный прием (384 посещения)	6078,8	19,94
		СОП (345 посещения)	12929,9	42,40
		итого	19008,7	62,34
Вспомогательная деятельность	мытьё рук, защита врача, вызов и размещение пациента, подготовка к манипуляции	5479,4	17,97	
Работа с документацией	оформление мед. документации, запись на прием	1131,3	3,71	
Служебные разговоры	конференции, разговоры с персоналом и пациентами	335,4	1,10	
Хозяйственная деятельность	уборка рабочего места и др.	289,7	0,95	
Непроизводительное время		4247,5	13,93	
Всего		30492,0	100,0	

Велика доля основной деятельности – 62,34%, тогда как вспомогательная деятельность составила 17,97, работа с документами, служебные разговоры и проч. – 4,66%, непроизводительное время – 13,93%.

При этом, в среднем затраты времени на 1 консультативный прием врача-стоматолога-ортопеда составили $25,5 \pm 5,2$ мин., на прием с непосредственными манипуляциями по оказанию СОП – $60,1 \pm 10,2$ мин., что учитывалось в расчетах численности специалистов.

4.1.2. Оценка обеспеченности специалистами, оказывающими стоматологическую ортопедическую помощь

Актуальность нормирования численности и труда врачей стоматологического профиля определена гарантиями государства по обеспечению равнодоступности [50] стоматологической помощи населению [169], независимо от места проживания, социального статуса и проч. В связи с низким уровнем обеспечения населения врачами-стоматологами, отечественные ученые считают актуальным определение норм труда при использовании современных стоматологических технологий в целях эффективного использования кадров [152, 164, 169], например, при так называемой «работе в четыре руки», когда трудовые функции выполняют одновременно врач-стоматолог-терапевт или врач-стоматолог-ортопед, а также медсестра, что может определить снижение региональных нормативов численности специалистов [104, 107].

В Рязанской области выявлен низкий уровень обеспеченности штатами врачей: стоматологов (зубных врачей) – 3,01 на 10 тыс. населения (норматив – 6,89), стоматологов-ортопедов – 0,64 (норматив – 1,22). Выявлен негативный фактор формирования штатных расписаний стоматологических МО без учета нормативов по труду, рекомендованных Росздравом для определения штатной численности работников бюджетных организаций, и без учета штатных нормативов, рекомендованных порядками оказания стоматологической помощи. В связи с чем в регионе сформирован «дефицит» кадров: количество должностей в штатных расписаниях (по сводной отчетной ф. № 30) значительно ниже рекомендаций, в том числе по врачам: стоматологам-терапевтам – более, чем в 4

раза, стоматологам-хирургам – более, чем в 3 раза, стоматологам-ортопедам – в 1,9 раза (Рисунок 4.3).

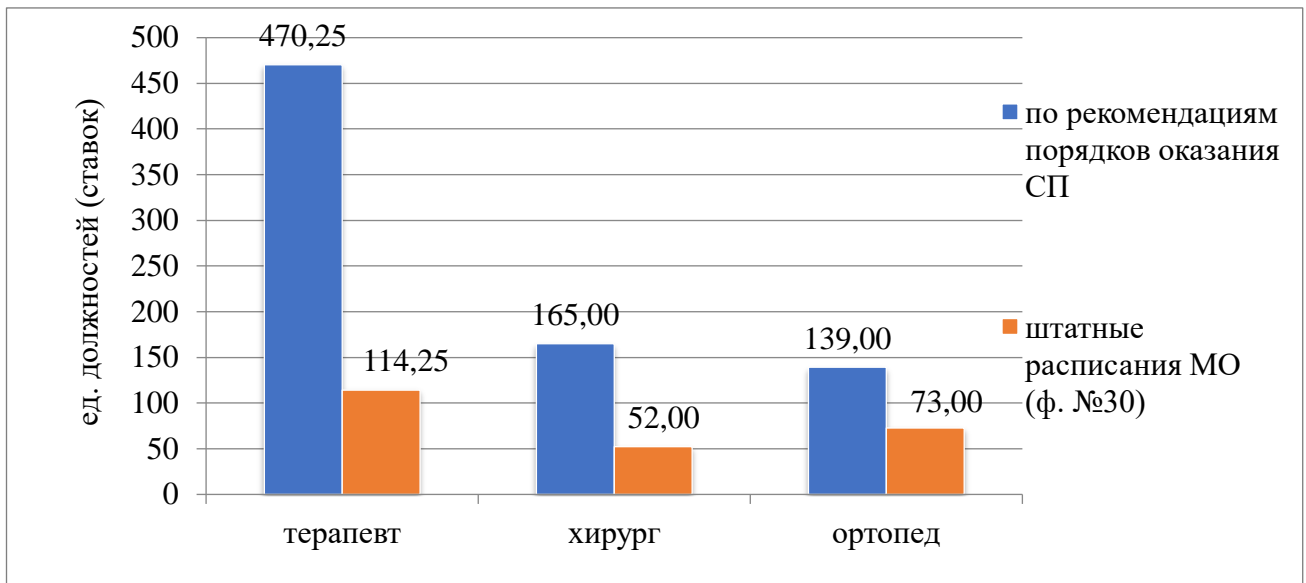


Рисунок 4.3 – Усредненная численность должностей (ставок) врачей-стоматологов в штатных расписаниях государственных МО Рязанской области за 2019-2022 гг.

В ТПГГ нормативы численности врачей-специалистов всех профилей (специальностей), в т.ч. врачей стоматологического профиля, установлены на численность всего населения конкретного региона, независимо от ведомственности МО, куда может обращаться население за помощью.

С учетом рекомендуемой порядками оказания стоматологической помощи штатной численности специалистов, производился расчет численности врачей-стоматологов-ортопедов, с учетом особенностей оказания населению СОП, с использованием схемы расчета численности врачей стоматологов-терапевтов. При этом, учитывались показатели, определенные путем хронометрирования: средняя продолжительность приема стоматолога-ортопеда – 60,10 мин. (≈ 60 мин.), 1 УЕТ = 10,033 мин. (≈ 10 мин.), а также единые для стоматологических МО показатели: коэффициент рабочего времени должности – $K_{рвд} = 0,923$, количество УЕТ в день (за смену) – 25 УЕТ (пятидневная рабочая неделя), с общим количеством в год – 2100 обращений (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Сравнительный анализ показателей работы врачей стоматологического профиля и врачей-стоматологов-ортопедов

Наименование показателя	Приказ Минздрава РФ от 7 декабря 2011 г. 1496н[врач стоматологического профиля] [169] ¹	Врач стоматолог-ортопед	
Рабоч. нагр-ка на врача в день (смену), в УЕТ	25,00	25,00	
Количест. рабоч. дн. в году по производств. календарю	247,00	247,00	
Длительность 1 дня (смены) (минут) ²	396,00 [60,0 мин. x 6,6 час.]	396,00 [60,0 мин. x 6,6 час.]	
Количест. рабоч. дн. в год = раб./дн.-всего – 20 кал./дн. (отпускных дней)	227,00	227,00	
Рабочее время в день (смену) (минут)	365,51 [396,00 x 0,923 ²]	365,51 [396,00 x 0,923 ²]	
В УЕТ (минут)	14,621 [365,51 / 25,00]	10,033 [365,51 / 36,43]	
Временной норматив на 1 посещение. (минут)	посещен. профилактическое	30,0	60,0
	посещен. по поводу заболевания		
	сред. время приема [мин.]		
	Посещен. консультативное 20-30мин.		
		протезирование и др. – 40-90мин.	
		сред. время приема [мин.]	
Посещен.в смену (ед.)	12,18 [365,51 / 30,00]	6,092 [365,51 / 60,00]	
УЕТ в 1 посещение. (ед.)	2,05 [25,00/ 12,18]	4,104 [25,00 / 6,092]	
Период оказания СОП (лет)	-	10	
Должностей – всего	470,23	120,00	
Посещен.в год (ед.)	1 300 120 [470,23 x 227,00 x 12,18]	134 140 [97,00x 227,00 x 6,092]	
На все посещения в год (минут)	39 003 604 [1 300 120x 30,00]	8 048 400 [134 140 x 60,00]	
Норматив в 1 год на врача (УЕТ)	-	2 100	
Σ времени на все УЕТ в 1 год (минут) на врача	-	21 069[2100 x 10,03]	
Среднее время приема (минут)	30 мин.	60 мин.	
Количест. неработающих пенсионеров ≥60 лет	-	210 690 чел.	
Минимум времени в год (минут) ⁴	-	25 282 800 [210 690 x 60,0 x 2]	

¹Графа 1 – по данным Юриной С.В., 2019

² Согласно постановлению Правительства России от 14.02.2003 №101 длительность рабочей недели стоматолога составила 33 часа (6,6 час. x 5 дн. в неделю).

³ $K_{рвд} = 0,923$ – коэффициент рабоч. вр. должности, согласно Методике разработки норм времени и нагрузки от 2013 года.

⁴ Учтен минимум посещений к 1 врачу-стоматологу ортопеду: 2 посещения

Определен норматив численности врачей стоматологов-ортопедов на оказание СОП, необходимой для наиболее социально незащищенной группы – неработающих пенсионеров в возрасте ≥ 60 лет (210 690 чел.).

Расчет: 1) $2\ 100 \text{ УЕТ} * 10,033 \text{ мин.} = 21\ 069 \text{ мин.}$ в год – нагрузка 1 врача,
 2) $210\ 690 \text{ пациентов} * 60 \text{ мин.} * 2 = 25\ 282\ 800 \text{ мин.}$ на всех пациентов,
 3) $25\ 282\ 800 \text{ мин.} / 21\ 069 \text{ мин.} = 1200 / 10 \text{ лет} = 120,0$ должностей или 1,10 на 10 000 чел.

Под численностью физических лиц понималась списочная численность на конец года, т.е. количество врачей стоматологического профиля из статистической ф. №30 столбец с числом физлиц основных работников (занятые должности) (графы 7 и 8) из Раздела I «Штаты и физические лица организации на конец отчетного года», таблица 1100, стр. № 64-68.

Установлено, что укомплектованность врачами-стоматологами-ортопедами в регионе составила: в 2019 г. – 75,23%, в 2020 г. – 72,96%, в 2021 г. – 75,95%, 2022 г. – 91,67%, по зубным техникам в 2019 г. – 65,55%, в 2020 г. – 62,27%, в 2021 г. – 70,74%, 2022 г. – 86,23% (Рисунки 4.4, 4.5).

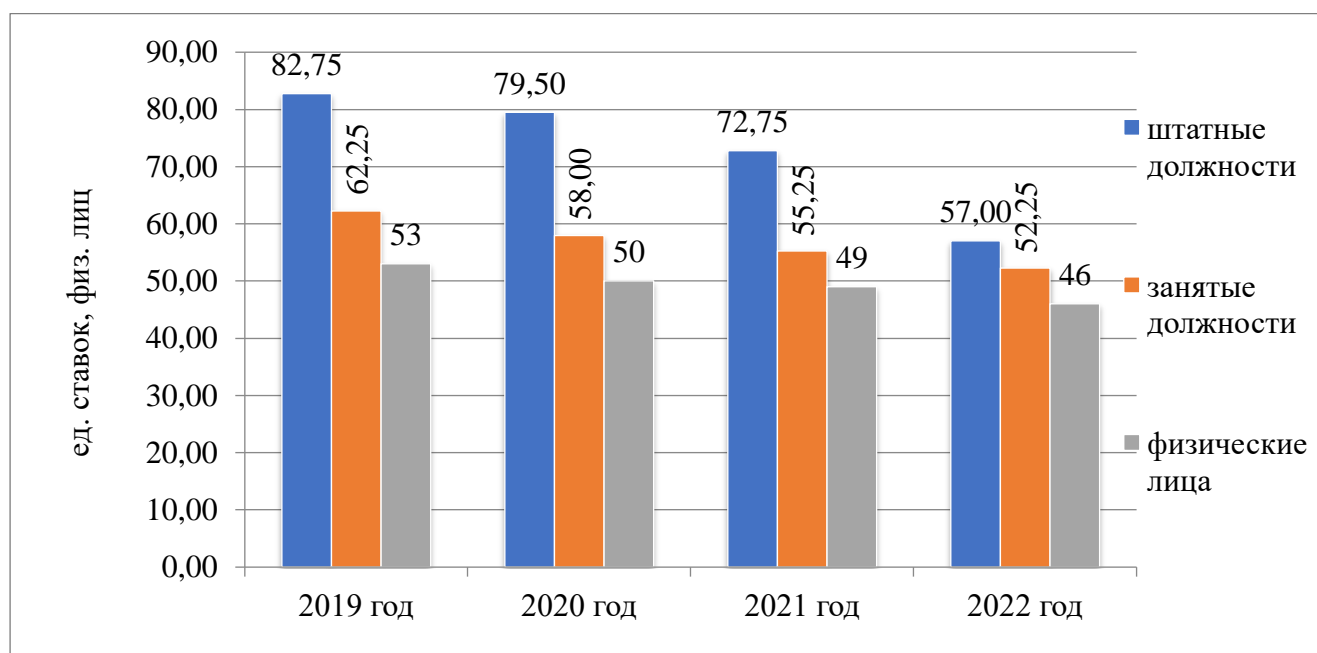


Рисунок 4.4 – Штатная численность и укомплектованность должностей врачей стоматологов-ортопедов в государственных МО Рязанской области в 2019-2022 гг. (в ед. должностей, физических лиц)

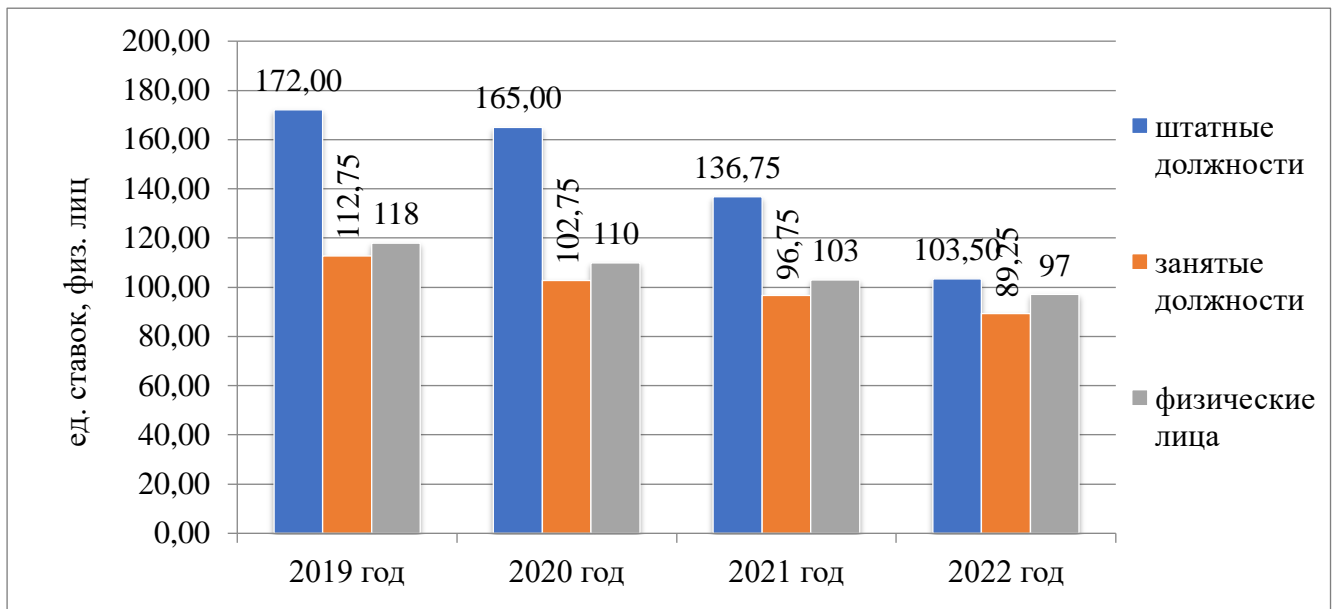


Рисунок 4.5 – Штатная численность и укомплектованность должностей зубных техников в государственных МО Рязанской области в 2019-2022 гг. (в ед. должностей, физических лиц)

Под укомплектованностью понималась доля занятых должностей, с учетом коэффициента совместительства ($K_{\text{св}}^{\text{вп}}=1,2$), сложившегося в стоматологических МО региона, внутренний совместитель, занимающий $>1,0$ должности, учитывался как 1 физическое лицо (по основной работе). За 2019-2022 гг. увеличился % укомплектованности стоматологов-ортопедов – на +16,44% (с 75,23% до 91,67%) и зубных техников – на +20,68% (с 65,55% до 86,23%). Однако, данный факт не характеризуется как положительный, так как он связан со снижением в штатных расписаниях государственных стоматологических МО численности как стоматологов-ортопедов на -31,12%, так и зубных техников на -39,83% и количества физических лиц на -13,21 и -17,80, соответственно.

Выявлена тенденция снижения в государственном здравоохранении и количества занятых должностей, и численности физических лиц: стоматологов-ортопедов на -16,06% и -13,21%, зубных техников на -20,84% и -17,80%, соответственно, коэффициент совместительства последних составил $K_{\text{св}}^{\text{зт}}=1,0$. Количество штатных должностей техников, участвующих в процессе оказания СОП, ниже рекомендаций Минздрава России (2,5 должности на 1 врача стоматолога-ортопеда), исходя из чего в регионе в 2022 г., должно быть не менее

142,5 штатных должностей зубных техников. Фактически за 2019-2022 гг. выявлено снижение их штатной численности на 39,83% (с 172,0 до 103,5 должностей), укомплектованности (занятых должностей) на 20,84% (с 112,75 до 89,25 должностей) и физических лиц – на 17,80% (с 118 до 97 чел.).

Установлена более низкая доля обеспечения сельских жителей Рязанской области стоматологической помощью, учитывая оказание СОП ($p \leq 0,01$), которая значительно ниже, чем городских жителей (Рисунок 4.6).

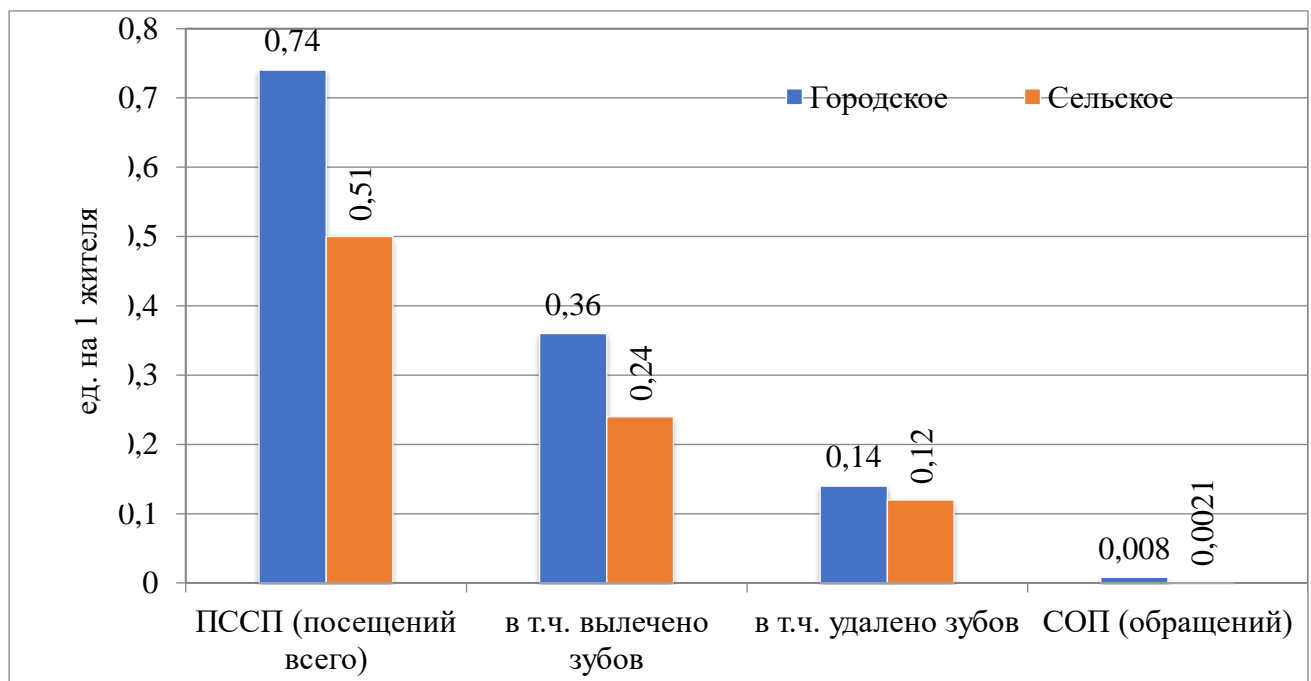


Рисунок 4.6 – Показатели стоматологической помощи в зависимости от условий проживания (на 1 жителя региона) в Рязанской области

Соотношение числа законченных случаев оказания СОП пациентам, проживающим в сельской и городской местности в изучаемом периоде составило: в 2019 г. – 1/9,99 (628/6276), в 2020 г. – 1/10,6 (376/3973), в 2021 г. – 1/7,95 (545/4316), в 2022 г. – 1/8,75 (501/4375) – в среднем 1/9,0, из расчета на 1 жителя – в среднем 1/3,81 (0,0021/0,0080). При этом соотношение числа сельских и городских пациентов, получивших при оказании СОП зубные протезы, в среднем в год составляло 1/5,23 (2039/10656).

Доля сельских жителей, которым оказана СОП, составила: женщины – 15,72% (в городе – 47,67%), мужчины – 11,06 % (в городе – 25,55%) от общего числа лиц, обратившихся за СОП в изучаемом периоде (Рисунок 4.7).

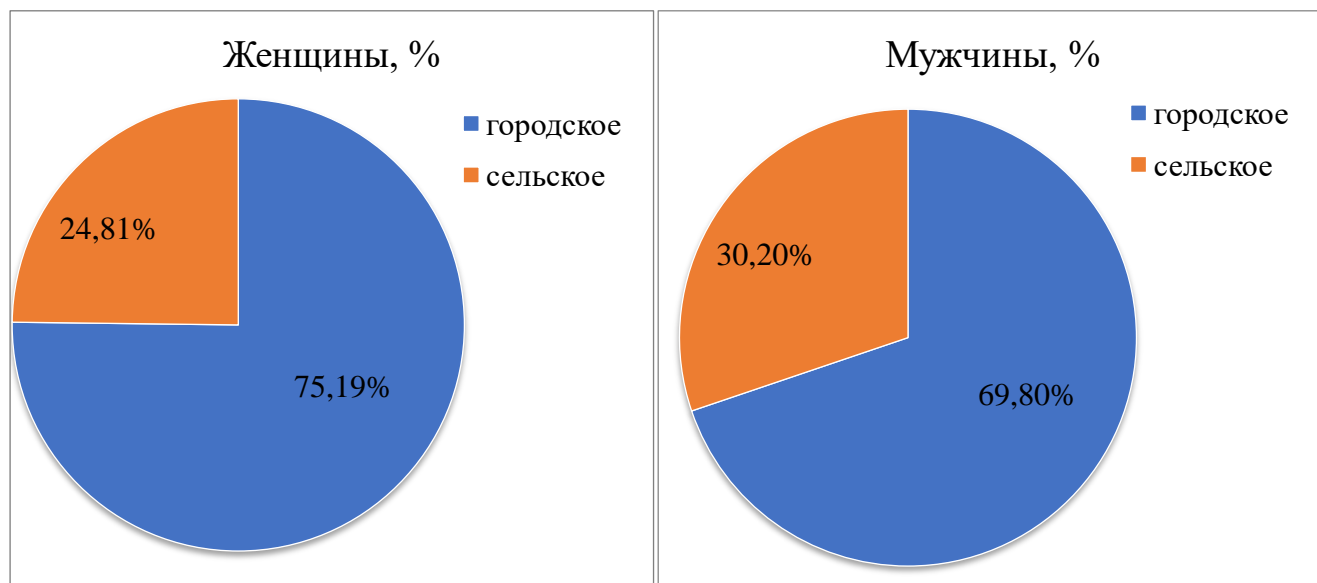


Рисунок 4.7 – Структура СОП (пол и место жительства), оказанной жителям Рязанской области в государственной системе здравоохранения (в %).

Выявлены показатели по важному критерию качества организации СОП – квалификации стоматологических кадров: 45,35 % – стоматологи-ортопеды высшей квалификации, 22,40% – первой квалификационной категории, 6,45% – второй и 25,80% – без категории.

4.2. Финансово-экономические критерии и показатели стоматологической ортопедической помощи

Обоснование финансовых критериев и показателей доступности проводилось путем сравнения расходов на амбулаторную ПССП, оказанную по ТППГ, с расходами на оказание СОП за период 2019-2022 гг.

В связи с тем, что единых финансовых нормативов посещений и обращений в разрезе медицинских профилей (в том числе стоматологии) из расчета на 1 жителя (на 1 застрахованного гражданина) до настоящего времени в РФ не утверждено, данные нормативы принимались на региональном уровне. В Рязанской области ТППГ ежегодно формировались с увеличением доли средств ОМС до 80,0-85,0%, с учетом вектора «одноканальности» финансирования отечественного здравоохранения за счет роста доли средств ОМС [90, 99, 96, 99].

В регионе при оплате амбулаторной стоматологической помощи в период до пандемии COVID-19 применялась система ретроспективной оплаты – за количество выработанных УЕТ и посещений в размере не более установленных на год конкретным стоматологическим МО плановых объемов и финансового обеспечения – целевых показателей на соответствующий год, выраженных в посещениях с профилактической целью, в посещениях, оказанных в неотложной форме, в обращениях, имеющих соответствующую стоимость (тариф).

Актуален показатель числа посещений (К), т.е. их кратности в одном законченном случае лечения, равный частному от деления количества посещений на число обращений по заболеванию, при этом $K \geq 2$ [62]. Также показателями явились объемы УЕТ (плановое количество) и общая стоимость (финансовое обеспечение) стоматологической помощи на соответствующий год. Планирование, учет и оплата проводились по посещениям или обращениям (законченным случаям), с учетом их трудоемкости, выраженной в УЕТ.

Установлено, что при формировании территориальной программы госгарантий в регионе, в разделе ТП ОМС, определение планового показателя, в части стоимости 1 УЕТ, осуществлялось по утвержденной на федеральном уровне методике расчета тарифов, по формуле 4.1 [169]:

$$S_{\text{ует}} = \sum_{\text{ует}} Z_{\text{сп}}, \quad (4.1)$$

где: $S_{\text{ует}}$ – стоимость УЕТ, $Z_{\text{сп}}$ – плановые затраты на единицу объема (УЕТ) стоматологической помощи на соответствующий год.

Путем анализа ТППГ в 2019-2022 гг. установлено, что фактический стоимостной показатель УЕТ (руб.) значительно меньше плановых показателей в

связи с тем, что СМО не оплатили объемы ПССП, превысившие плановые показатели, а также при переходе к иным принципам оплаты в условиях пандемии.

При этом, более 20 лет, в рекомендациях по формированию тарифов Федеральным фондом ОМС не устанавливались единые требования по структуре затрат, «калькуляции» стоимости одной УЕТ, с нормированием доли затрат на оплату труда, медикаменты, мягкий инвентарь и проч., в связи с чем затраты на медикаменты в регионе осуществлялись по «остаточному принципу».

Путем анализа реализации ТПГГ на территории региона, выявлено снижение посещаемости специалистов и, соответственно, учитываемой по данным обращаемости стоматологической заболеваемости по основным классам болезней, в том числе определяющим потребность в СОП, и снижение числа законченных случаев с профилактической целью в 2020-2021 гг. (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Оказанные объемы первичной стоматологической помощи по ТПГГ Рязанской области за 2019-2022 гг.

Наименование показателя	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Кариес, в случаях	123499	116128	102892	114715
Темп прироста	-	-5,97%	-11,40%	+11,49%
Показатель наглядности	100,0	94,03	83,31	92,89
БПиПТ	174357	138483	136251	146336
Темп прироста	-	-20,58%	-1,61%	+7,40%
Показатель наглядности	100,0	79,42	78,14	83,93
Болезни пародонта	23363	14562	13071	12247
Темп прироста	-	-37,67%	-10,24%	-6,30%
Показатель наглядности	100,0	62,33	55,95	52,42
Другие стоматологические заболевания	35498	27594	26899	27351
Темп прироста	-	-22,27%	-2,52%	+1,68%
Показатель наглядности	100,0	77,73	75,78	77,05
Всего законченных случаев, в том числе с профилактической целью	466873	453403	406995	440863
Темп прироста	-	-2,89%	-10,24%	+8,32%
Показатель наглядности	100,0	97,11	87,17	94,43

Фактически в 2019 году в областном центре было проведено укрупнение областной государственной стоматологической поликлиники ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1» путем присоединения трех малобюджетных учреждений (распоряжение Правительства РО №282-р от 21.06.2018), с учетом сохранения объемов и уровня финансирования, что определило эффективность данного мероприятия. Изменение финансовых потоков и аккумуляции денежных средств и иных ресурсов в едином центре способствовало внедрению современных дорогостоящих технологий и оборудования с использованием доходов от оказания населению СОП на возмездной основе. Также экономия финансовых средств, сложившаяся от сокращения штатной численности административно-управленческого персонала (главные врачи, зам. главврачей, главные бухгалтеры и их заместители, главные медицинские сестры и проч.) и хозяйственно-обслуживающего персонала (бухгалтерии, экономические отделы, отделы кадров и проч.) была направлена на мотивирование медицинских работников, путем оптимизации оплаты их труда в целях повышения качества организации и доступности ПССП и СОП.

В целях мотивирования специалистов и повышения их материальной заинтересованности, стимулирующие выплаты начислялись с учетом установленных в «эффективных контрактах» критериев и условий, в т.ч. отсутствия жалоб пациентов и выполнения установленного объема работ (в УЕТ), что обеспечило повышение средней начисленной заработной платы, например, в 2022 г. в среднем на 50,9% в сравнении с показателем 2018 года: у врачей-стоматологов – на 49,5%, средних медработников – на 52,3% (Таблица 4.4).

Тем не менее, показатели средней начисленной зарплаты с учетом инфляции, т.е. индекса покупательной способности населения (индекса потребительских цен – ИПЦ), который составил в 2019-2022 гг.: 3,05, 4,91, 8,39, 11,94, соответственно, были значительно ниже абсолютных показателей. Отметим, что по сравнению с предыдущим годом (ИПЦ = 4,30) в 2019 г. по всем категориям персонала показатели увеличились в результате реструктуризации

сети стоматологических МО, и имели тенденцию к снижению в условиях пандемии в 2020-2022 гг.

Таблица 4.4 – Показатели средней начисленной заработной платы по Рязанской области в целом и по основным категориям персонала с учетом ИПЦ (Индекс потребительских цен)

Показатель/Год		2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Средняя по региону, руб.	Абс.	34487,70	36458,61	40631,01	45769,71
	ИПЦ	11307,44	7425,38	4842,79	3833,31
Врачи-стоматологи, руб.	Абс.	50599,85	51996,87	52400,70	56602,08
	ИПЦ	16590,11	10589,99	6245,61	4740,54
Средние медработники, руб.	Абс.	33709,37	34741,56	32986,59	33825,37
	ИПЦ	11052,25	7075,67	3931,66	2832,95
Все категории персонала (в среднем по МО), руб.	Абс.	34822,11	32535,48	31463,77	33741,81
	ИПЦ	11417,09	6626,37	3750,15	2825,95

В сравнении с показателем средней начисленной зарплаты по региону начисление заработной платы врачам-стоматологам осуществлялось в среднем на +23,81% выше, по среднему медперсоналу ниже на -21,90%, что не выполняло «майские» Указы Президента РФ для врачей= 200,0%, средних медработников= 100,0% средней начисленной заработной платы по региону.

Изменилось также выполнение показателей объема и стоимости ПССП, оказанной населению областного центра по ТППГ, после реструктуризации стоматологических поликлиник в 2019 году (Таблица 4.5, Рисунок 4.8).

Выявлена обратная непропорциональная зависимость объемов оказанной стоматологической помощи и стоимости единицы измерения ПССП – 1 УЕТ: при увеличении объемов ПССП снижается стоимость и наоборот ($p \leq 0,05$).

Выявлена положительная динамика показателей стоматологической ортопедической помощи, выразившаяся в повышении оказанного объема СОП в период с 2019 по 2022 гг. При этом, в результате реорганизации средняя выручка стоматолога-ортопеда увеличилась на 10,8% (с 249,26 до 276,19 тыс. руб.), со

снижением на 26,6 % в 2020 году в связи со снижением обращаемости населения в условиях пандемии COVID-19, с чем связано и уменьшение доходов от предпринимательской деятельности: в 2020 г. – на 18,4%, в 2021 г. – на 8,0% (в сравнении с показателями 2019 г.) (Таблицы 4.6, 4.7; Рисунок 4.9).

Таблица 4.5 – Динамика выполнения объемно-финансовых показателей ПССП по ТПГГ Рязанской области за 2019-2022 гг.

Показатель / Год	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Объем стоматологической помощи в УЕТ	758 950	766 235	845 568	825 111
Темп прироста	X	0,96	10,35	-2,42
Средняя стоимость 1 УЕТ, руб.	105,16	114,48	105,15	105,30
Темп прироста	X	8,86	-8,15	0,14

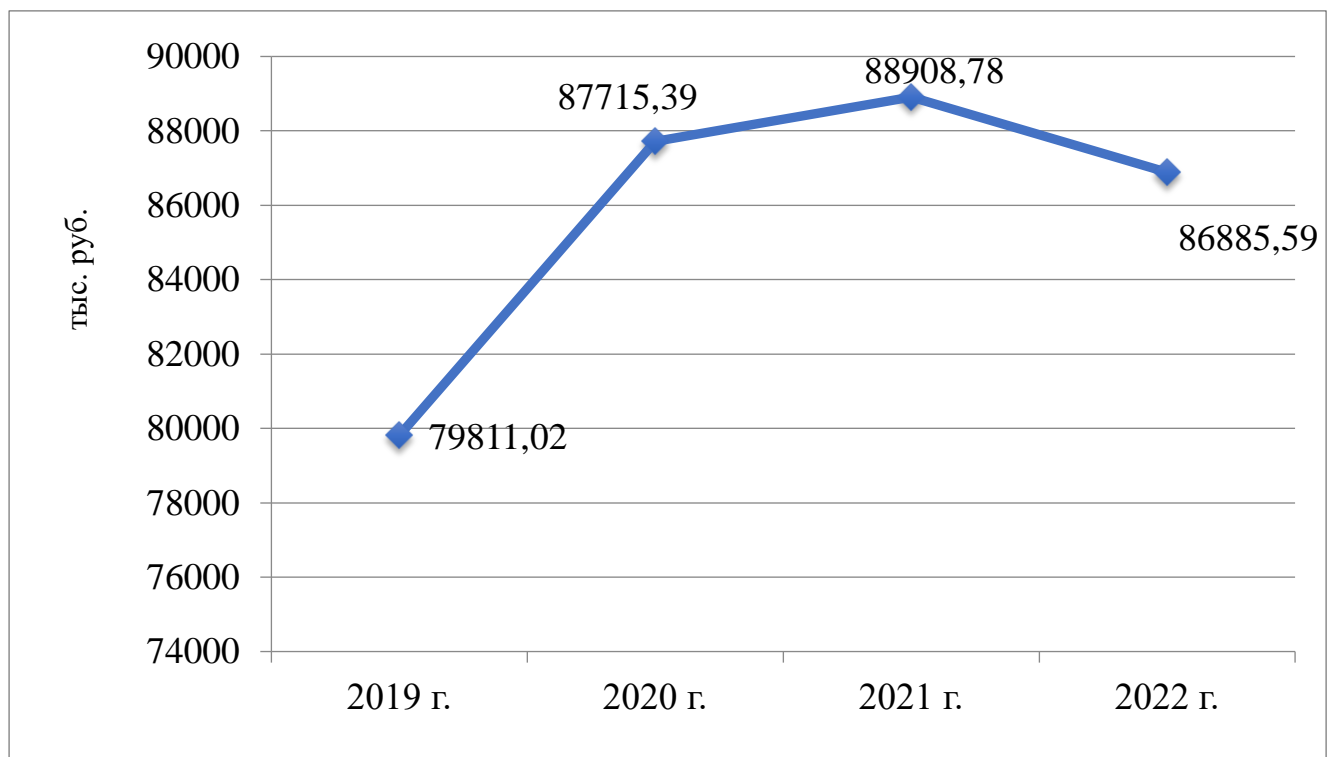


Рисунок 4.8 – Показатели общей стоимости ПССП, оказанной в рамках ТПГГ Рязанской области после реструктуризации в 2019 г. государственных стоматологических МО (тыс. руб.)

Таблица 4.6 – Количество занятых должностей и доход от платных услуг – средняя выручка в месяц на 1 должность (ставку) врача-стоматолога-терапевта в структурных подразделениях (СП) МО за 2019-2022 гг. в Рязанской области

Наименов. / Годы	2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка на 1 ставку, руб.	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка, руб.	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка, руб.	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка, руб.
СП № 1	17,00	66 999,96	18,00	53 696,30	20,00	66 417,80	20,25	72 351,65
СП № 2	28,75	29 166,63	24,50	34 089,54	24,00	34 619,82	23,50	31 461,15
СП № 3	25,50	52 865,07	28,25	43 508,65	26,75	46 623,51	26,75	48 813,79
СП № 4	33,75	74 194,99	34,50	52 002,86	30,50	72 009,23	30,50	80 697,81
В среднем	105,00	55 520,76	105,25	45 842,71	101,25	55 335,23	101,00	59 123,86

Таблица 4.7 – Количество занятых должностей и доход от оказания СОП – средняя выручка в месяц на 1 должность (ставку) врача-стоматолога-ортопеда в структурных подразделениях (СП) МО за 2019-2022 гг. в Рязанской области

Наименов. / Годы	2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка на 1 ставку, руб.	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка, руб.	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка, руб.	Кол-во занятых ставок, ед.	Средняя выручка, руб.
СП № 1	4,25	395 139,59	4,50	264 556,61	5,00	287 456,12	4,50	378 400,99
СП № 2	7,25	228 695,32	7,25	184 115,60	6,25	204 162,81	6,25	205 061,17
СП № 3	4,25	273 924,30	5,00	184 177,81	4,50	211 201,68	4,50	195 049,08
СП № 4	6,25	251 936,74	6,00	194 385,77	4,75	277 313,91	5,00	293 546,90
ИТОГО	22,00	276 189,42	22,75	202 749,30	20,50	242 973,02	20,25	245 972,68

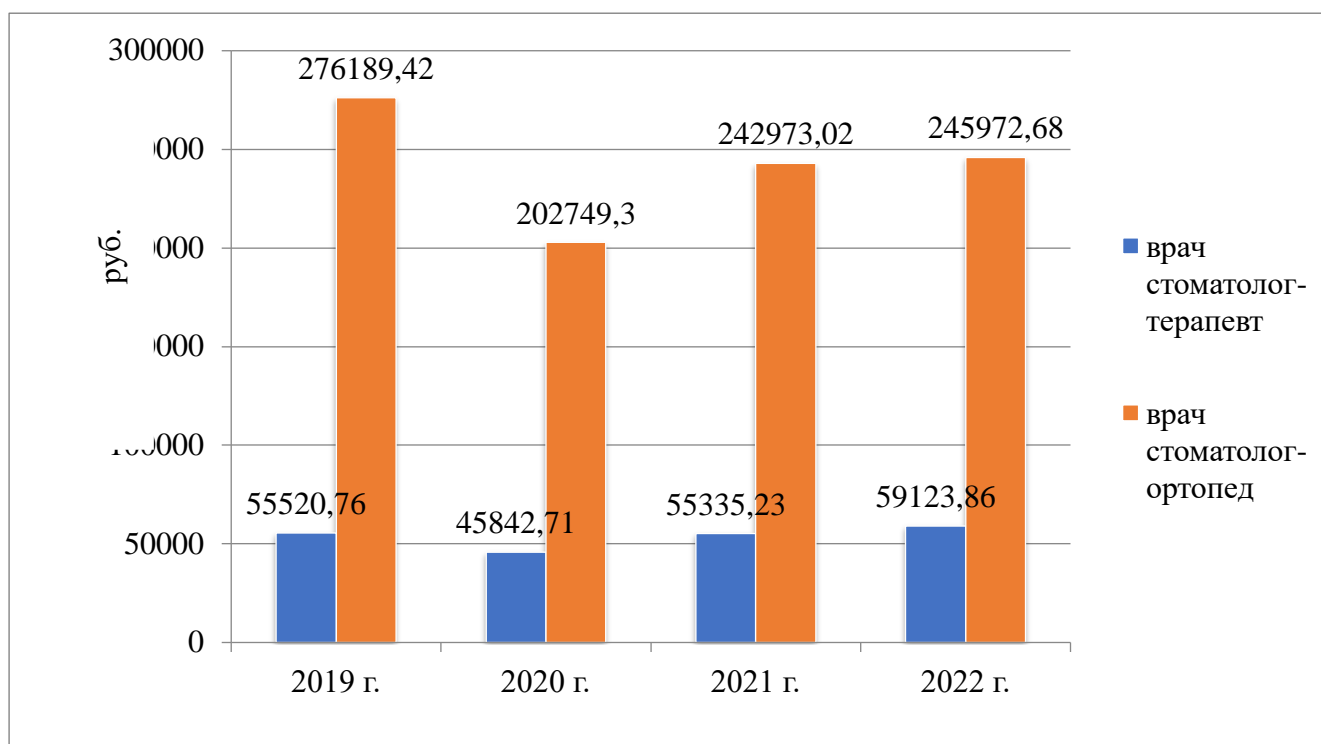


Рисунок 4.9 – Показатели средней выручки врачей-стоматологов при оказании платных услуг населению Рязанской области (на 1 должность в месяц, руб.) в 2019-2022 гг.

Сравнительный анализ доходов стоматологических подразделений (СП) выявил их снижение на 17,2% в 2020 г. и на 3,9% в 2021 г., в отделениях СОП более значительное снижение – на 24,1% и 18,0%, соответственно, из-за понижения доходов работающих пациентов, сокращения уровня оплаты труда и снижения спроса на производство услуг. После отмены в 2022 г. ряда ограничительных мер отмечено увеличение доходов ортопедических отделений, например, в ГБУ РО «Стоматологической поликлинике №1» – более, чем на 7,0%.

Реорганизация сети стоматологических МО, оказывающих ПССП и СОП преимущественно населению областного центра численностью >500 тыс. человек, определила ряд положительных результатов – позволила повысить управляемость стоматологической службы в целом в Рязанской области, с учетом того, что главный внештатный стоматолог Минздрава Рязанской области одновременно является главным врачом объединенной стоматологической поликлиники, к.м.н., с высшей квалификационной категорией по стоматологии и организации здравоохранения, преподавателем медицинского вуза, оптимизировать финансовое обеспечение всех стоматологических подразделений и высвободить

нерационально используемые площади стоматологических поликлиник областного центра, повысить должностные оклады и общий заработок всех сотрудников путем обеспечения единоначалия в принципах оплаты труда, внедрить единые требования к технологиям оказания стоматологической помощи, обеспечить доступность путем повышения качества ее организации и перераспределения внутренних ресурсов.

В изучаемом периоде финансирование стоматологической помощи увеличилось с приростом на +4,55% – с 230,9 до 241,4 млн. руб. (в 2012-2016 гг. на +25,83% [184]), особенно по профилактике +12,17% и неотложной ПССП +69,05%. Выявленное несоответствие уровня финансирования объемам оказанной стоматологической помощи, ярко выраженное в сравнительном анализе различных периодов 2012-2016 гг., 2019 г. и 2020-2021 гг., связано со снижением посещаемости и активности стоматологических организаций в период пандемии COVID-19 (временное вынужденное прекращение профилактических и лечебных мероприятий), а также с изменением принципов финансирования в системе ОМС – путем перехода от системы ретроспективной оплаты к независимой от выполненных объемов – системе проспективной оплаты ПССП.

Число стоматологических организаций в регионе в целом уменьшилось на 14,0% за счет их объединения, при этом объемы профилактических посещений и неотложной помощи увеличились к 2022 году на 2,0% и 41,25%, соответственно. За счет этого, число обращений по заболеванию снизилось на 7,74% при 4,55% повышении финансирования (Таблица 4.8).

В целях научного обоснования финансового критерия и показателей доступности для населения региона ПССП и СОП, выявлялась динамика финансового обеспечения ПССП в рамках ТПГГ, как в абсолютных показателях, так и с учетом инфляции – индекса потребительских цен (ИПЦ), то есть показателя повышения цен на услуги и товары, определяющего понижение покупательской способности населения: по официальным данным ИПЦ = 3,05, 4,91, 8,39 и 11,94 в 2019-2022 гг., соответственно.

Таблица 4.8 – Динамика оказания ПССП по ТПГГ в Рязанской области за 2019-2022 гг.

Показатель/ Год	Количество в МО	Количество единиц объема			Финансирование (млн. руб.)			Всего (млн. руб.)
		посещения профил.	посещения неотл.	обращения	посещения профил	посещения неотл.	обращения	
2019 г.	43	149 269	18 036	205 854	53,4	8,4	169,1	230,9
2020 г.	38	133 144	18 293	175 500	53,4	9,7	167,4	230,5
Темп прироста, %	-11,63	-10,80	1,42	-14,75	0,00	15,48	-1,01	-0,17
2021 г.	39	156 072	18 297	185 073	60,6	9,6	167,4	237,6
Темп прироста, %	2,6	17,22	0,02	5,45	13,48	-1,03	0,00	3,08
2022 г.	37	152 207	25 477	189 918	59,9	14,2	167,3	241,4
Темп прироста, %	-5,13	-2,48	39,24	2,62	-1,16	47,92	-0,06	1,60

Установлена отрицательная динамика финансового обеспечения (финансирования) ПССП по ТПГГ, со снижением на 5,04%, в том числе по обращениям – на 16,62%. Отмечен также 1,89% рост по профилактическим и 53,56% – по посещениям в неотложной форме, что не изменило общую тенденцию снижения финансового обеспечения стоматологической помощи, в т.ч. с учетом инфляции – индекса потребительских цен (ИПЦ) (Таблица 4.9).

По данным, представленным в таблице, доходы государственных стоматологических МО от оказания СОП имели тенденцию к снижению в 2020-2021 гг. с темпом убыли, соответственно: -33,86% и -33,14%, с учетом инфляции: -58,92% и -60,87% и относительным темпом повышения в 2022 г.: в абсолютных показателях (+31,98%), со снижением показателя при учете ИПЦ (-7,26).

Таблица 4.9 – Анализ финансового обеспечения ПССП по ТПГГ и доходов от оказания СОП государственными стоматологическими организациями Рязанской области (с учетом ИПЦ*)

Год	Показатель	Оказание ПССП по ТПГГ, млн. руб.								Оказание СОП (доходы МО), млн. руб.		Соотношение доходов ПССП / СОП	
		обращения		посещения профилактич.		посещения неотложн.		всего		абс.	с ИПЦ	абс.	с ИПЦ
		абс.	с ИПЦ	абс.	с ИПЦ	абс.	с ИПЦ	абс.	с ИПЦ				
2019	абс./ИПЦ=3, 05	169,10	163,94	53,40	51,77	8,40	8,14	230,90	223,86	24,04	7,88	9,6 /1	28,4/1
2020	абс./ИПЦ=4, 91	167,40	159,18	53,40	50,78	9,70	9,22	230,50	219,18	15,9	3,24	14,5/1	67,7/1
	Темп прироста	-1,01%	-2,90%	0,00%	-1,92%	15,4%	13,2%	-0,17%	-2,09%	-33,86%	-58,92%	X	X
2021	абс./ИПЦ=8, 39	167,40	153,36	60,60	55,52	9,60	8,79	237,60	217,67	10,63	1,27	22,4/1	171,8/1
	Темп прироста	0,00%	-3,66%	13,4%	9,33%	-1,03%	-4,65%	3,08%	-0,69%	33,14%	-60,87%	X	X
2022	абс. /ИПЦ= 11,94	167,30	147,32	59,90	52,75	14,20	12,50	241,40	212,58	14,03	1,18	17,2/1	180,9/1
	Темп прироста	-0,06%	-3,93%	-1,16%	-4,99%	47,9%	42,1%	1,60%	-2,34%	31,98%	-7,26%	X	X

*ИПЦ – индекс потребительских цен

Выявлена стабильность доходов МО от оказания стоматологической помощи по ТПГГ, когда в 2021-2022 гг. временно не учитывался объем выполненных работ [156]. В связи с тем, что СОП не включена в ТПГГ, основой ее оплаты являлись объемы оказанной помощи, что значительно снизило доходы МО, соотношение которых по сравнению с ПССП, оказанной в рамках ТПГГ, в изучаемом периоде в абсолютных показателях составляло от 1/9,6 до 1/22,4, в относительных показателях, с учетом инфляции – от 1/28,4 до 1/180,9.

Проведен расчет нормативных показателей СОП для включения в ТПГГ, на основании которого дан сравнительный анализ стоимости оказания ПССП и СОП, как критерий доступности и качества организации СОП, из расчета на 1 жителя региона. Представлено финансовое обоснование затрат на оказание СОП в рамках ежегодных ТПГГ на примере Рязанской области на 5 627,09 млн. руб., из расчета на всю категорию социально незащищенной группы населения в отношении СОП – неработающих пенсионеров в возрасте 60 лет и старше – 210 690 человек (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Финансовое обоснование затрат на оказание СОП группам пенсионеров для финансово-экономического обоснования ТПГГ Рязанской области (в тыс. руб.)

Наименование показателя	Человек, ед.	Средняя стоимость 1 случая оказания СОП, руб.	Потребность в финансовом обеспечении СОП, млн. руб.
Численность граждан в возрасте ≥ 60 лет	257 253	26 231,43	6 748,11
18,1% работающие пенсионеры	46 563	26 002,40	1 210,74
81,9% неработающие пенсионеры (социально не защищены)	210 690	26 707,89	5 627,09

Произведен расчет затрат на оказание СОП данной группе лиц, исходя из фактической кадровой обеспеченности врачами стоматологами-ортопедами, с

учетом укомплектованности штатных расписаний в государственных стоматологических МО региона (Таблица 4.11) по разработанному алгоритму:

Таблица 4.11 – Алгоритм расчета затрат на СОП, исходя из фактической кадровой обеспеченности врачами стоматологами-ортопедами в Рязанской области

Вид процедуры	Единица измерения	Количество
Время на одного пациента в год	час.	3,75*
Занятых должностей врачей стоматологов-ортопедов (форма № 30)	должность (ставка)	52,25
Время работы 1 врача стоматолога-ортопеда в год	час.	1 362
Выработка врачей-стоматологов-ортопедов в год	час.	71 164,5
СОП может быть оказана в год	случай (пациент)	18 977
Необходимо средств	тыс. руб.	506 841,0

Расчет:

1) время работы 1 врача-стоматолога-ортопеда в год = среднее число рабочих дней в год (227 дн.) * количество рабочих часов (6 час.) = 1 362 час.

2) выработка всех врачей стоматологов-ортопедов = кол-во занятых должностей (52,25) * время работы 1 врача стоматолога-ортопеда в год (1 362) = 71 164,5 час.,

3) число пациентов, которым может быть оказана СОП = выработка врачей-стоматологов-ортопедов в год (71 164,5) / время на 1 пациента в год (3,75 час.) = 18 977 чел.,

4) необходимые средства = {[средняя стоимость 1 случая СОП (26 707,89 руб.) * 18 977 чел.] / численность пациентов} / 1 000 = 506 841,0 тыс. руб.

При обеспечении максимального объема помощи за 1 визит (1 посещение) пациента, учитывая, что все посещения пациента в течение дня одного и того же врача должны учитываться как 1 посещение [111], два посещения должны

включать: 1 консультацию (20-30 мин) и 4 посещения (по 40-60 мин) с работами по протезированию, т.е. всего – 3,75 час. в год.

Согласно представленному в таблице 4.11 расчету, необходимо 506,841 млн. руб. в год, с возможностью охвата 18 977 неработающих пенсионеров Рязанской области в возрасте ≥ 60 лет и планированием внесения изменений и дополнений в ТППГ, с оплатой из областного бюджета.

Таким образом, сопоставление потребности в финансовом обосновании СОП по ТППГ Рязанской области на сумму 5 627,09 млн. руб. и кадровых возможностей региона, позволяет сделать расчет периода охвата всей группы неработающих пенсионеров в возрасте ≥ 60 лет общей численностью 210 690 чел. ($5\,627,09 / 506,841 = 11,10$ лет или $210\,690 / 18\,977 = 11,10$), в связи с чем целесообразно продление проекта на указанный период, т.е. до 2033 года.

Актуальность критерия расходования средств на СОП в сравнении с расходами на оказание ПССП по ТППГ заключается в сохранении соотношения стоимости законченных случаев оказания ПССП и СОП бюджетом субъекта РФ в условиях ежегодного повышения определяемой на федеральном уровне стоимости (тарифа) ПССП в рамках ПГГ (ТППГ).

Поскольку сравнение финансовых затрат на оказание СОП и стоматологической помощи по ТП ОМС является важным критерием доступности и качества организации СОП, проведен экономический анализ: среднегодовые расходы на оказание ПССП по ТППГ составили 239,67 млн. руб. и 880,75 руб. за 1 законченный случай. При этом доходы государственных медицинских организаций за оказание СОП составляли в 2019-2022 гг. от 7,97 до 18,03 млн. руб. и за 1 законченный случай в среднем 26 231,43 руб., т.е. более $\frac{1}{2}$ дохода семей пациентов и 66,68% от среднемесячной номинальной начисленной заработной платы (СНЗП) в расчете на 1 работника по региону (39 336,8 руб.).

Определялся экономический критерий как соотношение расходов на 1 законченный случай оказания ПССП в рамках ТППГ и оказания СОП на платной основе – 880,75 руб. / 26 231,43 руб., т.е. 1 / 30, т.е. 1 законченный случай

оказания СОП в 30 раз дороже 1 законченного случая оказания ПССП по ТПГГ, в целях дальнейшего сохранения соотношения данных показателей.

В целях обеспечения единых подходов к организации и оплате медицинской помощи целесообразен единый терминологический подход для определения критериев и показателей, используемых в ТПГГ, для включения СОП [64]. Важна также актуализация терминов: «обращение» и «законченный случай», а также «посещение» при оказании СОП, с учетом того, что по определениям Минздрава России – посещение пациентом несколько раз в течение одного дня (смены) врачей, имеющих одну и ту же специальность, учитывается в здравоохранении как 1 посещение (без указания на необходимость достижения целей) [111]. Помимо этого, Федеральным фондом ОМС (письмо от 25.01.2018 № 938/26-2/и) введено понятие «визит», согласно которому 1 «визит» пациента является 1 посещением [67], что не применялось на территории региона в изучаемом периоде, но, целесообразно в учете объемов СОП в дальнейшем.

Актуально, что понятие «визит» не предполагает каких-либо ограничений во времени, и пациенту может быть оказана СОП в необходимом объеме за 1 визит, что актуализирует учет манипуляций с каждым зубом (в отдельности) во время визита, с учетом возможных случаев оказания СОП в неотложной форме.

Поэтому актуальны разработанные автором «Методические рекомендации по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне» [53] (далее – Методические рекомендации), с расчетами нормативных (целевых) показателей СОП для включения в ТПГГ на уровне региона (акт внедрения, 2023).

Методические рекомендации основаны на рекомендованном Министерством здравоохранения РФ принципе – максимального увеличения трудозатрат за один «визит» к врачу, для обеспечения эффективности деятельности путем сокращения работы с документами и подготовки рабочего места. Основными целям Методических рекомендаций являлись: включение СОП в ТПГГ, определение критериев и показателей СОП, обеспечение обратной связи с пациентом (анкетирование, опрос). Даны определения единицам учета СОП:

«посещение» – показатель объема, используемый при планировании объемов и определении финансового обеспечения СОП в ТПГГ, допускающий как однократную явку к врачу стоматологу-ортопеду с достижением цели посещения, так и однократное посещение врача стоматолога-ортопеда, независимо от достижения цели посещения, «визит» – не ограниченное во времени пребывание его в стоматологической организации в целях максимального оказания показанной СОП, «УЕТ» – условная единица трудоемкости, используемая для оценки объемов СОП, оказанной пациенту, «законченный случай»– законченный случай СОП, когда цель достигнута (выздоровление, улучшение состояния, завершение процесса лечения и проч.).

Обоснована целесообразность оказания и оплаты СОП в рамках данной программы, с актуализацией аспектов организации и оплаты СОП на региональном уровне. Предложена схема оказания СОП (Рисунки 4.10, 4.11).

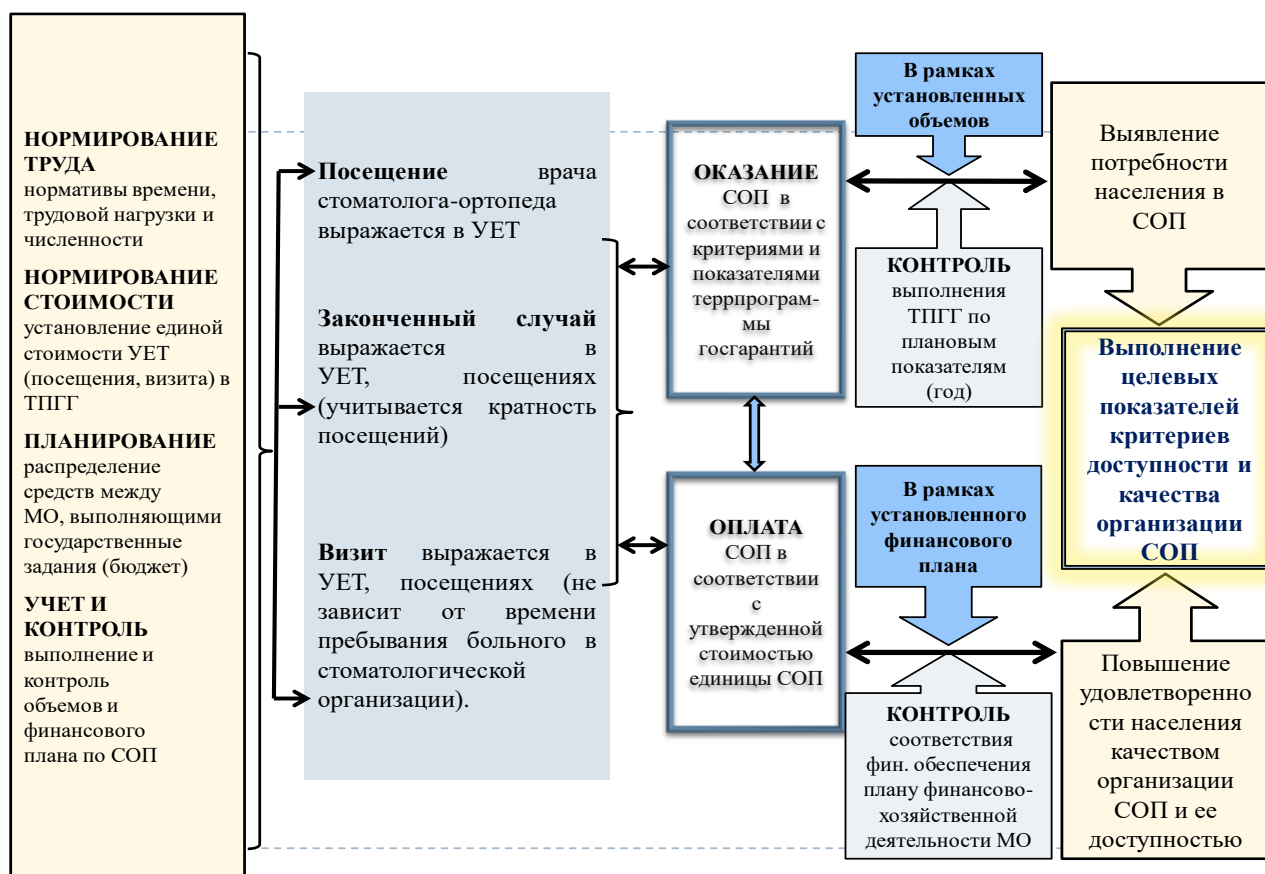


Рисунок 4.10 – Схема организации СОП в рамках ТПГГ в Рязанской области (Успенская И.В., Тишкина Л.Н., 2023)



Рисунок 4.11– Актуализация аспектов организации и оплаты СОП в рамках ТПГГ в Рязанской области (Успенская И.В., Тишкина Л.Н., 2023)

В ходе научного исследования и изучения опыта предыдущих работ установлена кратность (число) посещений при протезировании несъемными конструкциями протезов (или исключительно съемными конструкциями протезов) =3-5 посещений на один законченный случай лечения, при сочетанном протезировании: несъемные + съемные конструкции – до 7-10 посещений [41]. Выполненные объемы СОП анализировались по формам 039-4У «Дневник работы врача стоматолога-ортопеда», с учетом оплаты из личных средств пациентов (родственников и проч.), т.к. в изучаемом периоде СОП не входила в ТПГГ.

При изучении технологических карт установлено, что первое посещение включало консультацию, рентгенографию, составление предварительного плана протезирования и плана к его подготовке (формирование рекомендаций стоматологу-терапевту, стоматологу-хирургу), повторное – консультацию, формирование и представление окончательного плана протезирования, составление предварительной калькуляции для определения стоимости планируемой СОП, лечащий врач информировал пациента о плане лечения и

прогнозируемых осложнениях, получал добровольное информированное согласие на лечение и установку ортопедических конструкций, что подтвердило данные литературы. При осмотре оценивался ортопедический статус пациента, в т.ч. наличие протезов, их вид и характер, устанавливалась потребность в протезировании [10, 41, 130].

Используются в регионе широко освещенные в литературе виды протезов:

- а) несъемные протезы, в т.ч.: шины, мостовидные и шины-протезы,
- б) съемные полностью пластиночные протезы, частично съемные протезы, в т.ч.: пластиночные, бюгельные,
- в) съемные шины и шины-протезы для лечения пародонта [41].

Установлено, что лечащим стоматологом-ортопедом, после получения добровольного информированного согласия и принятия решения о выборе показанных ортопедических конструкций, составлялся заказ-наряд, с указанием порядкового номера, даты и места заполнения документа. Паспортная часть оформлялась медицинской сестрой (администратором) в полном соответствии с данными амбулаторной карты конкретного пациента, с указанием персональных данных лечащего врача и зубного техника, объема и длительности производимых ими работ, стоимости ортопедических конструкций и сроков их готовности, устанавливаемых руководителем в зависимости от наличия (отсутствия) и планирования закупок необходимых материалов, а также технологического и кадрового обеспечения МО. При этом пациент вносил авансовый платеж непосредственно в кассу МО, после чего снятые во время приема оттки передавались в зуботехническую лабораторию для осуществления запланированных работ.

В структуре стоимости (калькуляции) ортопедических работ доля оплаты труда стоматологов-ортопедов и зубных техников определялась коллективным договором конкретной стоматологической организации, с учетом производственного плана, составляющего 2100 УЕТ в год на специалиста. С учетом этого и, согласно результатам произведенных хронометражных работ и изучением технологических карт, был произведен расчет стоимости

ортопедического лечения, показанного неработающим пенсионерам в возрасте ≥ 60 лет, для которых в основном доступен такой вид зубного протезирования как установка съемных протезов, которые могут быть частичными (ЧСП) или полными (ПССП):

1) определена стоимость 1 мин. труда стоматолога-ортопеда = план в день (руб.) / часы работы (мин.) = 11 000 руб. / 375 мин. = 29,3 руб.

2) определена стоимость 1 мин. труда зуб. техника = 6250 / 390 = 16,0 руб.

3) произведен расчет стоимости полного съемного протеза (ПССП):

3.1) затраты на зарплату врача стоматолога-ортопеда = время на одну процедуру (мин.) * стоимость 1 мин. = 29,3 руб. * 255 мин. = 7 471,5 руб.,

3.2) затраты на зарплату зуб. техника = 16,0 руб. * 310 мин. = 4 960 руб.

4) Произведен расчет стоимости частичного съемного протеза (ЧСП):

4.1) затраты на зарплату врача стоматолога-ортопеда = время на одну процедуру (мин) * стоимость 1 мин. = 29,3 руб. * 135 мин. = 2 160 руб.,

4.2) расходы на оплату труда зуб. техника = 16,0 руб. * 245 мин. = 3 920 руб.

5) Произведен расчет стоимости 1 цельнолитой коронки из стали:

5.1) оплата труда стоматолога-ортопеда = стоимость 1 мин. * время на одну процедуру (мин.) = 29,3 руб. * 95 мин. = 2 783,5 руб.,

5.2) оплата труда зуб. техника = 16,0 руб. * 220 мин. = 3 520 руб.

б) Произведены расчеты стоимости ортопедического лечения (основные нозологические формы):

6.1) 2 ПССП (верхняя и нижняя челюсть) = 2*(затраты на оплату труда стоматолога-ортопеда+ зуб. техника) = 2*(7 471,5 + 4 960) = 24 863 (руб.),

6.2) 2 ЧСП (верхняя и нижняя челюсть) + 4 коронки = 2*(2 160+3 920) + 4*(2 783,5+3 520) = 12 160+25 214=37 374 (руб.)

6.3) 1 ЧСП (верхняя или нижняя челюсть) + 2 коронки (2 160+3 920) + 2*(2 783,5+3 520) = 6 080+12 607=18 687(руб.)

7) Определена средняя стоимость 1 случая СОП, учитывая сложившуюся в нашем исследовании частоту: 2ПССП / 2ЧСП / 1ЧСП = 1 / 1 / 1:

(24 863+37 374+18 687) / 3 = 26 974,0 (руб.), т.е. более $\frac{1}{2}$ дохода семей—

показатель близкий к стоимости 1 законченного случая СОП, сложившегося в изучаемом периоде, взятую в расчет общих финансовых затрат на СОП по ТПГГ (26 707,89 руб.) [137].

С учетом проведенных расчетов и внедренных методических рекомендаций, критерии и показатели доступности и качества организации СОП, включающие нормативы объемов, стоимости (тарифов) и общего финансового обеспечения СОП из расчета на год, определены и представлены в качестве проекта нормативного документа Правительства РО о ТПГГ (Приложение К), для обеспечения безвозмездного оказания СОП определенным категориям населения, с закреплением критериев и целевых показателей доступности и качества организации СОП в структуре нормативного правового акта.

Разработана схема включения критериев и показателей доступности СОП и качества ее организации в целях включения данного вида стоматологической помощи в ТПГГ Рязанской области (Рисунок 4.12).

К медико-организационным были отнесены показатели укомплектованности стоматологических МО кадрами врачей стоматологического профиля, в том числе соотношение фактической укомплектованности со штатными расписаниями МО – $K_{\text{мед.-орг.}}$ по формуле 4.2:

$$K_{\text{мед.-орг.}}^1 = \frac{\text{Количество занятых должностей}}{\text{Количество штатных должностей}} \times 100,0\% \quad (4.2)$$

Расчет:

а) стоматологи: $201,5 / 234,25 = 0,86$,

б) стоматологи-ортопеды: $52,25/57,0 = 0,92$.

К финансово-экономическим отнесены показатели соотношения доходов государственных МО за оказание СОП с показателями финансирования ПССП по ТПГГ Рязанской области, соотношение средней стоимости 1 случая оказания СОП с размером МРОТ в регионе, а также сравнение усредненных доходов в расчете на 1 члена семьи пациента со средней стоимостью законченного случая СОП – $K_{\text{фин.-эк.}}^{1,2,3}$ (формулы 4.3, 4.4, 4.5):

$$K_{\text{фин.-эк.}}^1 = \frac{\text{МРОТ (Рязанская область)}}{\text{Стоимость 1 случая СОП (платные услуги)}} \quad (4.3)$$

При этом, $K_{\text{фин.-эк.}}^1 = 12792 / 26\,974 = 0,47$

$$K_{\text{фин.-эк.}}^2 = \frac{\text{Доходы на 1 члена семьи респондента}}{\text{Стоимость 1 случая СОП (платные услуги)}} \quad (4.4)$$

При этом, $K_{\text{фин.-эк.}}^2 = 20693,33 / 26\,974 = 0,76$

$$K_{\text{фин.-эк.}}^3 = \frac{\text{Доходы на 1 члена семьи н/р пенсионера}}{\text{Стоимость 1 случая СОП (платные услуги)}} \quad (4.5)$$

При этом, $K_{\text{фин.-эк.}}^3 = 17\,525,04 / 26\,974 = 0,65$

К медико-социальным отнесены показатели удовлетворенности качеством организации и доступностью СОП, с выделением удовлетворенности пациентов в возрасте 60 лет и старше – $K_{\text{мед.-соц.}}^{1,2}$ (формулы 4.6, 4.7):

$$K_{\text{мед.-соц.}}^1 = \frac{\text{Удовлетворено пациентов (респондентов)}}{\text{Общее количество респондентов}} \times 100,0\% = \quad (4.6)$$

При этом, $K_{\text{мед.-соц.}}^1 = 266 / 407 = 0,65$

$$K_{\text{мед.-соц.}}^2 = \frac{\text{Удовлетворено пациентов (респондентов)} \geq 60 \text{ лет}}{\text{Общее количество респондентов} \geq 60 \text{ лет}} \times 100,0\% \quad (4.7)$$

При этом, $K_{\text{мед.-соц.}}^2 = 99 / 148 = 0,67$.

Рассчитан интегральный показатель ($K_{\text{lim } f \rightarrow 1,0}^f$) доступности и качества организации СОП в Рязанской области по формуле 4.8 как для населения региона, так и для категории неработающих пенсионеров в возрасте ≥ 60 лет:

$$K_{\text{lim } f \rightarrow 1,0}^f = K_{\text{мед.-орг.}} * K_{\text{фин.-эк.}} * K_{\text{мед.-соц.}} \quad (4.8)$$

Расчет:

а) все население: $0,92 * 0,76 * 0,65 = 0,4545$;

б) неработающие пенсионеры: $0,92 * 0,65 * 0,67 = 0,4007$.



Рисунок 4.12– Схема включения критериев и показателей доступности и качества организации СОП в ТПГГ

Интегральный показатель доступности и качества организации СОП ($K_{lim}^{f \rightarrow 1,0}$), который должен стремиться к 1,0, имеет значение в целом по региону – 0,4545, по категории неработающих пенсионеров в возрасте 60 лет и старше показатель = 0,4007, что подтверждает необходимость включения СОП в ТПГГ, в целях организации бесплатного оказания неработающим пенсионерам в регионе.

Произведены экономические расчеты в целях включения СОП в ТПГГ, основанные на требованиях Правительства РФ по установлению финансовых нормативов и нормативов объема медицинской помощи из расчета на 1 жителя региона, исходя из численности населения на начало предшествовавшего года. Таким образом, нормативы по ТПГГ определялись с учетом численности жителей Рязанской области в 2022 г. – 1 085 152 чел., использованной при формировании ТПГГ на 2023 г. и период 2024-2025 гг.

Разработанным автором проектом нормативного регионального документа об изменении действующего в 2023 г. нормативного акта – постановления Правительства РО от 28.12.2022 №537, которым утверждена ТПГГ, предложено включение СОП с научно обоснованными критериями и целевыми показателями (Приложение К).

Определены и внесены в проект нормативы из расчета на 1 жителя, при планировании оказания СОП группе наиболее социально незащищенных лиц – неработающих пенсионеров 60 лет и старше, с учетом адресности оказания СОП.

Расчет:

а) финансовые нормативы СОП (бюджетный блок ТПГГ):

506,841 млн. руб. / 1 085 152 чел. = 467,07 руб.

б) нормативы объема в законченных случаях оказания СОП:

18 977 / 1 085 152 чел. = 0,01749.

4.3. Медико-социальные критерии и показатели стоматологической ортопедической помощи

4.3.1. Оценка показателей доступности по удовлетворенности пациентов качеством организации стоматологической ортопедической помощи

Приоритетная задача на этапе совершенствования первичного звена здравоохранения – обеспечение равной доступности и надлежащего качества организации ПМСП гражданам страны, обеспечиваемая в рамках программ государственных гарантий, путем законодательного закрепления прав россиян на безвозмездную медицинскую помощь по ТПГГ (Конституция РФ, статья 41, Федеральный закон №323, статьи 10 и 33), на основе порядков ее оказания и с учетом медицинских стандартов. Гражданам предоставлено право выбора медицинского учреждения, лечащего врача, с соблюдением длительности ожидания тех или иных услуг, а также безотказный прием лиц с острой болью, в т.ч. в стоматологии.

В ТПГГ еще с 2009 г. предлагались к утверждению на региональном уровне объединенные критерии доступности и качества медицинской помощи, при этом «критерии качества медицинской помощи» фактически являлись «критериями качества организации медицинской помощи», т.к. учитывалось обеспечение врачами специалистами, показатели заболеваемости и проч. Начиная с 2012 г. в ТПГГ утверждались те же критерии с показателями – т.н. «целевыми значениями», однако, без детализации по профилям (специальностям). При этом, критерии и показатели (объемов, стоимости и проч.) ПССП, как неотъемлемой части ПМСП, были включены в ТПГГ. СОП не включалась в ТПГГ, в связи с чем критерии и показатели ее доступности и качества не актуализированы на

государственном уровне, в т.ч. не определена ее стоимостная доступность на региональном уровне.

Поэтому, уровень стоимостной доступности СОП был определен с учетом доходов семей пациентов, выраженных, в целях сопоставимости результатов, в долях минимального размера оплаты труда (МРОТ), т.е. в относительных показателях [143]. Качество организации СОП оценивалось в том числе по количеству жалоб и удовлетворенности пациентов. Доля официальных жалоб (обращений) по поводу стоимостной недоступности СОП составила 43,55% общего количества жалоб пациентов на оказание стоматологической помощи, направленных в Минздрав Рязанской области (27 из 62 жалоб). Отсутствие жалоб на качество организации СОП связано с тем, что в изучаемом периоде при оказании СОП проводились мероприятия по повышению качества ее организации и обеспечения доступности путем оптимизации использования кадров, медицинских технологий и материально-технических ресурсов, при этом, оказывалась СОП в соответствии с клиническими рекомендациями [13, 40, 43, 85, 86]. При оценке проведения в базовой МО контроля качества и безопасности медицинской деятельности, установлено, что в 2019-2022 гг. действовала система оценки деятельности стоматологов-ортопедов по степени удовлетворенности пациентов качеством организации СОП, случаи устных жалоб и иных обращений пациентов, устранялись оперативно в режиме on-line и в досудебном порядке [46, 144, 147].

По данным исследования, проведенного в регионе в 2012-2016 гг., более 53,0% экспертов (врачи-стоматологи) отметили 100,0% положительное отношение жителей Рязанской области к оплате стоматологической помощи из собственных средств, в том числе СОП, при этом, более 70,0% опрошенных считало важным обеспечить бесплатное оказание СОП социально незащищенным группам населения [169]. В ходе нашего исследования также было изучено отношение пациентов с разными источниками и размером затрат на СОП, к вопросу бесплатного ее оказания по ТПГГ. При этом, не выявлено достоверной зависимости их мнения о включении СОП в ТПГГ от источника и величины

расходов: подавляющее большинство (более 80,0% опрошенных) отметило целесообразность включения СОП в ТПГГ для обеспечения ее бесплатного оказания в регионе (учитывались ответы – «скорее да, чем нет» и «да») (Рисунок 4.13).

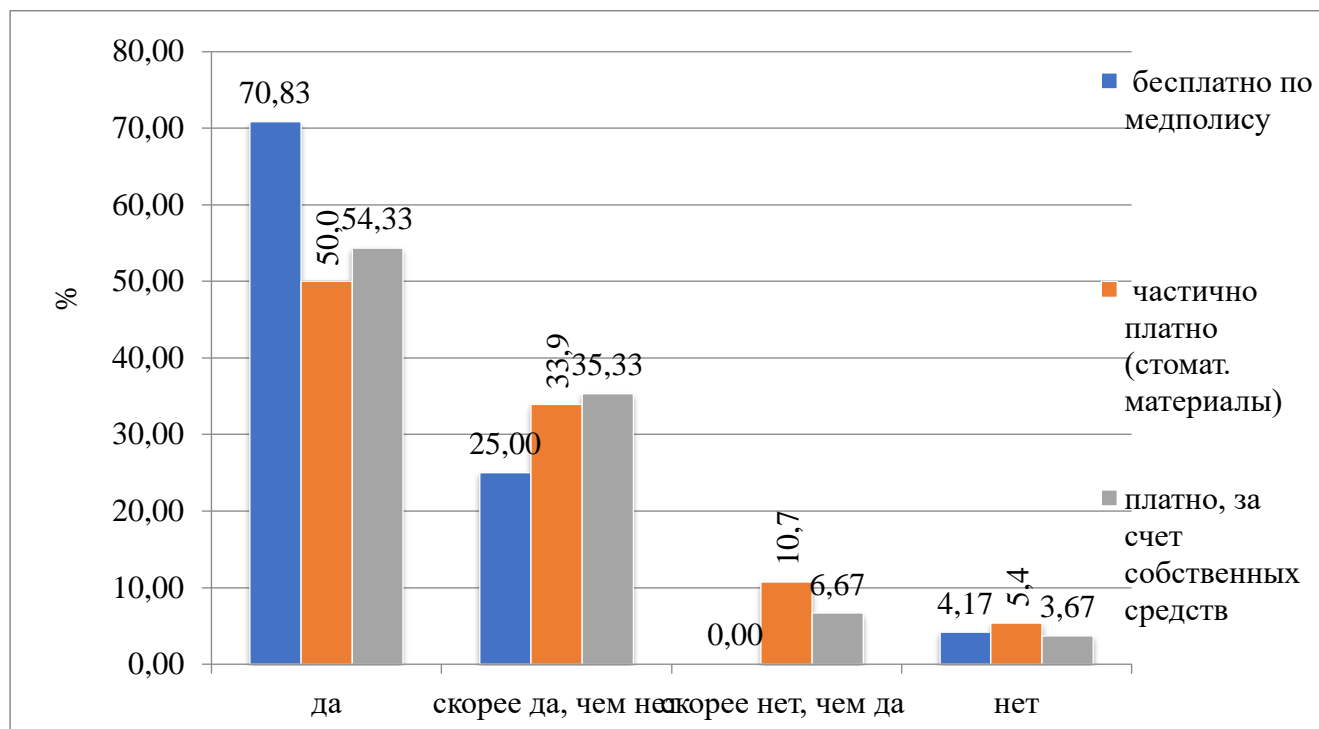


Рисунок 4.13 – Мнение пациентов с различными источниками оплаты СОП о ее включении в ТПГГ (каждая группа пациентов принята за 100,0%)

Проведено анкетирование 407 пациентов, половозрастная структура которых представлена на рисунке 4.14. Доля «возрастных» респондентов преобладала среди опрошенных, соблюдавших принцип добровольности при анкетировании. Среди опрошенных преобладали женщины, преимущественно обратившиеся в государственные МО в возрасте от 51 до 59 лет 11 мес. 29 дн. (т.е. до 60 лет) – 32,95% и в возрасте 60 лет и старше – 42,64% и мужчины от 51 до 59 лет 11 мес. 29 дн. – 38,93%.

Группа от 0 до 30 лет была невелика (женщины – 3,88%, мужчины – 4,03%), что не снизило достоверность проведенного исследования. В ходе работы не было выявлено достоверной зависимости оказания СОП от места проживания пациентов (город, село), так как в стоматологической практике не применялся

участковый принцип территориального прикрепления граждан и использовалась ретроспективная система оплаты по принципу – за оказанные объемы СОП, выраженные в количестве УЕТ.

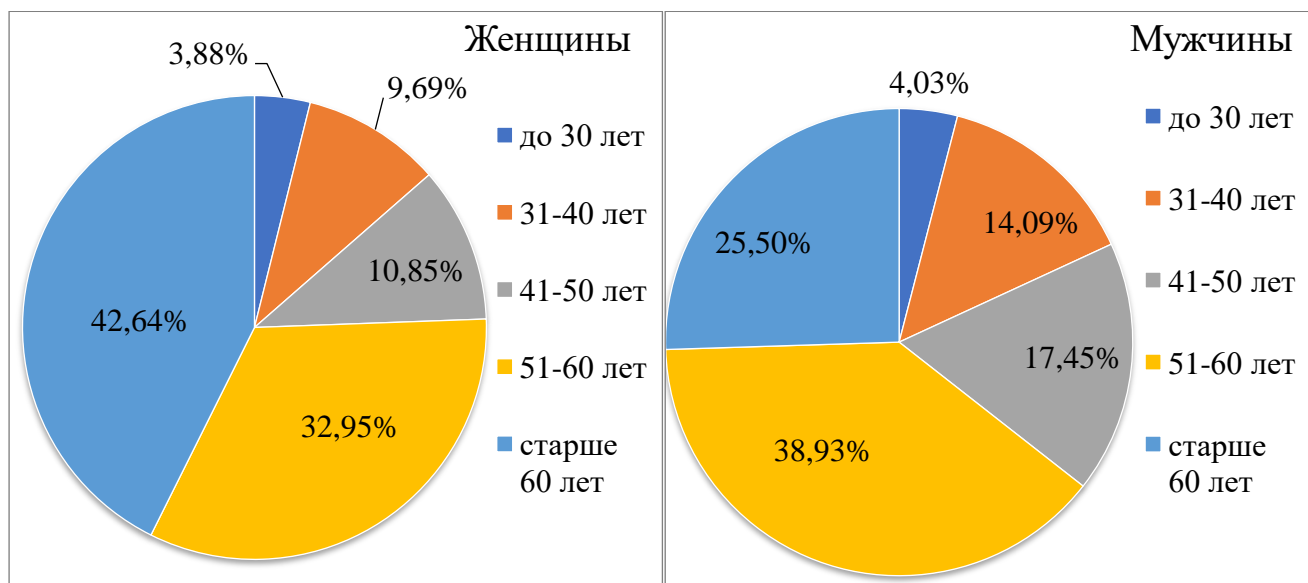


Рисунок 4.14 – Половозрастная структура опрошенных пациентов, которым оказана СОП в 2019-2022 гг. в Рязанской области (%)

Установлено также, что удовлетворенность пациентов достоверно не связана с источником ее оплаты – большинство из них удовлетворены качеством организации СОП, что связано как с особенностями ее оказания, так с отсутствием СОП в составе ТПГГ. В группе пациентов, где доходы на 1 члена их семей составляли 1,0-2,0 МРОТ (1 МРОТ – 12 792 руб.), на оплату СОП затрачивалось >45 000 руб. всего в 1,45 % случаев, тогда как в группе пациентов, доходы которых составляли $\geq 6,0$ МРОТ на 1 члена семьи, таковых было 32,65%.

Выявлен низкий уровень доходов семей пациентов, которым СОП не доступна или доступна при условии привлечения дополнительных (нередко – заемных) средств из вне, путем банковского кредитования или помощи родственников (в основном материальной помощи от взрослых работающих детей): от 15,18 до 23,34 тыс. руб. из расчета на 1 члена семьи пациента, т.е. от 1,2 до 1,8 МРОТ (Рисунок 4.15).

Проведен сравнительный анализ оценки пациентами стоимостной доступности СОП в зависимости от общего дохода их семей в двух возрастных

группах. В возрастной группе <60 лет доходы выше в связи с бóльшим количеством членов семей с самостоятельным заработком. Тем не менее, зависимости оценки стоимостной доступности СОП от общего дохода семей не выявлено (Рисунок 4.16).

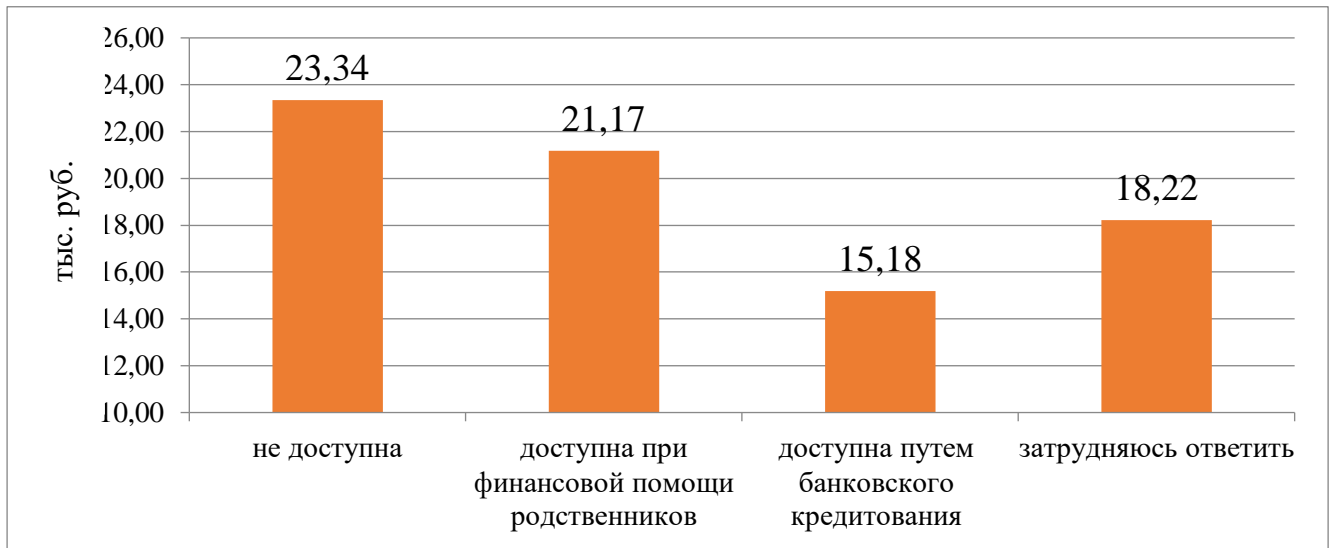


Рисунок 4.15 – Оценка пациентами с различным доходом (на 1 члена семьи) стоимостной доступности СОП в 2019-2022 г. в Рязанской области (тыс. руб.)

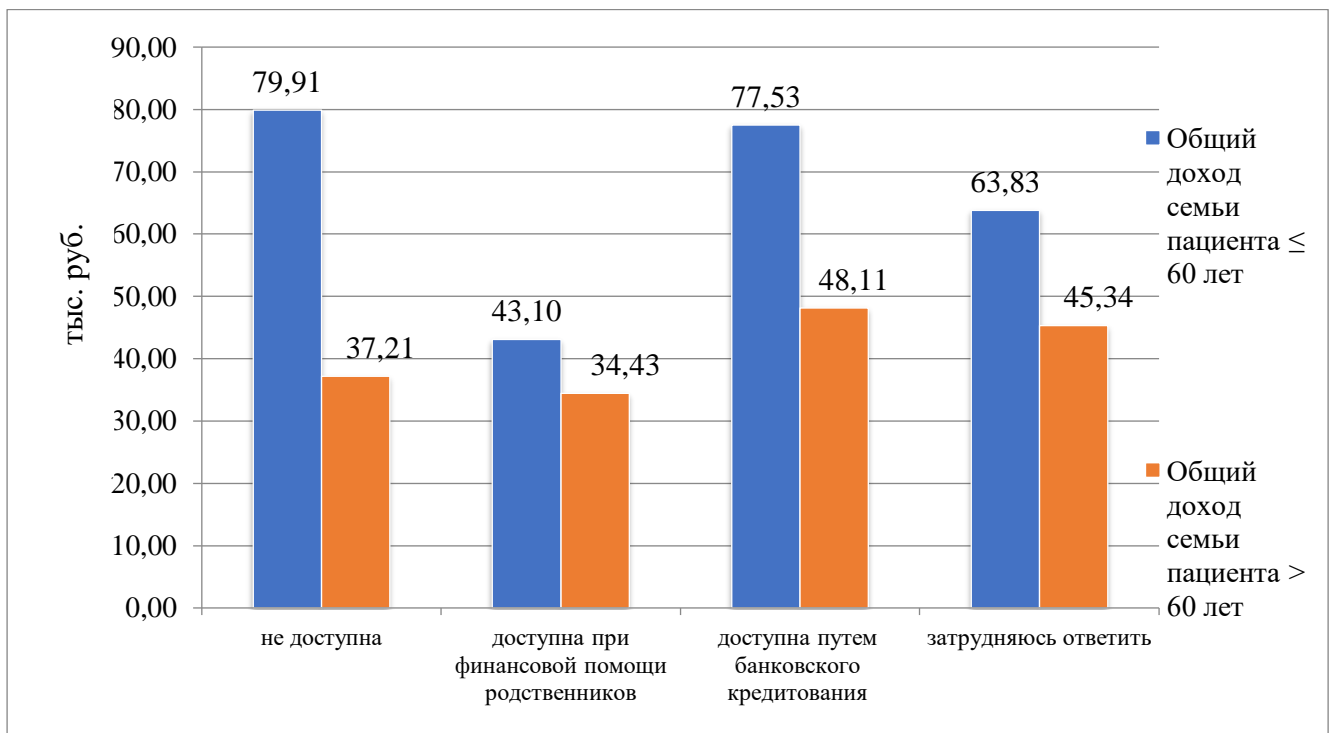


Рисунок 4.16 – Оценка общих доходов пациентов в возрасте <60 и ≥60 лет, с различным уровнем стоимостной доступности СОП в 2019-2022 г. в Рязанской области (тыс. руб.)

Дана оценка стоимостной доступности СОП различалась у пациентов в группах до 60 и ≥ 60 лет с различным доходом на 1 члена семьи (Рисунок 4.17).

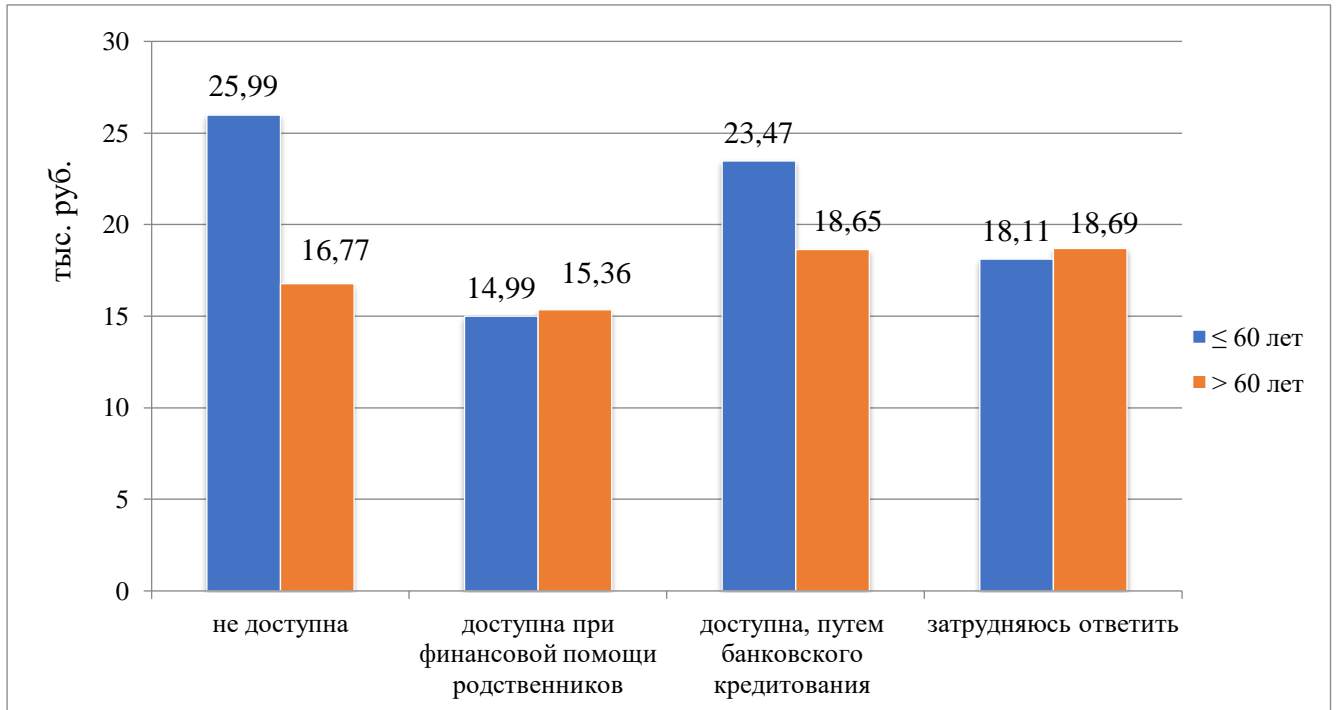


Рисунок 4.17 – Оценка стоимостной доступности СОП у пациентов в возрастных группах до 60 и ≥ 60 лет, с различным уровнем доходов на 1 члена семьи в 2019-2022 г. в Рязанской области (тыс. руб.)

Доходы в размере 23,47-25,99 тыс. руб. на 1 члена семей пациентов до 60 лет, которые считали СОП недоступной в стоимостном отношении или «относительно» доступной за счет привлечения дополнительных средств сверх семейного бюджета, выше доходов у пациентов в возрасте 60 лет и старше = 16,77-18,65 тыс. руб. (связь отрицательная, умеренная, $r = -0,419$, $p < 0,001$). Около 80,0% (79,89%) пациентов отнесли СОП к дорогостоящей медицинской помощи и, тем не менее, готовы производить оплату из средств семейного бюджета или прибегать к помощи родственников и кредитованию.

Доходы пациентов, отметивших недоступность или «относительную» доступность СОП (при привлечении дополнительных средств «плюсом» к семейному бюджету), находились в рамках 1-2 МРОТ на 1 члена семьи.

В группе пациентов до 60 лет (принята за 100,0%), стоимостную доступность СОП отметили 56,54%, в основном работающие (46,54%), на помощь

родственников рассчитывало 20,77%, в т.ч. 13,85% работающих граждан, планировали взять кредит 3,46%, на недоступность СОП указало 7,31% пациентов данной группы (затруднились ответить 11,92%) (Таблица 4.12).

Таблица 4.12 – Распределение работающих и не работающих пациентов двух возрастных групп по оценке стоимостной доступности СОП в Рязанской области за 2019-2022 гг. (%)

Оценка стоимостной доступности	до 60 лет			60 лет и старше		
	работает	не работает	всего	работает	не работает	всего
доступна	46,54	10,00	56,54	15,65	26,53	42,18
затрудняюсь ответить	9,23	2,69	11,92	3,40	9,99	13,39
не доступна	4,23	3,08	7,31	1,30	9,12	10,42
планирую взять кредит в банке	2,69	0,77	3,46	0,68	0,00	0,68
рассчитываю на помощь родственников	13,85	6,92	20,77	4,76	28,58	33,33
всего	76,54	23,46	100,00	25,79	74,21	100,00

В группе 60 лет и старше (принята за 100,0%) стоимостную доступность СОП с использованием средств семейного бюджета отметили 42,18% респондентов, в т.ч. 26,53% неработающих граждан, рассчитывали на помощь родственников 33,33% и планировали взять кредит 0,68%, на недоступность СОП указало 10,42% пациентов данной группы (затруднились ответить 13,39%).

Удовлетворенность качеством организации СОП определялась по оценке пациентом реализации его права выбора лечащего врача, получения ожидаемого объема СОП за 1 «визит», комфортности пребывания в ожидании приема: удовлетворено >65,0% пациентов, выбравших лечащего врача, более, чем 2/3 случаев удовлетворены пациенты, кому оказывался ожидаемый ими объем стоматологических услуг, комфортные условия ожидания и оказания СОП отметило 85,53% респондентов, удовлетворенных качеством ее организации и не

выявлено достоверных различий у пациентов с разным уровнем доходов в оценке комфортности пребывания в МО.

Выявлена достоверная зависимость качества организации СОП от ее временной доступности, в т.ч. обратная зависимость уровня оценки пациентами качества организации СОП и длительности ожидания в очереди на прием к специалисту ($r=-0,251$, $p<0,001$). При этом, большинство опрошенных (97,21%) положительно оценило организацию записи к стоматологу-ортопеду по каналам связи: электронной регистратуре, интернету, без непосредственного обращения к регистраторам.

Всего удовлетворены временной доступностью СОП 59,71% опрошенных, скорее удовлетворено – 28,15%, скорее не удовлетворено – 9,15%, не удовлетворено – 1,49% и 1,50% респондентов затруднились ответить на данный вопрос. Отмечена, как положительный фактор, высокая доля записей к специалистам без непосредственного обращения в регистратуру – до 90,0%, что связано с региональными профмероприятиями 2019-2022 гг. (при пандемии COVID-19).

Удовлетворенность качеством организации СОП достоверно связана с предоставлением пациенту лечащим стоматологом-ортопедом полной информации в доступной форме о состоянии его стоматологического здоровья, применяемых методах лечения, профилактики и о прогнозе и иной актуальной информации ($r=-0,385$, $p<0,001$): пациенты, удовлетворенные данной информацией в 85,34% случаев положительно оценили качество организации СОП, тогда как среди неудовлетворенных таковых <17,0%.

Более 65,50% опрошенных удовлетворено организацией СОП, 30,05% – скорее удовлетворено, 3,21% – скорее не удовлетворено, не удовлетворено – 1,21% респондентов. Удовлетворенность качеством организации СОП изучалась в зависимости от социального статуса пациентов возрастных групп: <60 лет и ≥ 60 лет, не выявлено достоверных различий удовлетворенности изучаемых групп, что связано как с отсутствием в старших возрастах отдельных социальных групп

(рабочий, студент, предприниматель), а также в связи с незначительным числом неудовлетворенных.

Тем не менее, среди пациентов <60 лет в бóльшей степени удовлетворены работающие пенсионеры – 75,02% (нет неудовлетворенных), в меньшей–неработающие пенсионеры: удовлетворено 53,85%, не удовлетворено 3,85%, работники бюджетных организаций: удовлетворено 64,41% и не удовлетворено 1,69%. В группе ≥60 лет в бóльшей степени удовлетворены неработающие пенсионеры – 70,19% (не удовлетворено – 1,92%). Менее удовлетворены работающие пенсионеры – всего 50,03% (не удовлетворено – 0,0%) и «прочие категории»: удовлетворено – 66,65%, не удовлетворено – 4,17% (Рисунок 4.18).

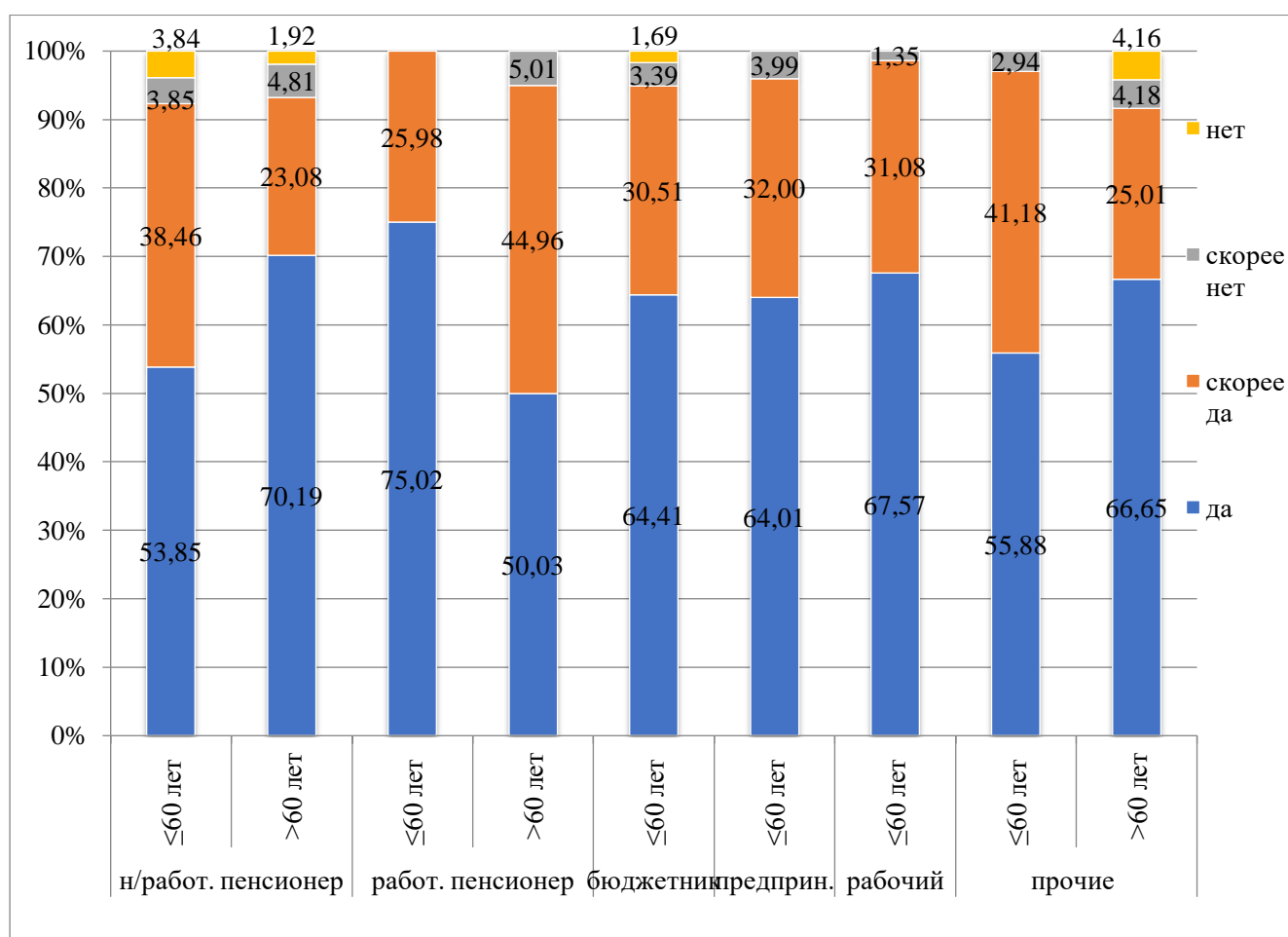


Рисунок 4.18 – Показатели удовлетворенности качеством организации СОП в двух возрастных группах пациентов с различным социальным статусом (каждая группа принята за 100,0%) в 2019-2022 г. в Рязанской области (%)

Выявлялись корреляционные связи с использованием ответов на вопросы Анкеты пациента при оказании СОП, в целях выявления ведущих факторов (по силе и направленности связи) удовлетворенности пациентов доступностью и качеством организации СОП в Рязанской области (Приложение Е). В целом определена положительная связь доступности и качества организации СОП (связь прямая, умеренная, $r=0,332$, $p<0,001$). Использование пациентом права выбора лечащего врача-стоматолога-ортопеда актуально и положительно связано с доверием лечащему врачу, с оценкой полученного пациентом объема СОП как «ожидаемого», удовлетворенностью качеством организации СОП и лояльностью больных к государственным МО (связи прямые, умеренные, $p<0,001$), но отрицательно – с затруднениями различного характера при оказании СОП (связь обратная, умеренная, $r=-0,431$, $p<0,001$).

Доверие пациента лечащему врачу-стоматологу-ортопеду связано с положительной оценкой пациентом полученного им объема СОП как «ожидаемого», удовлетворенностью рекомендациями врача и информацией о состоянии здоровья, прогнозе и др., а также удовлетворенностью качеством организации СОП (связи прямые, умеренные, $p<0,001$). Оказывало доверие лечащему врачу подавляющее большинство опрошенных (99,23%), при этом, 75,24% из них удовлетворено качеством организации СОП.

Удовлетворенность рекомендациями врача и иной актуальной информацией связана с оценкой работы врача-стоматолога-ортопеда (связь прямая, умеренная, $r=0,319$, $p<0,001$).

Оценка пациентом полученного им объема СОП как «ожидаемого» связан с его оценкой работы врача-стоматолога-ортопеда и удовлетворенностью качеством организации СОП (связи прямые, умеренные, $p<0,001$). Оценка пациентом работы врача-стоматолога-ортопеда связана с удовлетворенностью качеством организации СОП (связь прямая, умеренная, $r=0,341$, $p<0,001$).

Затруднения при получении СОП связаны с временной недоступностью СОП (связь прямая, умеренная, $r=0,336$, $p<0,001$) и имели отрицательную связь с

удовлетворенностью пациента качеством ее организации, доверием лечащему врачу и оценкой его работы (связи обратные, слабые, $p < 0,001$).

Недоступность СОП, в части длительности ожидания приема, имела отрицательную связь с возможностью выбора лечащего врача и удовлетворенностью качеством организации СОП (связи обратные, слабые, $p < 0,001$).

Удовлетворенность пациента доступностью СОП связана с оценкой больными себя в качестве «ценных» для МО пациентов (связь прямая, умеренная, $r = 0,316$, $p < 0,001$).

Проведено изучение удовлетворенности пациентов качеством организации СОП с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) [200], с оценкой в рамках пятибалльной системы (от 0 до 5 баллов) по следующим признакам: возраст (< 60 лет и ≥ 60 лет), пол, социальный статус. В связи с этим, выявлена оценка качества работы стоматологов-ортопедов в зависимости от пола и социального статуса пациентов двух возрастных групп. При этом, оценка работы лечащего врача стоматолога-ортопеда достоверно связана ($r = 0,349$, $p < 0,001$) с удовлетворенностью пациентов качеством организации СОП в разрезе их пола и возраста (Рисунок 4.19).

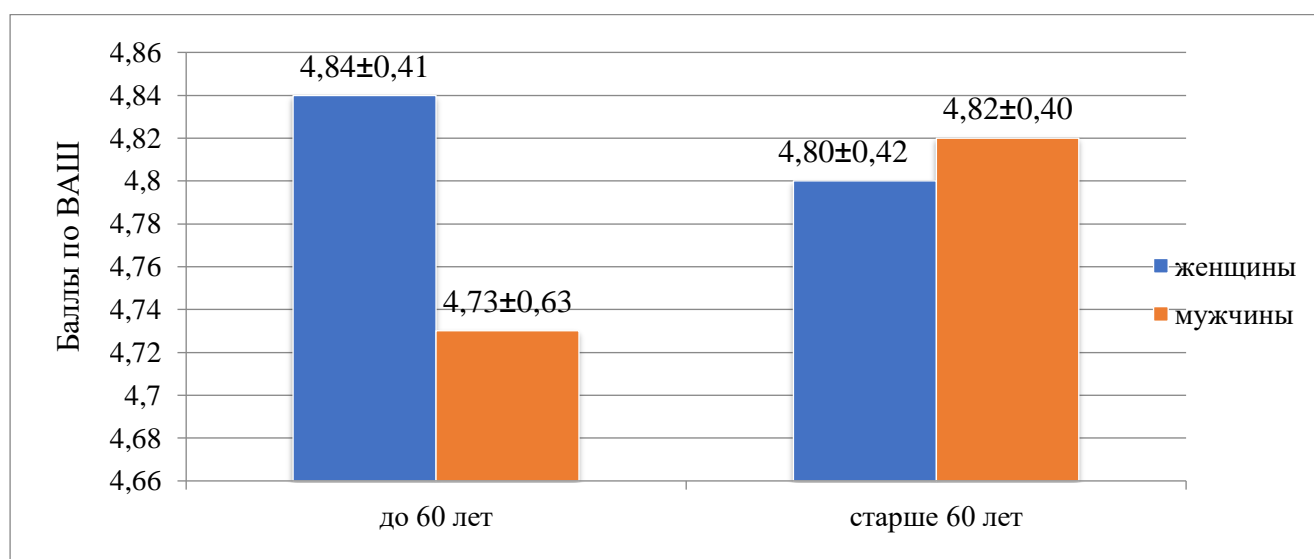


Рисунок 4.19 – Оценка удовлетворенности качеством организации СОП отдельных групп пациентов в 2019-2022 г. в Рязанской области (по шкале ВАШ, баллы)

Выявлялись корреляционные связи с использованием ответов на вопросы Анкеты пациента при оказании СОП, в целях выявления ведущих факторов (по силе и направленности связи) удовлетворенности пациентов доступностью и качеством организации СОП в Рязанской области (Приложение Е). В целом определена положительная связь доступности и качества организации СОП (связь прямая, умеренная, $r=0,332$, $p<0,001$). Использование пациентом права выбора лечащего врача-стоматолога-ортопеда актуально и положительно связано с доверием лечащему врачу, с оценкой полученного пациентом объема СОП как «ожидаемого», удовлетворенностью качеством организации СОП и лояльностью больных к государственным МО (связи прямые, умеренные, $p<0,001$), но отрицательно – с затруднениями различного характера при оказании СОП (связь обратная, умеренная, $r=-0,431$, $p<0,001$).

По половозрастным показателям наиболее низкая оценка ($4,73\pm 0,63$ балла) в возрастной группе мужчин до 60 лет (включительно), наиболее высокая – в группе женщин до 60 лет (включительно) – $4,84\pm 0,41$ балла, тогда как в группе ≥ 60 лет оценки близки. Тем не менее, следует принять нулевую гипотезу и признать незначимыми различия в удовлетворенности пациентов качеством организации СОП с использованием шкалы ВАШ в зависимости от их возраста и пола.

Изучалась оценка респондентами стоимостной доступности СОП в 2019-2022 г. в Рязанской области, составившая в среднем $4,793$ балла и оценка удовлетворенности доступностью и качеством организации СОП отдельных социальных групп по шкале ВАШ (Рисунки 4.20, 4.21).

Так, в разрезе социально-возрастных факторов в группе <60 лет наиболее низкая оценка стоимостной доступности СОП была дана безработными ($4,22\pm 0,98$ балла), более высокая – неработающими пенсионерами ($4,89\pm 0,34$ балла) и предприниматели ($4,82\pm 0,40$ балла). При этом, в возрастной группе ≥ 60 лет наиболее низкую оценку дали прочие категории опрошенных ($4,77\pm 0,01$ балла), высокую – неработающие пенсионеры ($4,81\pm 0,44$ балла).

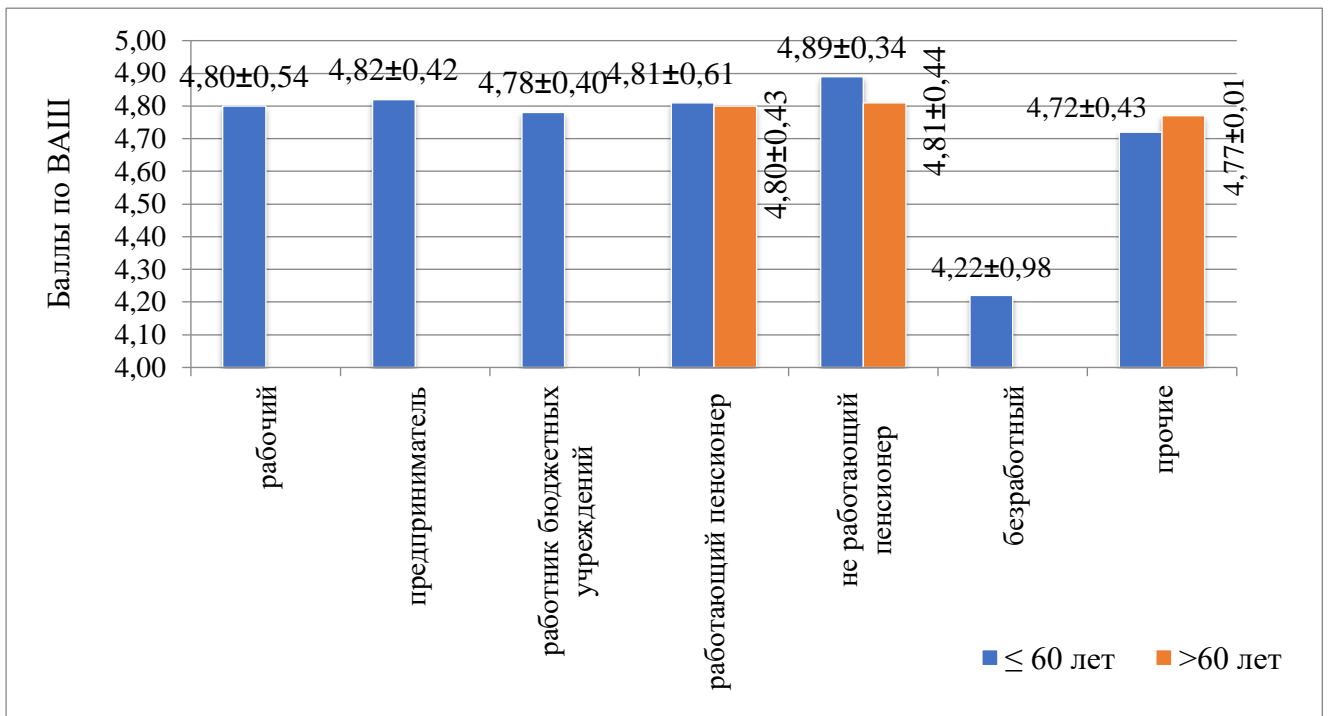


Рисунок 4.20 – Оценка стоимостной доступности СОП пациентами с различным социальным статусом в 2019-2022 г. в Рязанской области (по шкале ВАШ, баллы)

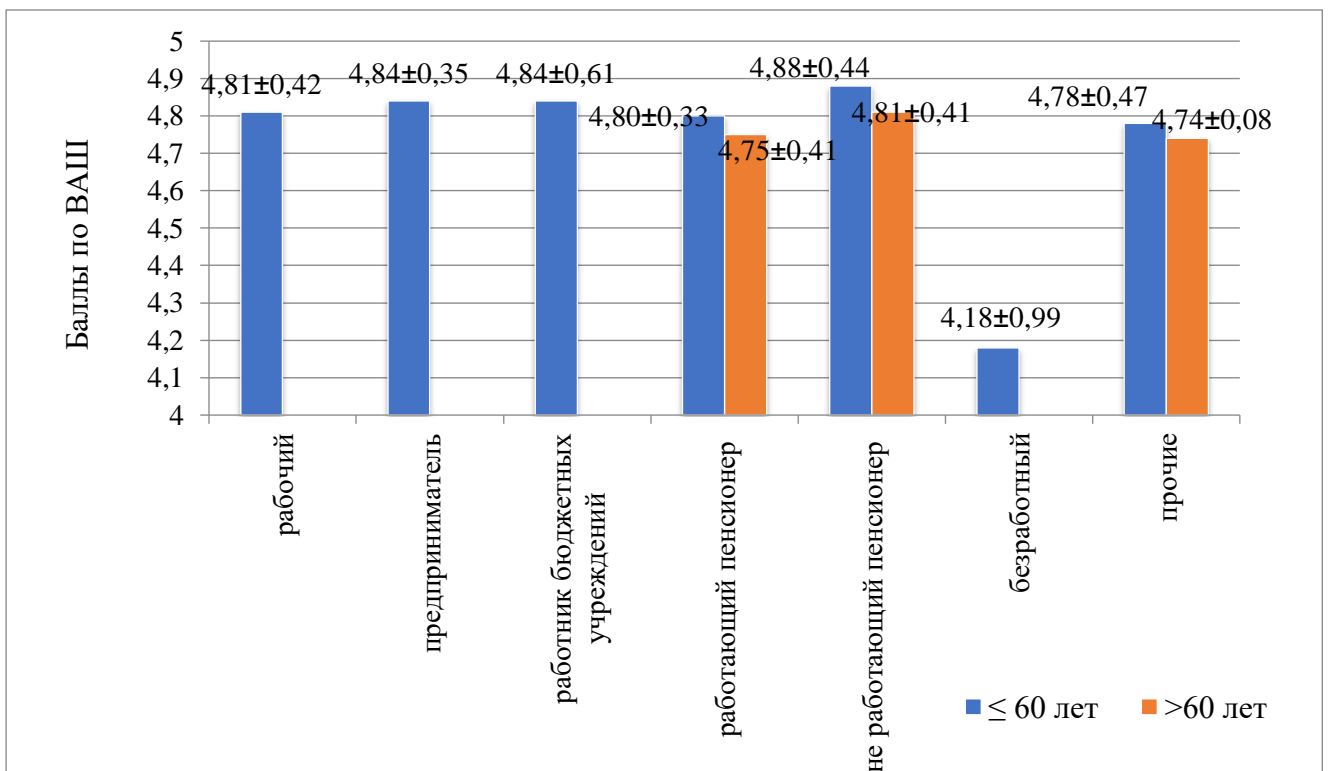


Рисунок 4.21 – Оценка удовлетворенности качеством организации СОП пациентами с различным социальным статусом в 2019-2022 г. в Рязанской области (по шкале ВАШ, баллы)

Аналогичную оценку дали респонденты по качеству организации СОП: в группе <60 лет наиболее низкая оценка стоимостной доступности СОП также давалась безработными ($4,18 \pm 0,99$ балла), высокая – неработающими пенсионерами ($4,88 \pm 0,44$ балла), в группе ≥ 60 лет более низкая оценка у прочих категории пациентов ($4,74 \pm 0,08$ балла), более высокая – у неработающих пенсионеров ($4,81 \pm 0,42$ балла), в среднем $4,82 \pm 0,41$ баллов.

4.3.2. Лояльность к государственным стоматологическим организациям

В связи с тем, что в научном исследовании не ставилась задача изучения так называемой «пожизненной ценности клиента (пациента)», которую традиционно используют экономисты в определении лояльности, была изучена оценка пациентами собственной «ценности» для государственных стоматологических МО, с точки зрения удовлетворенности доступностью и качеством организации СОП. При этом, под «лояльностью к государственным стоматологическим организациям» понималась приверженность пациентов и предпочтительный выбор данных МО для постоянного обращения за СОП, а также положительные рекомендации близким и знакомыми конкретных стоматологических организаций государственного сектора, то есть так называемая «потребительская лояльность», которая определялась удовлетворенностью доступностью и качеством организации СОП. Т.е. это комплекс факторов, неосознанно воспринимаемых пациентом, определяющих желание повторно пользоваться услугами государственных МО, оказывающих СОП, испытывая при этом чувство удовлетворенности.

Выявление лояльности к МО государственного звена (сектора) актуально для данного исследования, т.к. планируемое финансирование в рамках ТПГГ из средств областного бюджета возможно путем бюджетного ассигнования

исключительно в бюджетные государственные (в регионе отсутствуют муниципальные) организации.

Кроме того, поскольку около 30,0% пациентов обратилось в государственные МО по рекомендации близких (друзей, знакомых), остальные – в связи с расположением МО в «шаговой доступности», транспортная доступность не актуальна в данном исследовании.

Основными факторами предпочтения (лояльности) государственных стоматологических МО являлись: в 58,35% случаев – возможность бесплатного оказания по полису ОМС отдельных сопутствующих стоматологических услуг (рентген, обезболивание, выписка рецептов и проч.), в 23,50% – высокая квалификация и опыт специалистов, в 17,15% – иное.

Более 2/3 респондентов длительное время (более 3-5 лет) обращались за СОП именно в государственные МО и 72,95% из них удовлетворены качеством организации СОП. Удовлетворенность доступностью и качеством организации СОП связана с лояльностью пациентов: с преимущественным выбором ими государственных МО (связь прямая, умеренная, $r = 0,373$, $p < 0,001$) и рекомендациями их родственникам и знакомым (связь прямая, умеренная, $r = 0,341$, $p < 0,001$) (Приложение Е).

Предпочтение пациентами именно МО государственного сектора здравоохранения определяло и рекомендации данных МО (связь прямая, умеренная, $r = 0,677$, $p < 0,001$). Интересно, что лояльными к государственным МО оказались в основном пациенты, которым безвозмездно по полису ОМС оказывалась ПССП в рамках ТПГГ.

В то же время, затруднения различного характера при получении СОП имели отрицательную связь с лояльностью (связь обратная, слабая, $r = -0,250$, $r = -0,255$, $p < 0,001$), в т.ч. стоимостная недоступность (связь обратная, умеренная, $r = -0,408$, $p < 0,001$).

При изучении временной доступности СОП изучались вопросы организации записи на прием к специалисту, в т.ч. без непосредственного посещения регистратуры (телефон, интернет и проч.), наличие (отсутствие) очередей, в т.ч.

при предварительной записи на прием к специалисту, длительность ожидания приема специалиста. На лояльность пациентов к государственным МО отрицательно влияла временная недоступность ($r = -0,326$, $p < 0,001$), в т.ч. длительность ожидания приема врача-стоматолога-ортопеда ($r = -0,100$, $p = 0,005$).

Удовлетворенность пациента рекомендациями врача и иной актуальной информацией связана с лояльностью пациента к государственным МО (связь прямая, умеренная, $r = 0,373$, $r = 0,341$, $p < 0,001$). Также связана с лояльностью оценка пациентом полученного объема СОП как «ожидаемого» (связь прямая, слабая, $r = 0,273$, $r = 0,289$, $p < 0,001$) и оценка работы стоматолога-ортопеда (связь прямая, слабая, $r = 0,269$, $r = 0,283$, $p < 0,001$).

Установлена также положительная связь доверительного отношения пациентов к лечащему врачу и их лояльности к государственным МО ($r = 0,326$, $p < 0,001$) и рекомендациям этих МО родственникам и знакомым ($r = 0,339$, $p < 0,001$).

В итоге основными факторами, снижающими лояльность к государственным стоматологическим МО, являлись временная недоступность, выразившаяся в длительном ожидании приема, в т.ч. при предварительной записи, и стоимостная недоступность СОП.

Проводилось также изучение лояльности пациентов к государственным МО по пятибалльной системе ВАШ. Пациенты, выразившие доверие лечащему врачу, оценили качество организации СОП по шкале ВАШ в $4,84 \pm 0,44$ балла, свою лояльность к государственным МО в $4,75 \pm 0,40$ балла. В группе пациентов, выразивших недоверие, удовлетворенность и лояльность значительно ниже – $3,53 \pm 0,61$ и $3,48 \pm 0,54$ балла (по ВАШ), соответственно. При этом, большинство респондентов, удовлетворенных качеством организации СОП, лояльны к государственным стоматологическим МО ($p < 0,01$).

Таким образом, основные положительные факторы удовлетворенности и лояльности пациентов к государственным МО: использование права выбора лечащего врача и доверие ему пациента, удовлетворенность рекомендациями

специалиста и иной актуальной информацией, положительной оценкой лечащего врача, а также получением «ожидаемого» пациентом объема СОП.

Основные отрицательные факторы – стоимостная и временная недоступность, выразившаяся в длительном ожидании приема в «живой» очереди, в т.ч. и по предварительной записи. Данный фактор устранен при проведении научного исследования путем организационных преобразований, бережливых технологий.

Так, в организации СОП в регионе, при непосредственном участии соискателя, использован принцип «пациент ориентированной» системы, с внедрением «бережливых технологий», оптимизацией рабочего пространства по системе «Пять С» (Сортировка, Соблюдение порядка, Содержание в чистоте, Стандартизация, Самоконтроль), с четким определением маршрутизации внутри МО и разделение потоков пациентов на оказание СОП/ПССП, взрослых/детей. Актуализировано расписание приема, с выделением консультирования и первичного осмотра. Внедрена система «Электронная регистратура» для самозаписи на срок >2 недель (электронный формат). Так же была разработана и внедрена в сети стоматологических МО областного центра Программа противоэпидемических мер безопасности для нераспространения коронавирусной инфекции (Противоэпидемическая программа мер), включавшая [147]:

- напольную «сигнальную» разметку в местах ожидания для соблюдения дистанции между пациентами – 1,5 метра,
- минимизацию манипуляций с турбинным наконечником и пюстером, с заменой на ручной инструментарий, использованием коффердама,
- при рентгеновском обследовании применении «вне ротовой» панорамной ортопантоморграфии, а также компьютерной томографии и т.п.,
- использование врачами защитных экранов, очков и респираторов класса FFP2 / FFP3, с утилизацией одноразовых средств защиты по окончании приема,
- обеззараживание воздуха облучателями закрытого типа, проветривание каждые 2 час, и влажную уборку дважды за смену.

Проведена оценка результативности внедрения Программы противоэпидемических мер, положительно повлиявшей на временную доступность СОП: сокращение ожидания очереди в регистратуру с $39 \pm 0,11$ до $14 \pm 0,09$ минут, отсутствие очередей на прием при оптимизации предварительной записи на сайте «Электронная регистратура», снижение на -15,4 % числа лиц, не пришедших на прием к специалисту, профилактика COVID-контактов: пациент-регистратор и пациент-пациент и на лояльность пациентов к государственным МО, оказывающим населению СОП (связь положительная, умеренная, $r=0,311$, $p<0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно поручениям Президента Российской Федерации, Правительство РФ проводит работу по улучшению качества жизни граждан и увеличению средней ее продолжительности, в том числе обеспечивая равную доступность и надлежащее качество медицинской помощи путем установления минимальных государственных гарантий, утверждаемых в регионах в виде территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ), с бесплатным оказанием медицинской помощи и приоритетом развития первичного звена здравоохранения, т.е. приоритетом оказания ПМСП. Неотъемлемая составляющая ПМСП по профилю «стоматология» – это востребованная населением первичная специализированная стоматологическая помощь (ПССП), оказываемая амбулаторно в соответствии с потребностью в ней населения и его медицинской активностью. Равнодоступная качественная медицинская помощь должна предоставляться населению страны в каждом субъекте РФ, независимо от социального положения граждан, места их проживания, пола и возраста. Закреплены права граждан на выбор медицинской организации (МО) и лечащего врача.

При этом, ТПГГ в регионах, согласно действующему законодательству, могут превышать минимальные государственные гарантии как за счет повышения стоимости (тарифа) медицинской помощи, так и за счет включения дополнительных объемов (профилей) медицинской помощи.

Оценка доступности и качества всех профилей ПМСП должна проводиться по критериям и целевым показателям, устанавливаемым в ТПГГ, каковые в отношении СОП не разработаны и не закреплены нормативными правовыми актами, чему не способствует отсутствие СОП в структуре ТПГГ.

СОП считается дорогостоящей медицинской помощью, при этом, востребована населением – в основном лицами старших возрастных групп – пенсионерами по возрасту, большинство из которых, в т.ч. неработающие

пенсионеры, не имеют возможности возмещения затрат, понесенных ими при ее оказании, что заключается в невозможности применения к ним права на получение «социального налогового вычета по расходам на лечение и приобретение медикаментов» из НДФЛ, т.к. пенсия налогом не облагается.

При этом, в ряде регионов СОП бесплатно оказывается отдельным категориям граждан за счет социальных программ, с оплатой из областных бюджетов. Группы «льготников» и стоимостные показатели СОП определяются в социальных программах по-разному, т.к. зависят от финансовых возможностей регионов. При этом, критерии и показатели качества организации СОП и ее доступности (медико-организационные, финансово-экономические и социальные) не требуются в обосновании и при утверждении данных программ, что актуализировало необходимость научного обоснования включения СОП в ТПГГ (на примере типичного региона ЦФО – Рязанской области) для обеспечения как бесплатного ее оказания отдельным категориям граждан, так и для формирования единых подходов к определению критериев и показателей доступности и качества организации.

Выбор тематики и идеи данной диссертации базировались на изучении научных работ, контент-анализе нормативной правовой документации, на результатах собственных исследований и научно-практическом опыте. Обзор научной литературы и изучение нормативных правовых актов выявил неизученность данной тематики, в связи с чем является актуальным настоящее исследование с целью научного обоснования критериев и показателей доступности и качества организации СОП, с учетом потребности в ней населения и стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости).

В целях решения **первой задачи**: выявлена структура стоматологической заболеваемости по данным обращаемости населения за ПССП. Количество посещений к врачам всех специальностей в Рязанской области за 2019-2022 гг. снизилось на -19,99%, тогда как врачей стоматологического профиля – на -26,68%, заняв третье место в общих объемах посещений врачей-специалистов, оказывающих ПМСП.

Уровень стоматологической заболеваемости снизился на -16,28%: с 322,46 до 269,96 (случаев на 1000 населения), при этом заболеваемость, определяющая потребность в СОП, снизилась на -17,15%: с 149,16 до 123,58 (случаев на 1000 населения). В структуре стоматологической заболеваемости с 2019 до 2022 гг. выявлено снижение случаев стоматологических заболеваний, определяющих потребность в СОП ($R^2=0,996$), в т.ч. достоверное снижение случаев болезней тканей пародонта ($R^2=0,982$), что связано с вынужденно снизившейся обращаемостью населения в особых эпидемиологических условиях.

По среднему количеству законченных случаев лечения в год были ранжированы 10 основных нозологических форм, дающих ежегодно до 92,0% общего объема ПССП за период 2019-2022 гг., с определением темпа прироста (\pm) числа законченных случаев (первые 3 места: кариес дентина, хронический апикальный периодонтит и пульпиты). Также отмечено повышение пульпитов, периапикальных абсцессов (без свища и с полостью), что связано с особенностями обращаемости пациентов в экстренных случаях (острая боль) и в условиях пандемии.

Представлена оценка влияния пандемии и борьбы с ее распространением на обращаемость и показатели стоматологической заболеваемости, значительно снизившиеся в 2020-2021 гг., в связи с чем не были подтверждены прогнозные показатели динамики и уровня стоматологической заболеваемости по региону на период до 2022 года, представленные в исследовании стоматологической заболеваемости в Рязанской области за 2012-2016 гг. (Юрина С.В., 2019) с учетом выявленных тенденций плавного снижения заболеваемости, так в 2020-2022 гг. прогнозный показатель был значительно выше фактической заболеваемости, соответственно, на +14,03%, +17,74% и +9,98%, что выявило так называемую «скрытую» стоматологическую заболеваемость (по данным обращаемости), составившую: в 2020 г. – 53,25 , в 2021 г. – 51,20 и в 2022 г. – 34,06 на 1000 человек населения региона.

При изучении половозрастной структуры пациентов, которым была оказана ПССП по ТПГГ в изучаемом периоде, отмечено значительное снижение доли

обращений 0-10 и 11-20-летних, увеличение доли обращений лиц в возрасте 31-40 лет, 60 лет и старше, преимущественно женщин.

Повышение возраста пациента связано с уменьшением числа членов семьи и ее доходов (связи обратные, умеренные, $p < 0,001$), с увеличением частоты обращений за СОП ($r = 0,217$, $p < 0,001$) и поддержкой респондентами предложений о включении СОП в ТППГ (связь прямая, слабая $r = 0,147$, $p < 0,003$). Выявлена прямая, умеренная связь ($r = 0,431$, $p < 0,001$) общего дохода семей пациента с затратами на оказание СОП, что подтвердило социальную незащищенность мало обеспеченных групп граждан.

С учетом возрастных и гендерных характеристик, социального и семейного положения, сферы деятельности и доходов населения, сформирован «социально-гигиенический портрет» пациентов, которым была оказана СОП в государственных медицинских организациях (МО) – это преимущественно неработающие пенсионеры в возрасте ≥ 60 лет, проживающие в городских условиях, в основном женщины, семейные, с доходом – 1,37 МРОТ (17 525,04 руб.) на 1 члена семьи, состоящей из 2-3 человек.

В целях решения **второй задачи** использовалась разработанная автором «Программа медико-социологического изучения доступности, удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным медицинским организациям», при внедрении которой дана оценка удовлетворенности пациентов различных половозрастных и социальных групп доступностью и качеством организации СОП, их лояльности к государственным стоматологическим МО, что использовалось в дальнейшем для определения медико-организационных и медико-социальных критериев и показателей доступности и качества организации СОП. В 3 главе диссертации представлены результаты изучения удовлетворенности стоимостной и временной доступностью СОП, а также качеством ее организации в регионе.

Изучение стоимостной доступности осуществлялось в двух возрастных группах пациентов, с учетом доходов. В группе пациентов до 60 лет стоимостную доступность СОП отметили 56,54%; 24,23% отметили ее «относительную»

доступность, когда к оплате привлекались дополнительные средства помимо семейного бюджета (кредиты, помощь родственников), в т.ч. рассчитывали на помощь родственников 20,77% и планировали взять кредит 3,46%; на недоступность СОП указало 7,31% пациентов данной группы (затруднились ответить 11,92%).

В группе 60 лет и старше показатели стоимостной доступности существенно ниже: СОП доступна для 42,18%, «относительно» доступна для 34,01% респондентов, из которых рассчитывали на помощь родственников 33,33% и планировали взять кредит 0,68%, финансово недоступна СОП для 10,42% пациентов (затруднились ответить 13,39%).

Доходы пациентов, отметивших недоступность или «относительную» доступность СОП, составляли 1-2 МРОТ (при МРОТ = 12 792 руб.) на 1 члена семьи и различались в возрастных группах пациентов до 1,4 раза: в возрастной группе до 60 лет – 23,47-25,99 тыс. руб., в группе 60 лет и старше – 16,77-18,65 тыс. руб. При доходах 1,0-2,0 МРОТ на 1 члена семьи, на оплату СОП затрачивалось $\geq 45\ 000$ руб. всего в 1,45% случаев, тогда как в группе пациентов с доходами $\geq 6,0$ МРОТ таковых было 32,65%, что исключало равную доступность СОП для граждан с разным достатком, когда СОП оказывалась вне рамок территориальных программ государственных гарантий, призванных в первую очередь обеспечивать равнодоступность для граждан страны включенных профилей медицинской помощи.

Повышение возраста пациента связано также с удовлетворенностью рекомендациями врача, лояльностью к государственным МО и поддержкой предложения о бесплатном ее оказании в регионе (связи прямые, слабые, $p < 0,05$). Выявлена прямая, умеренная связь ($r = 0,431$, $p < 0,001$) общего дохода семей пациента с затратами на оказание СОП и обратная, слабая связь с оценкой пациентом полученного объема СОП как «ожидаемого» ($r = -0,111$, $p < 0,025$).

Изучение временной доступности, определяемой качеством организации СОП, проводилось с оценкой удовлетворенности пациентов: удовлетворено доступностью СОП 59,71% опрошенных, скорее удовлетворено – 28,15%, скорее

не удовлетворено – 9,15%, не удовлетворено – 1,49% (1,50% затруднилось ответить).

Удовлетворенность качеством организации СОП изучалась в зависимости от социального статуса пациентов возрастных групп до 60 лет и 60 лет и старше: в группе до 60 лет в большей степени удовлетворены работающие пенсионеры (75,02%), в меньшей – неработающие пенсионеры (53,85%), в группе 60 лет и старше, соответственно: неработающие пенсионеры – 70,19% и работающие пенсионеры – 50,03%. Тем не менее, не выявлено достоверных различий в удовлетворенности качеством организации СОП в указанных группах пациентов разного социального статуса, как в связи с отсутствием во второй группе рабочих, предпринимателей и др. работающих граждан, так и с малым количеством неудовлетворенных.

Выявлена обратная зависимость оценки пациентами качества организации СОП и длительности ожидания в очереди на прием к специалисту ($r=-0,251$, $p<0,001$). При этом, большинство пациентов удовлетворено организацией сайта «Электронная регистратура» для записи на прием в интернете, проведенной в рамках внедрения «бережливых технологий» в стоматологических поликлиниках.

В целом, более 65,50% опрошенных удовлетворено качеством организации СОП, 30,05% – скорее удовлетворено, 3,21% – скорее не удовлетворено, не удовлетворено – 1,21%.

Установлены основные факторы повышения удовлетворенности доступностью и качеством организации СОП, которые носили исключительно организационный характер, усиление влияния которых не требовало дополнительных финансовых ассигнований: использование пациентом права выбора лечащего стоматолога-ортопеда, доверие пациента лечащему врачу, удовлетворенность больного рекомендациями и информацией о состоянии своего здоровья и прогнозе, получение ожидаемого пациентом объема СОП (связи прямые, умеренные, $p<0,001$).

Удовлетворенные рекомендациями лечащего врача пациенты в 85,34% случаев положительно оценили качество организации СОП, тогда как среди

неудовлетворенных таковых <17,0%. Пациенты, выбравшие лечащего врача-стоматолога-ортопеда, удовлетворены более, чем в 65,0% случаев.

Удовлетворенность доступностью и качеством организации СОП связана с лояльностью пациентов: с преимущественным выбором государственных МО и рекомендациями родственникам и знакомым (связи прямые, умеренные, $p < 0,001$).

Отрицательными факторами являлись временная недоступность СОП: длительное ожидание приема, формирование очередей, задержка приема и по предварительной записи, а также стоимостная недоступность СОП (связи обратные, умеренные, $p < 0,001$).

При оценке по 5-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) определено, что в целом пациенты удовлетворены доступностью и качеством организации СОП, со средней оценкой 4,8 балла по ВАШ. Удовлетворенность женщин до 60 лет выше, чем мужчин того же возраста, в возрасте 60 лет и старше удовлетворенность доступностью и качеством организации СОП равная.

Установлена достоверная связь фактора доверительного отношения к лечащему врачу пациентов и их удовлетворенности качеством организации СОП, а также лояльности к государственным МО: доверяли врачу 99,23%, из которых 75,24% удовлетворены. Пациенты, выразившие доверие врачу, оценили качество организации СОП на 4,84 балла по ВАШ, с уровнем лояльности – на 4,75 балла, у не доверявших лечащему врачу, удовлетворенность и лояльность достоверно ниже – 3,53 и 3,48 балла, соответственно. Большинство респондентов, удовлетворенных качеством организации СОП, лояльны к государственным МО.

В 79,89% случаев пациенты отнесли СОП к дорогостоящей медицинской помощи и, тем не менее, готовы производить оплату из средств семейного бюджета или прибегать к помощи родственников, или к кредитованию.

При этом, выявлялось мнение пациентов о необходимости бесплатного оказания СОП в регионе: более 90,0% опрошенных, с разными источниками затрат на оказание СОП, высказались за включение СОП в ТПГГ для ее бесплатного оказания населению.

В целях решения **третьей задачи** определены критерии, рассчитаны и

экономически обоснованы показатели (нормативные, целевые) доступности и качества организации СОП, проведен сравнительный анализ с региональными показателями за 2019-2022 гг.

Учитывая применяемые в 2019-2022 гг. критерии доступности и качества включенных в ТППГ видов (профилей) медицинской помощи, были научно обоснованы медико-организационные, финансово-экономические и медико-социальные критерии СОП, в т.ч.: обеспечение врачами стоматологами-ортопедами и зубными техниками, оказывающими СОП в амбулаторных условиях, оказание СОП гражданам, проживающим в сельской местности, расходование средств на СОП в сравнении с расходами на оказание ПССП по ТППГ, оформление записи к врачу-стоматологу-ортопеду без непосредственного обращения в регистратуру, удовлетворенность пациентов доступностью и качеством организации СОП их лояльность к государственным МО.

В рамках установленных критериев научно обоснованы целевые (нормативные) показатели, определены фактические региональные показатели, используемые при проведении сравнительного анализа. Установлена взаимосвязь системы нормирования труда врача стоматолога-ортопеда, классификатора его трудовых операций и профессионального стандарта врача-стоматолога, изучены показатели штатной численности, укомплектованности штатов МО государственного сектора кадрами специалистов, оказывающих СОП в амбулаторных условиях, проведены расчеты затрат рабочего времени и количества пациентов, которым может быть оказана СОП на безвозмездной основе, с учетом фактической укомплектованности государственных МО (18 977 неработающих пенсионеров). В 4 главе диссертации представлены результаты изучения ресурсной доступности СОП, а также финансово-экономических показателей СОП.

Выявлен «дефицит» штатов врачей стоматологов-ортопедов среднее число штатных единиц ниже нормативного, рекомендуемого порядками оказания стоматологической помощи, более, чем в 1,9 раза, что связано с утверждением штатных расписаний в государственных МО без учета рекомендаций порядков

оказания стоматологической помощи, а также рекомендаций по определению штатной численности работников бюджетных организаций на основе нормативов по труду, утвержденных Росздравнадзором.

Укомплектованность врачами стоматологами-ортопедами за период 2019-2022 гг. увеличилась на +16,44% (с 75,23% до 91,67%), зубными техниками на +20,68% (с 65,55% до 86,23%), что не являлось положительным в условиях «дефицита» штатов на региональном уровне и связано со снижением штатной численности (в штатных расписаниях), в т.ч.: врачей-стоматологов-ортопедов на -31,12%, зубных техников на -39,83%. Количество занятых должностей (с учетом коэффициента совместительства) и физических лиц также значительно снизилось: врачей стоматологов-ортопедов на -16,06% и -13,21%, зубных техников на -20,84% и -17,80%, соответственно.

С использованием метода экономического анализа, выявлены финансово-экономические критерии и показатели доступности и качества организации СОП, которые оценивались по результатам организационных мероприятий (объединение городских стоматологических МО) с внедрением «бережливых технологий», в т.ч. по уровню оплаты труда и доходам от СОП: средняя выручка стоматолога-ортопеда увеличилась в 2019 г. на +10,8% до 276,19 тыс. руб. и снизилась на -26,6% в 2020 году. Следствием пандемии стало общее снижение доходов от предпринимательской деятельности: в 2020 г. на -18,4%, в 2021 г. на -8,0% по сравнению с показателями за 2019 г., в т.ч. доходы от оказания дорогостоящей СОП снизились на -24,1% и -18,0%, соответственно.

Выявлена низкая стоимостная доступность СОП в группе пациентов, с доходами в размере 1-2 МРОТ на 1 члена семьи – всего 1,45% из них затрачивали на оплату СОП >45 000 руб., в семьях пациентов с доходами ≥ 6 МРОТ на 1 члена семьи таковых было 32,65%. Доходы пациентов, которым СОП не доступна или доступна с привлечением заемных средств (кредиты, помощь родственников), не превышали 15,0-23,0 тыс. руб. или 1,0-1,8 МРОТ на 1 члена семьи. Определен размер личных затрат граждан на СОП в среднем в сумме 26 707,89 руб., т.е. более $\frac{1}{2}$ дохода семей пациентов или 59,06% от среднемесячной номинальной

начисленной заработной платы (СННЗП) в расчете на 1 работника (по региону СННЗП = 39 336,8 руб.). Обеспеченность сельских жителей в 3,8 раз ниже, чем городских, учитывая объемы оказания СОП из расчета на 1 жителя.

Актуальность критерия расходования средств на СОП в сравнении с расходами на оказание ПССП по ТПГГ заключается в сохранении соотношения стоимости законченных случаев оказания ПССП и СОП бюджетом субъекта РФ при тенденции ежегодного повышения стоимости ПССП в рамках ТПГГ.

Расходы государства на оказание ПССП по ТПГГ составили в среднем 880,75 руб. за 1 законченный случай (среднегодовые затраты – 239,67 млн. руб.), при этом, соотношение стоимости 1 законченного случая ПССП и 1 законченного случая СОП = 1 / 30 (880,75 руб. / 26 707,89 руб.).

Установлена отрицательная динамика финансового обеспечения ПССП, оказываемой по ТПГГ в сложной эпидемиологической ситуации, с некоторым его снижением с учетом инфляции на -5,04%, что обеспечило стабильность доходов организаций, участвующих в выполнении ТПГГ, за счет централизованной временной приостановки оплаты «за оказанные объемы ПССП» с обеспечением оплаты по 1/12 от годового плана финансирования. При этом, доходы от СОП в том же периоде имели тенденцию к значительному снижению, с темпом убыли: -33,86% в 2020 г. и -33,14% в 2021 г., с учетом инфляции: -58,92% и -60,87%, соответственно, поскольку СОП не была включена в ТПГГ и в основе ее оплаты сохранялся принцип «за выполненные объемы СОП». В связи с чем соотношение доходов МО государственной системы здравоохранения от СОП и ПССП в период 2019-2022 гг. составляло, соответственно: от 1/9,6 до 1/22,4, с учетом инфляции – от 1/28,4 до 1/180,9.

Выявлена доля записей на прием к врачу-стоматологу-ортопеду, совершенных без непосредственного личного обращения в регистратуру, т.е. по телефону, через интернет в «Электронной регистратуре» и т.п., которая составила в 2020-2021 гг. >90,0% (в среднем в изучаемом периоде – 67,3%), что связано как с ограничительными мероприятиями, проводимыми в регионе и выполнением разработанной при участии автора «Программы противоэпидемических мер

безопасности, за соблюдением требований по предупреждению возникновения и распространения COVID-19», так и с использованием региональными МО «бережливых технологий», в т.ч. путем реорганизации их сети в областном центре – городе Рязани с численностью >520 тыс. жителей, а также при оптимизации рабочего пространства МО по системе 5S для повышения качества организации СОП.

В целях решения **четвертой задачи** дано научное обоснование включения СОП в ТПГГ для отдельных групп населения Рязанской области, с учетом критериев и показателей доступности и качества ее организации в трех аспектах:

- медико-организационном, с оценкой динамики структуры и уровня стоматологической заболеваемости, требующей оказания СОП, оценкой фактических показателей доступности и качества организации СОП;

- финансово-экономическом, с обоснованием нормативов численности, трудозатрат и нагрузки врачей-стоматологов-ортопедов и зубных техников, определением средней стоимости 1 законченного случая оказания СОП для лиц различных половозрастных и социальных групп, объема СОП и финансовых затрат для включения в ТПГГ, из расчета на 1 жителя региона;

- медико-социальном, с проведением медико-социологического исследования в целях определения доступности, удовлетворенности СОП, лояльности пациентов к государственным стоматологическим МО для оценки соответствующих критериев и показателей.

В целях определения наиболее социально незащищенных групп в отношении организации и оказания СОП определялся интегральный показатель доступности и качества ее организации в Рязанской области ($K_{lim}^f \rightarrow 1,0$), который имел низкое значение в группе неработающих пенсионеров в возрасте 60 лет и старше $K_{lim}^f = 0,4007$ (по региону $K_{lim}^f = 0,4545$), что актуализировало необходимость бесплатного оказания СОП данной категории жителей региона путем обоснования включения СОП в ТПГГ, с утверждением предлагаемых критериев и показателей, для использования последних при обосновании ТПГГ, а также при мониторинге и контроле за исполнением программы.

По результатам хронометражных работ и обработке технологических карт, был произведен расчет стоимости СОП, показанной лицам пожилого возраста, для которых доступным видом СОП являлось зубное протезирование путем установки частичных съемных протезов (ЧСП) и полных съемных протезов (ПССП), произведены расчеты средней стоимости ортопедического лечения, с учетом основных нозологических форм, в сумме 26 707,89 руб.(в ценах на конец изучаемого периода). Произведен расчет затрат на СОП на сумму 5 627,09 млн. руб. для общего количества неработающих пенсионеров в возрасте ≥ 60 лет (210 690 чел.).

Учитывая требования законодательства РФ, согласно которому средства областного бюджета возможно направлять исключительно в бюджетные МО (в виде государственных заданий), были определены затраты на оказание СОП, исходя из фактической кадровой обеспеченности врачами-стоматологами-ортопедами государственных МО, с учетом фактической штатной численности и укомплектованности, на сумму 506,84 млн. руб. в год, с возможностью оказания СОП 18 977 неработающим пенсионерам в возрасте 60 лет и старше.

В целях финансового обеспечения СОП в ТПГГ, выполнения критериев и показателей доступности и качества организации СОП, был сформирован проект правового акта (постановления) Правительства Рязанской области, с установлением (по принципам формирования ТПГГ) показателей из расчета на 1 жителя региона: объем СОП=0,01764 обращений (законченных случаев) и финансовое обеспечение (тариф)=467,12 руб. в бюджетной части ТПГГ, с обоснованием продления проекта не менее, чем на 11 лет, с контролем целевого расходования средств областного бюджета.

Таким образом, результативность настоящего научного исследования, с учетом выполнения поставленной цели и задач, заключалась в следующем:

– в определении изменений уровня и структуры стоматологической заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью и уровня «скрытой» стоматологической заболеваемости, что актуально для стратегического планирования организации и оплаты стоматологической помощи

в аналогичной эпидемиологической ситуации; для снижения стоматологической заболеваемости в регионах;

– в выявлении социально-гигиенического портрета пациентов, нуждающихся в СОП, что актуально для обеспечения адресности оказания стоматологической помощи населению регионов;

– в определении контингентов граждан наиболее незащищенных в отношении возмещения государством затрат граждан, понесенных ими при оказании СОП, что актуально для внесения изменений в действующее законодательство в части программ государственных гарантий для повышения защищенности населения в области охраны здоровья и реализации их прав;

– в разработке методики определения расходов на оказание СОП из расчета на 1 неработающего пенсионера в год (на примере Рязанской области), что актуально для определения общей суммы расходов субъектов Российской Федерации на оказание СОП;

– в выявлении удовлетворенности граждан организацией СОП на местах и их лояльности к медицинским организациям государственного здравоохранения, что актуально для оценки качества организации СОП, ее доступности, эффективности расходования финансовых средств;

– в выявлении основных факторов повышения удовлетворенности доступностью и качеством организации СОП, носящих организационный характер, что актуально для оперативного усиления их влияния без дополнительного финансирования в современных экономических условиях;

– в научном обосновании критериев и показателей доступности и качества организации СОП, что актуально для оценки выполнения территориальных программ государственных гарантий, принятия управленческих решений по совершенствованию организации и оплаты СОП в регионах;

– в оценке изменения региональных показателей доступности и качества организации СОП при использовании «бережливых технологий», реформировании стоматологических организаций, внедрении программ профилактических мероприятий в сложных эпидемиологических условиях, в

сравнении с научно обоснованными показателями доступности и качества организации СОП.

На примере Рязанской области были определены и научно обоснованы критерии и показатели доступности и качества организации СОП, с обеспечением минимальных гарантий государства при оказании СОП при включении в структуру территориальных программ государственных гарантий, с учетом потребности в ней отдельных групп граждан (неработающих пенсионеров) и стоматологической заболеваемости населения, с возможностью экстраполяции результатов исследования на соседние регионы, на федеральный уровень.

ВЫВОДЫ

1. Выявлена отрицательная динамика уровня стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) в Рязанской области в особых эпидемиологических условиях 2019-2022 гг., со снижением на 16,28 % – до 269,96 случаев на 1000 населения; отрицательная динамика уровня заболеваемости, определяющей потребность в СОП, на 17,15% – до 123,58 случаев на 1000 населения; изменение структуры стоматологической заболеваемости, определяющей потребность в СОП ($R^2=0,996$): увеличение доли болезней пульпы и периапикальных тканей с 36,65% до 41,16%, снижения болезней тканей пародонта с 9,60% до 4,62% и прочих стоматологических заболеваний с 5,36% до 3,66% в общем объеме законченных случаев первичной специализированной стоматологической помощи (ПССП), оказанной в рамках территориальных программ государственных гарантий.

2. Социально-гигиенический портрет пациентов, которым оказывалась СОП в государственных медицинских организациях, представлен преимущественно неработающими пенсионерами в возрасте 60 лет и старше, не имеющими налоговых льгот по возмещению затрат за оказание СОП, со средним доходом 1,37 МРОТ (17 525,04 руб.) на 1 члена семьи, состоящей из 2-3 человек, в основном женщинами, городскими жителями.

3. Разработана программа медико-социологического исследования удовлетворенности СОП и лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям, при внедрении которой в Рязанской области:

– выявлены взаимосвязи изучаемых явлений, подтвержденные статистическими зависимостями:

• удовлетворенности доступностью СОП от качества ее организации (связь прямая умеренная, $r=0,332$; $p<0,001$): удовлетворены 75,62%, по визуальной аналоговой шкале ВАШ – $4,82\pm 0,41$ баллов;

- удовлетворенности доступностью и качеством организации СОП от оценки пациентами собственной «ценности» для государственных стоматологических организаций (связь прямая умеренная, $r=0,316$; $p<0,001$): 70,35% удовлетворенных в 1/2 случаев считали себя «ценными» пациентами;

- удовлетворенности качеством организации СОП и лояльности к государственным организациям от уровня затрат на оказание СОП (связи обратные слабые, $r=-0,233$, $r=-0,135$; $p<0,001$), от доверительного отношения к лечащему врачу (связи прямые умеренные, $r=0,402$ и $r=0,326$; $p<0,001$): в группе доверявших более 75,0% удовлетворены и лояльны, по ВАШ – $4,84\pm 0,44$ и $4,75\pm 0,40$ балла, в группе недоверявших – $3,53\pm 0,61$ и $3,48\pm 0,54$, соответственно,

- установлены основные факторы удовлетворенности и лояльности пациентов, которым оказывалась СОП в 2019-2022 гг., к государственным организациям, позволяющие оптимизировать организацию СОП без привлечения дополнительных финансовых средств, в т.ч. положительные: использование пациентом права выбора лечащего врача и доверие к нему пациента, получение рекомендаций и актуальной информации от врача и положительная оценка его работы, получение «ожидаемого» объема СОП за 1 посещение; отрицательные: стоимостная и временная недоступность СОП, в т.ч. длительное ожидание, с формированием «живой» очереди (при предварительной записи на прием).

4. Определены и научно обоснованы медико-организационные, финансово-экономические и медико-социальные критерии доступности и качества организации СОП: обеспеченность специалистами, соотношение расходов на ПССП и СОП, соотношение объемов оказания СОП в городской и сельской местности, доля случаев записи на прием без непосредственного обращения в регистратуру, количество жалоб на доступность и качество организации СОП, степень удовлетворенности пациентов доступностью, качеством организации СОП и их лояльность к государственным стоматологическим организациям, что соответствует методике формирования территориальных программ государственных гарантий.

5. В соответствии с критериями, определены показатели доступности и качества организации СОП, в сравнении с региональными показателями государственных стоматологических организаций:

– обеспеченность кадрами стоматологов-ортопедов, оказывающих СОП амбулаторно: штатная численность в среднем 1,22 на 10 000 чел. (в регионе – 0,6), коэффициент совместительства – 1,5 (в регионе – 1,2), укомплектованность – 100,0% (в регионе – 91,67%), зубными техниками: 2,5 на 1 стоматолога-ортопеда (в регионе – 1,82), коэффициент совместительства – 1,5 (в регионе – 1,0), укомплектованность – 100,0% (в регионе. – 86,23%);

– соотношение объемов СОП сельской /городской местности – 1/1 (фактически 1/3,8 из расчета на 1 жителя соответствующей местности);

– соотношение расходов на 1 законченный случай лечения при оказании ПССП по территориальной программе государственных гарантий и СОП в государственных стоматологических организациях: 1/30 = 880,75 руб./26 707,89 руб.;

– доля случаев записи на прием к врачу-стоматологу-ортопеду без непосредственного обращения в регистратуру (интернет, электронная регистратура) – не менее 75,0%, с учетом предпочтения обращения в регистратуру ¼ пациентов (фактически – 67,3 %);

– отсутствие жалоб в системе государственного здравоохранения, в том числе на качество организации и доступность СОП (фактически – 43,55% жалоб на стоимостную недоступность СОП);

– степень удовлетворенности пациентов доступностью СОП, качеством ее организации и лояльностью к государственным учреждениям (по ВАШ) – не менее 4,9 баллов по всем составляющим (фактически – 4,80, 4,74 и 4,33, соответственно).

6. На основе критериев и показателей доступности и качества организации обосновано включение СОП в территориальные программы государственных гарантий (на примере Рязанской области): установлена общая потребность финансового обеспечения на сумму 5,54 млрд. руб., с учетом выявленного уровня

заболеваемости и определения средних затрат на 1 законченный случай лечения в размере 26 707,89 руб. (59,06% от средней номинальной начисленной зарплаты по региону), для неработающих пенсионеров общей численностью 210 690 чел., с наиболее низким интегральным показателем оценки доступности и качества организации СОП ($K_{limf \rightarrow 1,0}^f = 0,401$), учитывая обеспеченность врачами-стоматологами-ортопедами и зубными техниками (дефицит >60,0%) определен годовой охват СОП 18 977 неработающих пенсионеров и необходимость продления проекта до 2033 г., с 10,26% увеличением финансового обеспечения бюджетной составляющей территориальной программы государственных гарантий, путем выделения из областного бюджета 506,84 млн. руб. в год и установлением нормативов СОП на 1 жителя Рязанской области: объем – 0,01764 законченных случаев, финансовое обеспечение – 467,12 руб., с направлением средств в государственные стоматологические организации по государственному заданию, при соответствующем контроле целевого расходования бюджетных средств и адресности оказания СОП, что внедрено в проект нормативного правового акта субъекта Российской Федерации – постановления Правительства Рязанской области.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации рекомендуется использовать научно обоснованные критерии и показатели качества организации и доступности стоматологической ортопедической помощи (СОП), с включением СОП в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, с привлечением средств федерального бюджета.

2. Министерством здравоохранения субъектов Российской Федерации рекомендуется использование:

1.1) «Программы медико-социологического изучения доступности, удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным медицинским организациям» в целях получения «обратной связи» для принятия управленческих решений по стратегическому планированию и совершенствованию организации СОП в целях повышения удовлетворенности и лояльности граждан к государственным организациям;

1.2) «Методических рекомендаций по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне» в целях совершенствования организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи, с тиражированием на региональном уровне;

2.2) проекта нормативного правового акта (на примере проекта постановления Правительства Рязанской области) о внесении изменений и дополнений в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению регионов, с утверждением научно обоснованных критериев и показателей доступности и качества организации СОП, в том числе нормативов объемов и стоимости для наименее социально защищенной группы граждан – неработающих пенсионеров.

3. Высшим учебным заведениям рекомендуется использовать результаты настоящего научного исследования при подготовке лекций, семинаров и практических занятий на факультетах дополнительного профессионального образования по специальностям общественного здоровья и здравоохранения, стоматологии.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- БПиПТ – болезни пульпы и периапикальных тканей
- ГБУ РО – государственное бюджетное учреждение Рязанской области
- КМП – качество медицинской помощи
- КСГ – клинико-статистические группы
- МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)
- МО – медицинская организация
- МРОТ – минимальный размер оплаты труда
- МЭК – медико-экономический контроль
- МЭЭ – медико-экономическая экспертиза
- ОАО – открытое акционерное общество
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ООО – общество с ограниченной ответственностью
- ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- ПНП – приоритетный национальный проект
- ПССП – первичная стоматологическая помощь
- СННЗП – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата
- СМО – страховая медицинская организация
- СОП – стоматологическая ортопедическая помощь
- ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий
- ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования
- ТФОМС РО – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области
- УЕТ – условная единица трудоемкости
- ЦФО – Центральный федеральный округ
- ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аврамова, О.Г. Улучшение стоматологического здоровья населения в результате приоритета профилактики, диспансеризации и воспитания здорового образа жизни / О.Г. Аврамова. – Текст: непосредственный // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – №3. – С. 6-10.
2. Акишкин, В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект /В.Г. Акишкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина. – Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2014. – 276 с. – Текст: непосредственный.
3. Алгоритм составления финансового плана стоматологов / А. Ахмедов, М. Марупова, Ж. Абдувакилов, Д. Жалалова. – Текст: непосредственный // Science and innovation: international scientific journal. – 2022. – Vol. 1, Is. 8. – P. 447-452.
4. Антонова, Е.Н. Особенности организации бесплатного зубного протезирования в городе Санкт-Петербург / Е.Н. Антонова, И.М. Акулин. – Текст: непосредственный // Реформы здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития: сборник материалов конференции V ежегодной конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича (Санкт-Петербург, 20 сентября 2018 года) / под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. – Санкт-Петербург: ООО «Нордмедиздат», 2018. – С. 27-31.
5. Архипова, С.В. Методологические аспекты оценки эффективности в здравоохранении / С.В. Архипова, С.И. Двойников. – Текст: непосредственный // Менеджмент в здравоохранении. – 2018. – № 10. – С. 23-30.
6. Бабенко, А.И. Обращаемость взрослого населения в территориальную стоматологическую поликлинику и востребованность медицинских технологий / А.И. Бабенко, С.А. Кострубин, Е.А. Бабенко. – Текст: непосредственный // МвК. – 2017. – №4. – С.85-91.
7. Бакирова, Э. А. Современное состояние и особенности оказания медицинской помощи сельским жителям / Э. А. Бакирова, К. А. Лукманова. –

Текст: непосредственный // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2024. – № 1(68). – С. 65-66. – EDN VXBAFZ.

8. Бобунов, Д.Н. К вопросу об организации системы качества оказания медицинской помощи в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях / Д.Н. Бобунов, А.Н. Мироненко, А.А. Сериков. – Текст: непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2. – С. 35-40. – URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=4689> (дата обращения: 07.09.2024)

9. Бойков, М.И. Медико-экономическое обоснование совершенствования региональной модели реализации программы обязательного медицинского страхования в стоматологии: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 14.02.03 / Бойков Михаил Игоревич; [Место защиты: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Москва, 2017. – 288 с. – Текст: непосредственный.

10. Бочковская, Е.О. Реализация стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения) при оказании стоматологической ортопедической помощи: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Бочковская Елена Олеговна; [Место защиты: Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова]. – Казань, 2018. – 140 с. – Текст: непосредственный.

11. Бутова, В.Г. Нормирование труда врачей стоматологов-ортопедов / В.Г. Бутова, Д.Е. Тимофеев, С.Н. Андреева. – Текст: непосредственный // Стоматология. – 2019. – Т. 98, № 5. – С. 15-19. <https://doi.org/10.17116/stomat20199805115>

12. Бутова, В.Г. Оплата по посещениям амбулаторной медицинской помощи в системе ОМС по профилю «Стоматология» / В.Г. Бутова, М.И. Бойков. – Текст: непосредственный // Стоматология. – 2016. – № 2. – С. 68-72.

13. Вагнер, В.Д. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии / В.Д. Вагнер, Е.А. Булычева. – Текст: непосредственный // Стоматология. – 2017. – № 1. – С. 23-24.

14. Вейхер, А.А. Оценка скрытой заболеваемости методами представительных опросов: необходимость, возможности и ограничения / А.А. Вейхер. – Текст: непосредственный // Материалы XV апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества: в 4-х книгах. – Москва: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2015. – Кн. 4. – С. 197-205.

15. Викторов, В.Н. Проблемы учета и планирования стоматологической помощи в системе ОМС / В.Н. Викторов, Е.А. Загребаева. – Текст: непосредственный // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. – 2017. – №2. – С. 54-60.

16. Волнухин, А.В. Научное обоснование современных направлений развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: дис...д-ра мед. Наук / А.В. Волнухин. – Москва, 2019. – 313 с. – Текст: непосредственный.

17. Галёса, С.С. Перспективы реализации частно-государственного партнерства в отечественной стоматологии (обзор литературы) / С.С. Галёса, В.Г. Дьяченко. – Текст: непосредственный // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2014. – №2 (15). – С. 8. eLIBRARY ID: 21636957
EDN: SFMNIN

18. Гринин, В.М. Организация стоматологической помощи больным с различной соматической патологией / В.М. Гринин, Л.С. Ковалева. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 2. – С.115-117.

19. Грудянов, А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – 80 с. – Текст: непосредственный.

20. Динамика стоматологической помощи населению Рязанской области в условиях пандемии COVID-19 / С.В. Юрина, Е.В. Манухина, И.В. Успенская [и др.]. – Текст: непосредственный // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2024. – № 2. – С. 211-220.

21. Доклад о результатах комплексного мониторинга социально-

экономического положения пожилых людей. – Текст: непосредственный // Социальная политика и социальное партнерство. – 2022. – № 11. – С. 751-778.

22. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения / Н.Н. Кочкина, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин [и др.]. – Москва: Изд. Дом «Высш. Шк. Экономики», 2015. – 53 с. – Текст: непосредственный.

23. Думцева, Ю.В. Развитие стоматологического туризма в России / Ю.В. Думцева, В.В. Думцев. – Текст: непосредственный // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: научные материалы III Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием / под редакцией академика РАН В.И. Петрова (Пятигорск, 26-27 мая 2017 г.). – Волгоград: ВГМУ, 2017. – С.29-33.

24. Заболеваемость и потребность в стоматологическом лечении пожилого населения / О.Р. Курбанов, З.О. Курбанов, Р.Т. Магдиев, Д.М. Кудаев. – Текст: непосредственный // Юг России: экология, развитие. – 2015. – №2. – С.184-191.

25. Забралова, О.С. Субъекты правоотношений, возникающих в процессе осуществления публичных социальных расходов / О.С. Забралова. – Текст: электронный // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. – 2023.– №7 (107). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subekty-pravootnosheniy-voznikayuschih-v-protssesse-osuschestvleniya-publichnyh-sotsialnyh-rashodov> (дата обращения: 24.10.2024).

26. Законодательное и нормативное правовое обеспечение контроля качества, и безопасности медицинской деятельности, и экспертизы качества медицинской помощи / Е.Б. Страндстрем, Л.Е. Смирнова, В.Д. Вагнер, А.К. Лапина. – Текст: непосредственный // Клиническая стоматология. – 2016. – № 4. – С. 73-76.

27. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г.Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР-Медицина, 2017. – 304 с. – Текст: непосредственный.

28. Исследование основных проблем оказания ортопедической помощи в стоматологии / В. О. Севагина, С. А. Бодарова, Т. Ю. Гончарова, А. В. Михляева. – Текст: непосредственный // Справочник врача общей практики. – 2020. – № 6. – С. 47-53. – DOI 10.33920/med-10-2006-06. – EDN KWRQOG.

29. Иорданишвили, А.К. Внутренний контроль качества стоматологической помощи в повышении эффективности санации полости рта у сотрудников органов внутренних дел / А.К. Иорданишвили, Е.В. Кевлова, В.В. Зайцев. – Текст: непосредственный // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. – №3. – С. 37-42.

30. Кадыров, Ф.Н. Рекомендации по выбору норм труда для работников различных подразделений медицинских организаций / Ф.Н. Кадыров. – Текст: непосредственный // Менеджмент в здравоохранении. – 2018. – № 9. – С. 70-79.

31. Какой будет Россия к 2024 г.: Президентом определены национальные цели и стратегические задачи развития. – Текст: электронный. – URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1195467/#ixzz5H4UizCx7>

32. Камиева, Н.А.К вопросу нуждаемости в зубном протезировании лиц пожилого возраста / Н.А. Камиева, Г.К. Каусова, С.Р. Рузуддинов. – Текст : непосредственный // Вестник Казахского Национального медицинского университета. –2018. – №4. – С. 41–45.

33. Каримов, С.М. Результаты эпидемиологического анализа распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у лиц с сопутствующей соматической патологией / С.М. Каримов, А.С. Мирзов, А.А. Исмоилов. – Текст: непосредственный // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2020. – №1. – С.39–42.

34. Киреева, И. А. Качество оказания стоматологической помощи в республиканской клинической стоматологической поликлинике: оценка, проблемы и рекомендации / И. А. Киреева, С. В. Шульган. – Текст: непосредственный // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – № 4(113). – С. 66-72. – EDN NZLRER.

35. Клинико-экономические аспекты программы социальной поддержки по бесплатному зубопротезированию льготных категорий граждан Московской области за 2016-2018 гг. / А.Г. Строганова, М.А. Амхадова, О.Ю. Александрова [и др.]. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020.– Т. 28 (Спецвыпуск). – С. 799-802.

Doi:<http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s1-799-80232>

36. Коврик, С.А. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как индикатор качества медицинской помощи / С.А. Коврик. – Текст: непосредственный // Заместитель главного врача. – 2008. – №1. – С.33-37.

37. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Москва, 2011. – Текст: непосредственный.

38. Костромина, Е.А. Формирование механизма конкурентоспособности организации на рынке стоматологических услуг / Е.А. Костромина, Е.В. Шамалова. – Текст: непосредственный // Вестник Московского университета имени С.Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. – 2017. – №1 (20). – С. 89-95.

39. Кузьмина, Э.М. Профилактическая стоматология: учебник / Э.М. Кузьмина, О.О. Янушевич. – Москва: Практическая медицина, 2017. – 544 с. – Текст: непосредственный.

40. Кулаков, А.А. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи: их значение и общие подходы к созданию / А.А. Кулаков, В.Д. Вагнер, Т.В. Брайловская. – Текст: непосредственный // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 6. – С. 57-60.

41. Кучиев, Г.Г. Стоматологическая заболеваемость и потребность взрослого городского населения Республики Дагестан в ортопедической стоматологической помощи: дис. ... канд. Мед. Наук: 14.01.14 / Г.Г. Кучиев; [Место защиты: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2014. – 174 с. – Текст: непосредственный.

42. Лабунец, В.А. Ведомственные нормы времени врача-стоматолога на ортопедическом приёме / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, Е. В. Диев. – Текст: непосредственный // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – Т. 127, № 4. – С. 74-78. – EDN SVKXCP.

43. Лапина, Л.М. Нормативная правовая база обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности / Л.М. Лапина, С.М. Сердюковский. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 1. – С. 39-42.

44. Лебедеко, И. Ю. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. И.Ю. Лебедеко, Э.С. Каливрадзияна. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с. – ISBN 978-5-9704-3722-3. – Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.Studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437223.html> (дата обращения: 20.06.2023). – Режим доступа: по подписке.

45. Леонтьев, В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития / В.К. Леонтьев. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2017. – № 2. – С.10-12.

46. Линденбратен, А.Л. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / А.Л. Линденбратен, Е.Ю. Лудупова, Г.Х. Дамдинова. – Текст: непосредственный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко. – 2016. – № 5. – С.58-67.

47. Луцкая, И.К. Теория и практика организации мероприятий по профилактике кариеса / И.К. Луцкая. – Текст: непосредственный // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – № 1. – С. 36–42.

48. Лучинский, А.В. Реализация государственных гарантий на оказание стоматологической помощи гражданам Российской Федерации в амбулаторных условиях: дис. ... канд. Мед. Наук: 14.02.03 / Лучинский Андрей Владимирович; [Место защиты: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Москва, 2017. – 225 с. – Текст: непосредственный.

49. Манухина, Е.В. Анализ стоматологической заболеваемости и первичной стоматологической помощи населению / Е.В. Манухина, С.В. Юрина. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории

медицины. – 2018. – №6. – С. 401-405.

50. Манухина, Е.В. Научно-организационные аспекты стандартизации стационарной медицинской помощи: дис. ... канд. Мед наук: 14.02.03 / Манухина Елена Васильевна; [Место защиты: Первый моск. Гос. мед. Ун-т. им. И.М. Сеченова]. – Москва, 2016. – 257 с.

51. Маркина, Л. А. Анализ объемов стоматологической ортопедической помощи пациентам в системе платных медицинских услуг / Л. А. Маркина, Ф. Ф. Лосев, В. М. Гринин. – Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2024. – Т. 20, № 1. – С. 180-184. – DOI 10.18481/2077-7566-2024-20-1-180-184. – EDN СВМКЕС.

52. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов высш. Учеб. Заведений / В.А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. И доп. – Москва: Изд. Группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 607 с. – Текст: непосредственный.

53. Методические рекомендации по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне: методические рекомендации / сост.: И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина; ФГБОУ ВО РГАТУ. – Рязань, 2023. – 40 с. – Текст: непосредственный.

54. Микропротезирование при замещении дефектов твердых тканей зубов и малых включенных дефектов зубных рядов: учебно-методическое пособие / Н.О. Гришкова, А.В. Жаров, А.В. Лесняк [и др.]; ИПК ФМБА России. – Москва, 2015. – 112 с. – Текст: непосредственный.

55. Миронова, Л. А. Нуждаемость людей в стоматологической помощи / Л. А. Миронова, Р. Ф. Мухаметзянова. – Текст: непосредственный // Практика в медицинском вузе и пандемия реалии и перспективы: сборник научных трудов / отв. Редакторы С.Н. Стяжкина, А.Р. Поздеев. – Ижевск: ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2022. – С. 90-92. – EDN SWVIMS.

56. Мониторинг кадровых ресурсов стоматологических ортопедических отделений / В. Г. Бутова, Д. Е. Тимофеев, Л. Е. Смирнова, А. Ю. Жеребцов. –

Текст: непосредственный // Клиническая стоматология. – 2020. – № 2(94). – С. 126-129. – DOI 10.37988/1811-153X_2020_2_126. – EDN FSCOCR.

57. Нормирование труда врачей стоматологов по условным единицам трудоемкости / В.Г. Бутова, И.М. Рабинович, В.И. Бойков [и др.]. – Текст: непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2014. – №5. – С. 31-35.

58. Нагаев, Р.Я. Анализ качества стоматологической помощи по результатам экспертной оценки / Р.Я. Нагаев, А.Е. Алалыкин, С.Г. Ахмерова. – Текст: непосредственный // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – №1 (55). – С.17-20.

59. Назарян, Р.Г. Клиническая эффективность ортопедического лечения керамо-керамическими мостовидными зубными протезами на основе диоксида циркония / Р.Г. Назарян, И.Ю. Лебедеко. – Текст: непосредственный // Стоматология. – 2016. – Т. 6, № 2 (95). – С. 61-62.

60. Нормативное правовое регулирование льготного стоматологического ортопедического лечения граждан в Российской Федерации / А.А. Журина, В.Д. Вагнер, Н.Н. Мальгинов [и др.]. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2023. – № 4(101). – С. 1-11.

61. Носов, Д.С. Исторические аспекты процесса предоставления льготного зубопротезирования на федеральном уровне / Д.С. Носов, А.В. Калиниченко, Я.В. Хмельницкая. – Текст: непосредственный // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2022. – Т. 24, № 9. – С. 9-14. <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-9-9-14>.

62. Нуждаемость взрослого населения г. Калининграда в ортопедической стоматологической помощи / А.Д. Гаврилов, П.Г. Гаврилов, Е.М. Ахметов [и др.]. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2018. – №1. – С.18–21.

63. О стоматологической службе Воронежской области / Ю.Е. Антоненков, Н.Н. Чайкина, О.С. Саурина [и др.]. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, №2. – С. 239-242. Doi: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-239-24257>

64. Обзор научной литературы и нормативной правовой документации по организации и оплате стоматологической помощи / И.В. Успенская, С.В. Юрина, Е.В. Манухина [и др.]. – Текст: непосредственный // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2021. – Т.9, №1. – С.107-120.

65. Оплата стоматологической помощи, представляемой в амбулаторных условиях по клинико-статистическим группам в системе ОМС / И.И. Борисенко, В.Г. Бутова, М.И. Бойков, В.В. Садовский. – Текст: непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2016. – Т.20, №1. – С. 42-47.

66. Оптимизация режима стоматологических медицинских организаций для улучшения доступности стоматологической помощи населению / А.В. Алимский, А.В. Гуськов, С.И. Морозова [и др.]. – Текст: непосредственный // Клиническая стоматология. – 2015. – № 1. – С. 60-62.

67. Оптимизация системы здравоохранения. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. – Текст: электронный. – URL: www.rosminzdrav.ru.

68. Организационная особенность оказания стоматологической и челюстно-лицевой помощи инвалидам за рубежом / И. М. Сон, В. В. Люцко, М. В. Лебедев [и др.]. – Текст: непосредственный // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4 (187). – С. 121-129.

69. Организационно-экономический подход к совершенствованию геронто-стоматологической помощи льготной категории граждан с использованием новой медицинской технологии / Н. Н. Чебуранова, М. Ю. Кабанов, Р. А. Розов, Е. А. Горин. – Текст: непосредственный // Инновации. – 2022. – № 4(282). – С. 47-57. – DOI 10.26310/2071-3010.2022.282.4.008. – EDN IPURQH.

70. Орлова, И. В. Кластерный анализ регионов Центрального федерального округа по социально-экономическим и демографическим показателям / И. В. Орлова, Е. С. Филонова – Текст: непосредственный // Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. – 2015. – № 5. – С. 111-115. – EDN UXWERX.

71. Ортопедическая стоматология. Национальное руководство: в 2 т. / под ред.

И. Ю. Лебедеко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Т.1. – 520 с.; – Т. 2. – 416 с. – (Серия «Национальные руководства»). – ISBN 978-5-9704-6366-6. – Текст: непосредственный.

72. Основные направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи в условиях подушевого финансирования / А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина, Р.Р. Саитгареев [и др.]. – Текст: непосредственный // Polish Journal of Science. – 2018. – № 5. – С. 16-18.

73. Основы организации стоматологической помощи населению: учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко [и др.]. – Санкт-Петербург: ГПМА, 2011. – 103 с. – Текст: непосредственный.

74. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики – Текст: электронный // URL: <http://cfo.gov.ru/cfo/economy> (дата обращения 28.01.2025)

75. Оценка объема стоматологической ортопедической помощи в виде платных услуг / В. Д. Вагнер, Л. А. Маркина, Ф. Ф. Лосев, Д. Э. Богомолов. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2023. – № 3(100). – С. 22-23. – EDN FYPHXN.

76. Оценка результативности организационных преобразований сети городских стоматологических поликлиник / И.В. Успенская, Е.М. Баранова, В.А. Пешков [и др.]. – Текст: непосредственный // Сборник научных статей, посвященных 30-летию системы обязательного медицинского страхования Рязанской области / под ред. д.м.н. И.В. Успенской. – Рязань: ТФОМС Рязанской области, 2023.– С. 177.

77. Парфенова, Т. Н. Контроль качества и безопасности стоматологических услуг / Т. Н. Парфенова. – Текст: непосредственный // Молодые ученые – развитию Национальной технологической инициативы (ПОИСК). – 2021. – № 1. – С. 838-840. – EDN YUVASO.

78. Пешков, М.В. Ортопедическая реабилитация с использованием дентальной имплантации в государственной системе здравоохранения / М.В. Пешков, Л.Н.

Тишкина, И.В. Успенская. – Текст: непосредственный //Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2023.– Т.11, №2. – С. 281–288. [https:// doi. Org/ 10.23888/HMJ2023112281-288](https://doi.org/10.23888/HMJ2023112281-288).

79. Письмо Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.2012 №14-6/10/2-5305 «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в т.ч. клинико-статистических групп болезней (КСГ)». – Москва, 2012. – Текст: непосредственный.

80. Письмо Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.12.2016 №11-8/10/28266/12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского». – Москва, 2012. – Текст: непосредственный.

81. Письмо ФФОМС от 25.01.2018 №938/26-2/и. – Текст: электронный. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc /71784056 /> (дата обращения 21.04.2018).

82. Письмо ФФОМС от 30.12.2011 №9161/30-1/и (ред. от 19.01.2017) «О направлении Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования». – Москва, 2017. – Текст: непосредственный.

83. Попова, Н.М. Основные тенденции в организации стоматологической помощи в развитых странах мира / Н.М. Попова, Д.Д. Стрелкова, А.В. Рапенкова. – Текст: непосредственный // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.– 2019. – № 2. – С. 19–23.

84. Послания Президента РФ Федеральному Собранию от 20.02.2019, 15.01.2020, 21.04.2021 «Послание Президента Владимира Путина Федеральному Собранию РФ» // Российская газета. – 2019. – 20 февраля (№ 9); 2020. – 15 января (№ 2); 2021 – 24 апреля (№ 47). – Текст: непосредственный.

85. Постановление № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года «Об

утверждении клинических рекомендаций (протоколов лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зуба вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)». – Текст: электронный. – URL: https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/7_part_absent.pdf (дата обращения 20.06.2023).

86. Постановление Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 01.01.2001 № 18 «Об утверждении клинических рекомендаций (протоколов лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зуба вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)». – Текст: электронный. – URL: <http://Pandia.ru> (дата обращения 20.06.2023).

87. Постановление Правительства Московской области от 2 октября 2012 года N 1255/37 «Об утверждении порядков предоставления мер социальной поддержки по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов отдельным категориям граждан, по бесплатному обеспечению санаторно-курортными путевками отдельных категорий граждан, имеющих место жительства в Московской области» (с изменениями и дополнениями). – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/36748848/>. (дата обращения 10.03.2020).

88. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». – Текст: электронный. – URL: <http://base.garant.ru/71748440> (дата обращения 02.04.2018).

89. Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/406065459> (дата обращения 16.06.2023).

90. Постановление Правительства РФ от 10.10.2018 №1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/72123058> (дата обращения 16.06.2023).

91. Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 №101 (в ред.) «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности». – Текст: электронный. – URL:<http://base.garant.ru12129879> (дата обращения 11.09.2017).

92. Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/406065459> (дата обращения 16.06.2023).

93. Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/406065459> (дата обращения 16.06.2023).

94. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2025 и 2025 годов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/406065459> (дата обращения 16.06.2023).

95. Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/406065451> (дата обращения 30.12.2023).

96. Постановление Правительства Рязанской области от 06.06.2023 №210 «О внесении изменений в постановление Правительства Рязанской области от 24.10.2014 №311 «Об утверждении государственной программы Рязанской области «Развитие здравоохранения на 2015-2020 годы»». – Текст: электронный. – URL: <http://publication.Pravo.Gov.ru/document/6200202306090006> (дата обращения 08.05.2023).

97. Постановление Правительства Рязанской области от 24.12.2019 утверждения «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2020 год на плановый период 2021 и 2024 годов». – Текст:

электронный. – URL: [http:// publication. Pravo. Gov.ru/ Document/View/6200202212290017](http://publication.Pravo.Gov.ru/Document/View/6200202212290017) (дата обращения 08.05.2023)

98. Постановление Правительства Рязанской области от 28.12.2021 утверждения «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2022 год на плановый период 2023 и 2024 годов». – Текст: электронный. – URL: [http:// publication. Pravo. Gov.ru/ Document/View/6200202212290017](http://publication.Pravo.Gov.ru/Document/View/6200202212290017) (дата обращения 08.05.2023)

99. Постановление Правительства Рязанской области от 28.12.2022 об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2023 год на плановый период 2024 и 2025 годов». – Текст: электронный. – URL: [http:// publication. Pravo. Gov.ru/ Document/View/6200202212290017](http://publication.Pravo.Gov.ru/Document/View/6200202212290017) (дата обращения 08.05.2023).

100. Постановление Правительства Рязанской области от 28.12.2018 №425 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2019 год на плановый период 2020 и 2021 годов». – Текст: электронный. – URL:[http://publication. Pravo.gov.ru/ Document/ View/ 6200202212290017](http://publication.Pravo.gov.ru/Document/View/6200202212290017)(дата обращения 08.05.2023)

101. Постановление Правительства Рязанской области от 30.12.2020 утверждения «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2021 год на плановый период 2022 и 2023 годов». – Текст: электронный. – URL: [http:// publication. Pravo. Gov.ru/ Document/ View/ 6200202212290017](http://publication.Pravo.Gov.ru/Document/View/6200202212290017) (дата обращения 08.05.2023) 2020

102. Приказ МЗ СССР от 18.11.1988 №830 «О комплексной программе развития стоматологической помощи населению». – Москва, 1988. – Текст: непосредственный.

103. Приказ МЗ СССР от 25.01.1988 №50 «О переходе на новую систему учета

труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема». – Москва, 1988. – Текст: непосредственный.

104. Приказ Минздрава РФ от 13.11.2012 №910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями». – Текст: электронный. – URL: [http:// bazazakonov.ru/doc/?ID=3675663](http://bazazakonov.ru/doc/?ID=3675663) (дата обращения: 10.05.2014).

105. Приказ Минздрава РФ от 19.12.2016 №973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта». – Текст: электронный. – URL: [http:// minjust.consultant.ru/documents/22243/](http://minjust.consultant.ru/documents/22243/) (дата обращения: 31.01.2017).

106. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». – Москва, 2012. – Текст: непосредственный.

107. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 №1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». – Текст: электронный. – URL: [http:// base.garant.ru/70288224/](http://base.garant.ru/70288224/) (дата обращения: 10.05.2014).

108. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». – Текст: электронный. – URL: <http://www.rg.ru/2010/09/27/spavochnik-dok.html> (дата обращения 14.05.2023).

109. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (ред. от 20.11.2013) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». – Текст: непосредственный // Российская газета. – 2011. – 11 марта (№ 51 (Прил. 1-2)).

110. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н (в ред. от 05.03.2020 №148н) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». – Москва, 2017. – Текст: непосредственный.

111. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2003 №545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации». – Текст: электронный. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=33675>.

112. Приказ Минтруда России от 10.05.2016 №227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2016 №42399). – Москва, 2016. – Текст: непосредственный.

113. Приказ Федеральной службы государственной статистики «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования» от 17.04.2014 № 258. – Москва, 2014. – Текст: непосредственный.

114. Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие / сост.: С.И. Двойников; под ред. С.И. Двойникова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 480 с. – Текст: непосредственный.

115. Путин, В.В. Выступление на заседании Совета по реализации приоритетных нацпроектов и демографической политике, 26 февраля 2013 г. / В.В. Путин. – Текст: электронный. – URL: kremlin.ru.

116. Пьянзина, А. В. Распространенность стоматологической ортопедической патологии в Российской Федерации (обзор литературы) / А. В. Пьянзина. – Текст: непосредственный // Клиническая стоматология. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 96-102. – DOI 10.37988/1811-153X_2021_2_96. – EDN LHOEQB.

117. Пьянзина, А. В. Удовлетворенность и качество жизни пациентов в процессе стоматологического ортопедического лечения: обзор литературы / А. В. Пьянзина, В. Д. Вагнер. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2022. – № 1(94). – С. 93-95. – EDN IAUNNS.

118. Пьянзина, А. В. Преимущества и недостатки ортопедической службы в частных и государственных организациях стоматологического профиля (обзор литературы) / А. В. Пьянзина. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2021. – № 1(90). – С. 88-90. – EDN DFIYOH.

119. Развитие стоматологии в Российской Федерации. Концептуальная модель 2014 год: утверждена Постановлением № 10 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» 22 апреля 2014 г. – Текст: электронный. – URL: http://www.e-stomatology.Ru/star/work/2017/razvitie_stom_russia.php.

120. Разработка национальной стратегии финансирования здравоохранения: справочное руководство [Developing a national health financing strategy: a reference guide] / J. Kutzin, S. Witter, M. Jowett, D. Bayarsaikhan. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. – Текст: электронный. – URL: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/272623>

121. Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области от 20.12.2017 N 319-Р «Об утверждении перечня видов работ и значения условных единиц трудоемкости на работы по изготовлению и ремонту зубных протезов, Положения о медико-технической комиссии Министерства здравоохранения Московской области и состава медико-технической комиссии Министерства здравоохранения Московской области по бесплатному зубопротезированию из дорогостоящих материалов». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/43128484/>. Ссылка активна на 10.03.2020.

122. Растригина, О.В. Развитие государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг: мировая и российская практика / О.В. Растригина. – Текст: электронный // Вестник Евразийской науки. – 2020.– №3. – URL: <https://esj.today/PDF/74ECVN320.pdf> (дата обращения: 20.05.2023).

123. Расчет себестоимости зуботехнических конструкций, изготовленных по CAD/CAM-технологии: методические рекомендации / Р.Ш. Гветадзе, В.Г. Бутова, А.Ю. Жеребцов [и др.]. – Москва, 2018. – Текст: непосредственный.

124. Рекомендации Минздрава России по способам оплаты медицинской

помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в т.ч. клинико-статических групп болезней (КСГ). – Москва, 2013. – 40 с. – Текст: непосредственный.

125. Решетников, А.В. Методика проведения медико-социологических исследований: учебное пособие для студ. Мед. Вузов / А.В. Решетников, С.А. Ефименко, Л.М. Астафьев. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2013. – 92 с. – Текст: непосредственный.

126. Решетников, А.В. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / А.В. Решетников, Н.Н. Стадченко, К.Э. Соболев. – Текст: непосредственный // Социология медицины. – 2015. – №1. – С. 19-25.

127. Решетников, А. В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин. – 2-е изд., пер. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 328 с. – Текст: непосредственный.

128. Роговой, М.А. Классификация труда медицинских работников и методы его измерения / М.А. Роговой. – Москва: Медицина.1969. – Текст: непосредственный

129. Родина, Т.С. Особенности стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп / Т.С. Родина. – Текст: непосредственный // Рос. Медико-биол. Вестн. Им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – №3. – С. 140-147.

130. Саркисян, М.С. Научное обоснование концептуальной модели оказания комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы организации специализированных клиник: дис. ... д-ра мед. Наук: 14.01.14 / Саркисян Мартирос Сергеевич; [Место защиты: Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)]. – Москва, 2020.– 396 с.

131. Свенцицкий, А.А. Социальная психология / А.А. Свенцицкий. – Москва, 2016. –231 с. – Текст: непосредственный.

132. Сепетлиев, Д. Статистические методы в научных медицинских

исследованиях / Д. Сепетлиев. – Москва: Медицина, 1968. – 420 с. – Текст: непосредственный.

133. Система оценки технологий здравоохранения Швеции / В.В. Омеляновский, Ф.В. Горкавенко, Е.С. Сайбель, Г.Р. Хачатрян. – Текст: непосредственный // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 2. – С. 16–23.

134. Смирнова, Л.Е. Нуждаемость населения в стоматологической помощи и ретроспективный взгляд на её качество / Л.Е. Смирнова. – Текст: непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2018. – №22 (1). – С. 68-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-1-68-72>.

135. Смолянская, Т. В. Исследование проблем качества стоматологической помощи в государственном учреждении / Т. В. Смолянская. – Текст: непосредственный // Неделя молодежной науки – 2021: материалы Всероссийского научного форума с международным участием, посвященного медицинским работникам, оказывающим помощь в борьбе с коронавирусной инфекцией (Тюмень, 26–28 марта 2021 года). – Тюмень: Рекламно-издательский центр «Айвекс», 2021. – С. 446. – EDN GFSEPM.

136. Социально-экономические проблемы и возможности развития льготного стоматологического ортопедического лечения / Б.Н. Порфирьев, А.А. Широ, О.О. Янушевич [и др.]. – Текст: непосредственный // Проблемы прогнозирования. – 2023. – № 1(196). – С. 104-116. Doi: [10.47711/0868-6351-196-104-116](https://doi.org/10.47711/0868-6351-196-104-116).

137. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в 2017-2023 гг. / Росстат. – Текст: электронный. – URL: https://www.audit-it.ru/inform/zarplata/index.Php?Id_region=169

138. Старовойтова, Е.Л. Планирование первичной профилактики кариеса у детей на основании стоматологического статуса и уровня знаний беременных женщин / Е.Л. Старовойтова, А.А. Антонова, О.В. Лемещенко. – Текст: непосредственный // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – №3. – С.24-29.

139. Стоматологическая заболеваемость населения России / А.К. Салахов, С.С. Ксембаев, Р.Ф. Байкеев, Е.М. Силагадзе. – Текст: непосредственный // Казанский

медицинский журнал. – 2020. – Т. 101, № 5. – С. 713–718.

140. Стратегия и тактика борьбы с пандемией в России / И.А. Петина, И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина [и др.]. – Текст: непосредственный // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы Юбилейной XXV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2021. – С.77-83.

141. Тарасенко, Е.А. Независимая оценка оказания услуг медицинскими организациями как объект управленческого анализа: опыт регионов и основные проблемы / Е.А. Тарасенко, О.Ф. Понкратова. – Текст: непосредственный // Вестник Росздравнадзора. –2018. –№ 5. –С. 73-79.

142. Тараторина, Е.В. Стоматологический туризм / Е.В. Тараторина, П.Д. Жарко. – Текст: непосредственный // Государство и рынок в условиях глобализации мирового экономического пространства: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции (Волгоград, 17 марта 2018 г.): в 2.ч. – Стерлитамак: АМИ, 2018. – Ч. 2. – С. 101-104.

143. Успенская, И.В. Апробирование медико-социологического инструментария для оценки качества организации и стоимостной доступности стоматологической ортопедической помощи / И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина, М.В. Пешков. – Текст: непосредственный // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2023. – №2. – С.211-220.

144. Успенская, И.В. Внедрение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / И.В. Успенская, Е.В. Манухина, С.В. Юрина. – Текст: непосредственный // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2017. – № 4. – С. 427-433.

145. Успенская, И.В. К вопросу о классификаторе основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий / И.В. Успенская, С.В. Юрина. – Текст: непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2018. – Т. 26, № 1. – С. 36-46.

146. Успенская, И.В. Методические рекомендации по нормированию, учету и

оплате первичной стоматологической помощи, оказываемой амбулаторно, в системе обязательного медицинского страхования: методические рекомендации / И.В. Успенская, Е.В. Манухина, С.В. Юрина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2019. – 39 с. – Текст: непосредственный.

147. Успенская, И.В. Опыт работы городской стоматологической поликлиники в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции / И.В. Успенская, М.В. Пешков, Л.Н. Тишкина. – Текст: непосредственный // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2022. – Т.10, № 3. – С. 349-355. <https://doi.org/10.23888/HMJ2022103349-355>

148. Успенская, И.В. Особенности учета объемов первичной стоматологической помощи / И.В. Успенская, Е.В. Манухина, С.В. Юрина. – Текст: непосредственный // Обязательное медицинское страхование – четверть века на Рязанской земле: итоги и перспективы: материалы научно-практической конференции (23-24 мая 2018 года) / под ред. д.м.н. И.В. Успенской. – Рязань: ТФОМС Рязанской области, 2018. – С. 104-112.

149. Успенская, И.В. Стоматологическая заболеваемость и первичная стоматологическая помощь населению / И.В. Успенская, Е. В. Манухина, С.В. Юрина. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 26(6). – С. 401-405.

150. Успенская, И.В. Финансовое обеспечение и порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно: учебное пособие / И.В. Успенская, И.А. Петина, С.В. Юрина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2017. – 200 с. – Текст: непосредственный.

151. Уханов, М.М. Обсуждение концепции развития стоматологии в России / М.М. Уханов. – Москва: ЦНИИС. – Текст: электронный. – URL: <https://www.nadent.ru/vsestat/obsujdenie-kontseptsii-razvitiya-stomatologii-v-rossii-1> (дата обращения: 24.11.2023). – Режим доступа: по подписке.

152. Учебное пособие по медицинской статистике (для студентов санитарно-гигиенических факультетов) / под ред. Е.Я. Белицкой. – Москва, 1972. – 175 с. – Текст: непосредственный.

153. Федеральный закон от 02.05.2015 №122-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статьи 11 и 73 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации». – Москва, 2015. – Текст: непосредственный.

154. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Текст :электронный.– URL: base.Garant.ru.

155. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации». – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/12180688/> (дата обращения 14.05.2023).

156. Хорева, О.О. Совершенствование организации стоматологической помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в организациях социального обслуживания: дис. ... канд. Мед. Наук / Хорева Оксана Олеговна. – Москва, 2017. – 168 с. – Текст: непосредственный.

157. Хронометражные исследования в стоматологии, как условие формирования безопасной больничной среды / Е.Ю. Шкатова, Г.И. Бездетко, Т.И. Бессонова, А.В. Оксюзян. – Текст: электронный // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23617> (дата обращения: 13.11.2024).

158. Цимбалистов, А.В. Управление качеством медицинской помощи – актуальная проблема в стоматологии / А.В. Цимбалистов, Е.Е. Статовская, Т.П. Дроздова. – Текст: непосредственный // Качество медицинской помощи: проблемы и перспективы совершенствования: материалы Междунар. Науч.-практ. Конф. / под ред. акад. РАМН проф. А.В. Шаброва, проф. В.Ф. Чавпецова. – Санкт-Петербург, 2010. – С.109-110.

159. Черезова, Я.А. Формирование системы показателей комплексной оценки эффективности деятельности государственных стоматологических поликлиник / Я.А. Черезова, С.Н. Халиманенко, И.Р. Набиев. – Текст: непосредственный // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2019. – Т. 8, № 3(28). – С. 385-388.

160. Черников, А.А. Медико-социальные особенности условий жизнедеятельности и качества жизни сельских жителей, влияющих на потребность в стоматологической помощи / А.А. Черников, Н.В. Тегза, В.С. Лучкевич // Профилактическая медицина -2022: сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под редакцией А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. – Санкт-Петербург, 2022. – С. 322-325.

161. Черников, А.А. Обоснование организационных мероприятий по обеспечению доступности и качества стоматологической ортопедической помощи сельским жителям, проживающим на удалённых территориях / А.А. Черников, В.Ю. Тегза // Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье : Российская научно-практическая конференция (Санкт-Петербург, 16–17 марта 2018 года). – Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2018. – С. 224-233. – EDN MSJBRT.

162. Чхеидзе, Е.Н. Обеспечение доступности и качества стоматологической помощи терапевтического профиля в условиях городской стоматологической поликлиники: дис. ... канд. Мед. Наук: 14.02.03 / Чхеидзе Екатерина Нугзаровна [Место защиты: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Санкт-Петербург, 2014. – 180 с. – Текст: непосредственный.

163. Шаймиева, Н.И. Опыт организации стоматологического приема в условиях пандемии COVID-19 в РФ Инструкциях: методическое пособие / Н.И. Шаймиева, Р.Ш. Хасанов, В.Н. Олесова. – Казань: РИО КГМА, 2021. – 30 с. – Текст: непосредственный.

164. Шаймиева, Н.И. Повышение медико-социальной эффективности Программы льготного зубопротезирования для отдельных категорий граждан в Республике Татарстан / Н.И. Шаймиева, Р.Ш. Хасанов, В.Н. Олесова. – Текст: непосредственный // Вестник современной клинической медицины. – 2021. – Т.

14, вып. 4. – С.67–72. Doi: 10.20969/VSKM.2021.14(4).67-72

165. Шипова, В.М. Нормы труда в стоматологии / В.М. Шипова, З.М. Абаев; под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 176 с. – Текст: непосредственный.

166. Шипова, В.М. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций / В.М. Шипова; под ред. Р.У. Хабриева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 136 с. – Текст: непосредственный.

167. Щепилина, Е.С. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи, оказываемой населению в неотложной форме: дис. ... канд. Мед. Наук: 14.02.03 / Щепилина Екатерина Сергеевна; [Место защиты: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Челябинск, 2020.– 271 с. – Текст: непосредственный.

168. Юрина, С.В. Об организации диспансеризации населения / С.В. Юрина, Е.В. Манухина, О.Н. Селявина. – Текст: непосредственный // Главврач. – 2019. – № 1. – С. 60-66.

169. Юрина, С.В. Совершенствование порядка оказания и оплаты первичной стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. Мед. Наук: 14.02.03 / Юрина Светлана Васильевна; [Место защиты: ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Рязань, 2019. – 271 с. – Текст: непосредственный.

170. Юсупханов, О. Н. Изучение мнения населения Чуйской области в качестве оказания ортопедической стоматологической помощи / О. Н. Юсупханов. – Текст: непосредственный // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2020. – Т. 20, № 9. – С. 208-211. – EDN FAOONC.

171. Andrade, F.B. Factors related to the dissatisfaction of users of specialized dental care centers in Brazil in 2014: a cross-sectional study / F.B. Andrade, R.D.S. Pinto. – Text: visual // Epidemiol Serv Saude. – 2020. – Vol. 29, № 3. – P. e2019429. Doi: 10.5123/S1679-49742020000300002. PMID: 32520121.

172. An International Working Definition for Quality of Oral Healthcare / A.J. Righolt, M.F. Walji, J.S. Feine [et al.]. – Text: visual // *JDR Clin Trans Res.* – 2020. – Vol. 5, № 2. – P. 102-106. Doi: 10.1177/2380084419875442. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31533017; PMCID: PMC7079288
173. Assessed and perceived oral health of older people who visit the dental practice, an exploratory cross-sectional study / P.C. Bots-Vant Spijker, v. C.D. an der Maarel-Wierink, J.M.G.A. Schols, J.J.M. Bruers. – Text: visual // *PloS One.* – 2021. – Vol. 16, № 9. – P. e0257561. Doi: 10.1371/journal. Pone. 0257561. PMID: 34559825; PMCID: PMC8462729.
174. Bailit, H.L. The Oral Health Care Delivery System in 2040: Executive Summary / H.L. Bailit. – Text: visual // *J Dent Educ.* – 2017. – Vol. 81, № 9. – P. 1124-1129.
175. Changes in oral health-related quality of life (OHRQoL) related to long-term utilization of dental care among older people / A.N. Åstrøm, G. Ekback, S. Ordell, F. Gulcan. – Text: visual // *Acta Odontol Scand.* – 2018. – Vol. 76, № 8. – P. 559-566. Doi: 10.1080/00016357.2018.1474249.
176. Chávez, E.M. Policies Supporting Oral Health in Ageing Populations Are Needed Worldwide / E.M. Chávez, A. Kossioni, K. Fukai. – Text: visual // *Int Dent J.* – 2022. – Vol. 72, № 4(S). – P. S27-S38. Doi: 10.1016/j.identj. 2022. 06.014. PMID: 36031323; PMCID: PMC9437798.
177. Choi, J.S. The impact of expanded national health insurance coverage of dentures and dental implants on dental care utilization among older adults in South Korea: a study based on the Korean Health Panel Survey / J.S. Choi, S.H. Jung. – Text: visual // *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* – 2020. – Vol. 17. – P. 6417.
178. Comparison of generic and condition-specific oral health-related quality of life instruments in patients with oral submucous fibrosis / S.M. Gondivkar, R.R. Bhowate, A.R. Gadail [et al.]. – Text: visual // *Qual Life Res.* – 2019. – Vol. 28, № 8. – P. 2281-2288. Doi: 10.1007/s11136-019-02176-y
179. Crisan, E.L. A Systematic Literature Review of Quality Management Initiatives in Dental Clinics / E.L. Crisan, B.F. Covaliu, D.M. Chis. – Text: visual // *Int*

J Environ Res Public Health. – 2021. – Vol. 18, № 21. – P. 11084. Doi: 10.3390/ijerph182111084. PMID: 34769604; PMCID: PMC8582852.

180. Dafny, L. The price effects of cross-market mergers: theory and evidence from the hospital industry / L. Dafny, K. Ho, R.S. Lee // The RAND Journal of Economics. – 2019. – Vol. 50. – P. 286-325. Doi: 10.1111/1756-2171.12270.

181. Embedding implementation research to cross the quality of care chasm during the covid-19 pandemic and beyond / M.A. Peters, K. Cloete, G. Odwe [et al.]. – Text: visual // BMJ. – 2023. – Vol. 383. – P. e076331. Doi: 10.1136/bmj-2023-076331.PMID:38081643

182. Exploring the association of dental care utilization with oral impacts on daily performances (OIDP) – a prospective study of ageing people in Norway and Sweden / F. Gülcan, G. Ekbäck, S. Ordell [et al.]. – Text: visual // Acta Odontol Scand. – 2018. – Vol. 76, № 1. – P. 21-29.

183. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary healthcare / M.A. Aldosari, M.A. Tavares, A.T.G. Matta-Machado, M.H.N.G. Abreu. – Text: visual // PloS One. – 2017. – Vol. 12, № 11. – P. e0187993.

184. Factors associated with regular dental attendance by aged adults: A systematic review / R.Y. Tu, P. Liang, A.J. Tan [et al.]. – Text: visual // Gerodontology. – 2023. – Vol. 40, № 3. – P. 277-287. Doi: 10.1111/ger.12661.

185. General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul / Y. Ozkan, M. Ozcan, Y. Kulak [et al.]. – Текст: непосредственный // Gerodontology. – 2011. – Vol. 28, № 1. – P. 28–36.

186. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations / C.M. Jiang, C.H. Chu, D. Duangthip [et al.]. – Text: visual // Front Oral Health. – 2021. – Vol. 2. – P. 703526. Doi: 10.3389/froh.2021.703526.

187. Graskemper, J.P. Professional Responsibility in Dentistry: A Practical Guide to Law and Ethics / J.P. Graskemper. –Wiley, 2014. – 220 p. – Text: visual.

188. Health sector fragmentation: three examples from Sierra Leone / A. Barr, L. Garrett, R. Marten [et al.]. – Text: visual // Global Health. – 2019. – Vol. 15. – P. 1-8. Doi 10.1186/s12992-018-0447-5

189. Inequalities of dental prosthesis use under universal health care insurance / Y. Matsuyama, J. Aida, K. Takeuchi [et al.]. – Text: visual // *Community. Dent. Oral. Epidemiol.* – 2014. – Vol. 42, № 2. – P. 122–128.
190. Kalo, I.D. Development of quality of health systems in Europe / I.D. Kalo. – Text: visual // *Eurohealth.* – 2000. – Vol. 6, № 5. – P. 20-22.
191. Kramarow, E.A. Dental Care Among Adults Aged 65 and Over 2017 / E.A. Kramarow. – Text: visual // *NCHS Data Brief.* – 2019. – Vol. 337. – P. 1-8.
192. Leck, V. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities / V. Leck, G.E. Randall. – Text: visual // *Int J Equity Health.* – 2017. – Vol. 16, № 1. – P. 131. Doi: 10.1186/s12939-017-0631-x
193. Nilsson, P. Fragmented health and social care in Sweden – a theoretical framework that describes the disparate needs for coordination for different patient and user groups / P. Nilsson, A. Stjernquist, N. Janlöv. – Text: visual // *Int J Integr Care.* – 2016. – Vol. 16. – P. 348–8. Doi10.5334/ijic.2896
194. Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review / M. Janto, R. Iurcov, C.M. Daina [et al.]. – Text: visual // *J Pers Med.* – 2022. – Vol. 12, № 3. – P. 372. Doi: 10.3390/jpm12030372.
195. Practice Trends and Job Satisfaction of Dental Therapists in Canada: Results from a National Survey / M.S. Khawer, T. Goulet, D. Brothwell, K. Da Silva. – Text: visual // *Int J Circumpolar Health.* – 2024. – Vol. 83, № 1. – P. 2294568. Doi: 10.1080/22423982.2023.2294568.
196. Quality of Life Assessment should be Part of Oral Health Evaluations in Day-to-day Practice / S.M. Gondivkar, A.R. Gadbail, S.C. Sarode, S. Patil. – Text: visual // *J Contemp Dent Pract.* – 2017. – Vol. 18, № 10. – P. 857-858.
197. Satisfaction with access to and quality of health care among Medicare enrollees in a health maintenance organization / Y.Y. Meng, D.E. Jatulis, J. P. McDonald, A. P. Legorreta. – Text: visual // *Western Journal of Medicine.* – 1997. – Vol. 199. – P. 242-247.

198. The governance of local health systems in the era of Sustainable Development Goals: reflections on collaborative action to address complex health needs in four country contexts / H. Schneider, Joseph Mumba Zulu, Kaaren Mathias [et al.]. – Text: visual // *BMJ Global Health*. – 2019. – Vol. 4. – P. e001645. Doi: 10.1136/bmjgh-2019-001645.
199. The use of tools to support oral lesion description in oral medicine referrals / C. Zimmermann, M.I. Meurer, J.T. Lacerda [et al.]. – Text: visual // *Braz Oral Res*. – 2017. – Vol. 31. – P.e93.
200. Validation of digital visual analog scale pain scoring with a traditional paper-based visual analog scale in adults / D.A. Delgado, B.S. Lambert, N. Boutris [et al.]. – Text: visual // *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. Global research & reviews*. – 2018. – Vol. 2, № 3. – P.e088.
201. Walther, W. Indikation sentscheidung und Qualitaetssicherung: Aus der Arbeit er neszahnaerztlichen Qualitaetszirkels / W. Walther, T. Weindler. – Text: visual // *Quintessenz*. – 1995. – Bd. 46. – S. 691-694.
202. World Health Organization Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat to the 69th World Health Assembly. – Geneva: World Health Assembly, World Health Organization, 2016. – Text: visual.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А. 1 – Этапы выполнения диссертационной работы

Этап	Наименование работ	Методы	Количество материалов (работ)
I.	<p>1.1. Анализ научной литературы и нормативно-правовой документации.</p> <p>1.2. Разработка программы медико-социологического исследования.</p> <p>1.3. Апробирование разработанной анкеты пациентов с оказанием СОП.</p> <p>1.4. Определение выборочной совокупности.</p> <p>1.5. Публикации научных статей</p>	<p>Лит. Обзор и контент-анализ</p> <p>Социологический</p> <p>Математический</p>	<p>1.1. Литературных источников – 202, в том числе 126 отечественных и 32 зарубежных авторов; контент-анализ 44 нормативных актов.</p> <p>1.2. Программа медико-социологического исследования удовлетворенности СОП и лояльности к государственным МО (с инструментарием: анкетой, кодификатором и проч.) – 1 шт.</p> <p>1.3. Пилотный эксперимент в целях оптимизации анкеты пациента при оказании СОП – 40 шт. в ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1».</p> <p>1.4. Расчет необходимого числа пациентов для обеспечения репрезентативности выборки.</p> <p>1.5. Публикации статей на начальном этапе исследования.</p>
II.	<p>2.1. Выявление особенностей динамики уровня и структуры стоматологической заболеваемости по оказанию ПССП в рамках ТПГГ методом сплошного исследования за 4 года.</p> <p>2.2. Определение «скрытой» стоматологической заболеваемости в условиях пандемии COVID-19.</p> <p>2.3. Определение «социально-гигиенического портрета» пациентов, которым оказана СОП в сложных эпидемиологических условиях.</p>	<p>Статистический и графоаналитический</p> <p>Социально-гигиенический</p>	<p>2.1. Анализ оплаченных в системе ОМС счетов (реестров) за пролеченных пациентов, которым оказана стоматологическая помощь в Рязанской области по ТПГГ за 2019-2022 гг. (1649046 реестров счетов).</p> <p>2.2. Выявление «скрытой» стоматологической заболеваемости (по данным обращаемости) в сложных эпидемиологических условиях на примере Рязанской области.</p> <p>2.3. Изучение социально-гигиенических характеристик пациентов, которым оказана СОП в регионе, по 407 анкетам; сформирован «социально-гигиенический портрет» пациента, которому оказана СОП в 2019-2022 гг. в регионе.</p>

Продолжение таблицы А.1

III.	<p>3.1. Оценка соответствия оказания стоматологической помощи в стоматологических поликлиниках.</p> <p>3.2. Анализ финансовых показателей объединенной стоматологической поликлиники г. Рязани.</p> <p>3.3. Анализ показателей деятельности стоматологических МО региона, оказывающих ПССП и СОП по ТПГГ за 2019-2022 гг., сравнительный анализ с показателями 2012-2016 гг. (Юрина С.В., 2019).</p>	<p>Информационно-аналитических</p> <p>Экономического анализа</p> <p>Статистических</p>	<p>Изучение, анализ и оценка:</p> <ul style="list-style-type: none"> – порядков оказания ПССП и СОП, утвержденных Минздравом России от 7 декабря 2011 №1496н, от 13 ноября 2012 №910н, классификаторов стоматологических услуг (2 шт.), тарифных соглашений (4 шт.) – всего 8шт.; – информации о МО (форма № 30) – 40 шт.; – информация о заболеваниях, зарегистрированных у лиц, территориально прикрепленных к району обслуживания поликлиник (форма №12) – 4 годовых отчета; – общей численности населения за 2019-2022 гг. – 4 шт.; – объемов, стоимости, способов оплаты, критерии и показатели доступности и качества ПССП в ТПГГ (ежегодные отчеты) – 4 сводных документа; – сведений об объемах и стоимости СОП (по преysкурантам цен) за 2019-2022 гг. (ежегодные отчеты) – 4 сводных документа.
IV.	<p>4.1. Нормирование труда стоматологов-ортопедов и зубных техников</p> <p>4.2. Изучение укомплектованности и потребности региона в стоматологах-ортопедах и зубных техниках</p>	<p>Математический</p> <p>Статистический и математический</p>	<p>4.1.1. Нормирование труда с использованием хронометражных и технологических карт – 81 и 52 шт.</p> <p>4.1.2. Изучение Классификатора (в УЕТ) стоматологических услуг – 2 шт.</p> <p>4.2.1. Расчет потребности и укомплектованности МО врачами стоматологами-ортопедами и зубными техниками.</p> <p>4.2.2. Расчеты численности врачей: стоматологов-терапевтов, стоматологов-ортопедов, а также зубных техников для оказания СОП неработающим пенсионерам, в т.ч. в возрасте 60 лет и старше.</p>

Продолжение таблицы А.1

V.	<p>5.1. Анкетирование пациентов стоматологических поликлиник.</p> <p>5.2. Применение шкалы ВАШ.</p> <p>5.3. Анализ результатов, полученных по материалам исследования.</p>	<p>Социологический</p> <p>Статистический,</p> <p>графоаналитический и</p> <p>математический</p>	<p>5.1. Использование анкеты в целях оценки удовлетворенности пациентов СОП и выявления лояльности к государственным МО– 407 шт.</p> <p>5.2. Оценка критериев и показателей по пятибалльной визуальной аналоговой шкале– 46 оценок.</p> <p>5.3. Свод, обработка и анализ материалов исследования.</p>
VI	<p>6.1. Научное обоснование критериев и показателей качества организации СОП и ее доступности для населения, сравнение с фактическими показателями Рязанской области.</p> <p>6.2. Оформление результатов работы и защита диссертации, апробация</p>	<p>Статистический</p> <p>Математический</p> <p>Графоаналитический</p> <p>Экономического анализа</p>	<p>6.1.1. Анализ применения в учете СОП Классификатора стоматологических услуг (в УЕТ).</p> <p>6.1.2. Определение нормативов объема и финансового обеспечения СОП из расчета на 1 жителя и на 1 неработающего пенсионера в возрасте 60 лет и старше.</p> <p>6.1.3. Обоснование необходимой численности стоматологов-ортопедов, зубных техников для выполнения предлагаемых объемов ТППГ.</p> <p>6.1.4. Расчет средней стоимости 1 курса лечения для неработающий пенсионеров в возрасте 60 лет и старше.</p> <p>6.1.5. Научное обоснование и определение критериев и показателей доступности и качества организации СОП.</p> <p>6.2.1. Апробация на 6 конференциях, в т.ч. с международным участием, публикации статей – 7, в т.ч. 5 в рекомендованных ВАК РФ, из них Scopus – 2.</p> <p>6.2.2. Оформление результатов исследования как диссертации, представление ее к защите.</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Программа медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям

Программа медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям (далее – Программа) направлена на разработку критериев и оценку показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи (СОП), выполнялась в рамках комплексной научно-исследовательской работы, выполняемой в ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, согласно рекомендациям по проведению социологических исследований.

Разработка базировалась на изучении научных публикаций, нормативных правовых актов, на результатах собственных исследований и опыта научно-практической работы. Теоретической основой явились труды В.И. Стародубова, А.Л. Линденбрата, В.М. Шиповой, В.Г. Бутовой, В.М. Гринина.

Актуальность и обоснование проблемы

Приоритет в области охраны здоровья населения есть обеспечение должного качества и равнодоступности медицинской помощи по программам государственных гарантий (ПГГ), независимо от социального положения, места жительства, пола и возраста гражданина, законодательно закреплены права россиян на выбор ими лечащего врача и медицинской организации первичного звена здравоохранения.

В то же время, СОП не включена в программу государственных гарантий, соответственно, не рассчитаны гарантированные объемы СОП, не определена стоимостная доступность, не изучаются фактические затраты пациентов, не определены критерии и показатели доступности и качества организации СОП с учетом обеспеченности кадрами врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников. Не изучаются вопросы удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к стоматологическим медицинским организациям (МО) различных типов и форм собственности.

По результатам изменений, внесенных в законодательство РФ, активно работают частные стоматологические организации, способные оказывать СОП на высоком уровне. Деятельность частного сектора не контролируется на уровне субъектов РФ, они не представляют отчетность об оказании первичной стоматологической помощи и СОП в государственные органы, что затрудняет контроль, консолидированный учет объемов и стоимости стоматологической помощи и выявление удовлетворенности граждан.

Особенностью СОП являются высокие расходы на технологическое обеспечение лечебно-диагностического процесса, на стоматологическое протезирование и пломбировочный материал, в результате чего СОП

оплачивается пациентами, что актуализирует оценку пациентами доступности СОП и качества ее организации.

При изучении научной литературы и нормативной документации установлено, что тема изучения удовлетворенности доступностью и качеством организации СОП практически не изучена, что **актуализирует** разработанную Программу.

Цель выявление зависимости удовлетворенности пациентов СОП и их лояльности к государственным стоматологическим МО от доступности СОП, определяемой качеством ее организации.

Объект исследования: доступность и качество организации стоматологической ортопедической помощи в Рязанской области.

Предмет исследования: доступность и качество организации стоматологической ортопедической помощи в стоматологических медицинских организациях Рязанской области.

Единицы наблюдения: медицинские организации, оказывающие СОП, пациенты стоматологических поликлиник, которым оказана стоматологическая ортопедическая помощь, врачи-стоматологи-ортопеды, зубные техники, обращение по заболеванию (посещение) к врачу-стоматологу-ортопеду, условная единица трудоемкости (УЕТ).

Материально-техническая база: Объединенная ГБУ РО «Городская стоматологическая поликлиника №1».

Принципы формирования выборочной совокупности

Выборочная совокупность пациентов, которым была оказана СОП ($n=398,62$), в количественно сформирована достаточной, репрезентативной, по формуле случайной бесповторной выборки, с предельной ошибкой $\Delta=5,0\%$, достоверностью $95,0\%$ ($t=2$) [27]. Генеральная совокупность – статистическая численность населения региона в количестве 1148137 чел.¹ по состоянию на 2019г. (Численность застрахованных жителей Рязанской области в 2019-2023 гг. имела тенденцию к снижению, в 2023 г. – 1 088 308 чел.).

Необходимое число наблюдений определялось по формуле случайной бесповторной выборки.

$$N = \frac{N \times t^2 \times w(100 - w)}{(N \times \Delta^2) + (t^2 \times w(100 - w))}$$

где: N – генеральная совокупность, w – степень вариации распределения признака, Δ – предельная ошибка репрезентативности, t – доверительный коэффициент [50], $w = 50,0\%$.

При допустимых значениях предельной ошибки репрезентативности минимальный объем выборочной совокупности составил [169]:

$$n = \frac{1148137 \times 2^2 \times 2500}{(1148137 \times 5^2) + (2^2 \times 2500)} = 399 \text{ человек (398,62)}$$

Проанкетировано 407 пациентов в целях обеспечения статистической

достоверности результатов.

Зависимость изучаемых явлений определялась методом корреляции, достоверность оценивалась при помощи ошибки коэффициента корреляции (m_r), достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$ (степень безошибочного прогноза $P > 95,0\%$) [183], оценка связи проводилась с использованием критерия χ^2 .

Схема организации стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне



Ключевые слова. Стоматологическая заболеваемость, критерии и показатели доступности стоматологической ортопедической помощи, критерии и показатели качества организации стоматологической ортопедической помощи, лояльность пациентов, удовлетворенность стоматологической ортопедической помощью, Программа государственных гарантий (ПГГ), территориальная программа государственных гарантий (ТПГГ), обязательное медицинское страхование (ОМС).

Основная, дополнительная гипотезы и гипотеза-следствие

Основная гипотеза. По оценке удовлетворенности и лояльности пациентов определяется качество организации и доступность (временная, стоимостная, территориальная и др.) стоматологической ортопедической помощи.

Гипотеза-следствие. Повышение доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне, повысит лояльность и удовлетворенность пациентов СОП.

Проверка выдвинутых гипотез.

Основная—установление достоверной зависимости удовлетворенности и

лояльности респондентов от качества организации и доступности СОП [168].

Гипотеза-следствие–установление факторов, определяющих качество организации СОП и ее доступность.

Методы сбора информации

Анкетирование, с применением логической структуры инструментария сбора первичной медико-социологической информации [50, 168] по «Анкете пациента, которому оказана стоматологическая ортопедическая помощь» (далее – Анкета), с инструкцией по ее заполнению, инструкцией для лиц, проводящих опрос и кодификатором вопросов анкеты [50, 168].

Психологический вербально-коммуникативный метод – анонимное анкетирование на добровольной основе–обеспечил достоверность исследования с учетом этических требований, применяемых в социальных исследованиях [50, 168]. В открытых вопросах Анкеты сформирован кодификатор ответов, в полузакрытых даны альтернативные ответы на выбор респондента.

Обработка и анализ результатов осуществлялся по программе STATISTICA-X.

Логическая структура инструментария сбора первичной медико-социологической информации [50, 168]

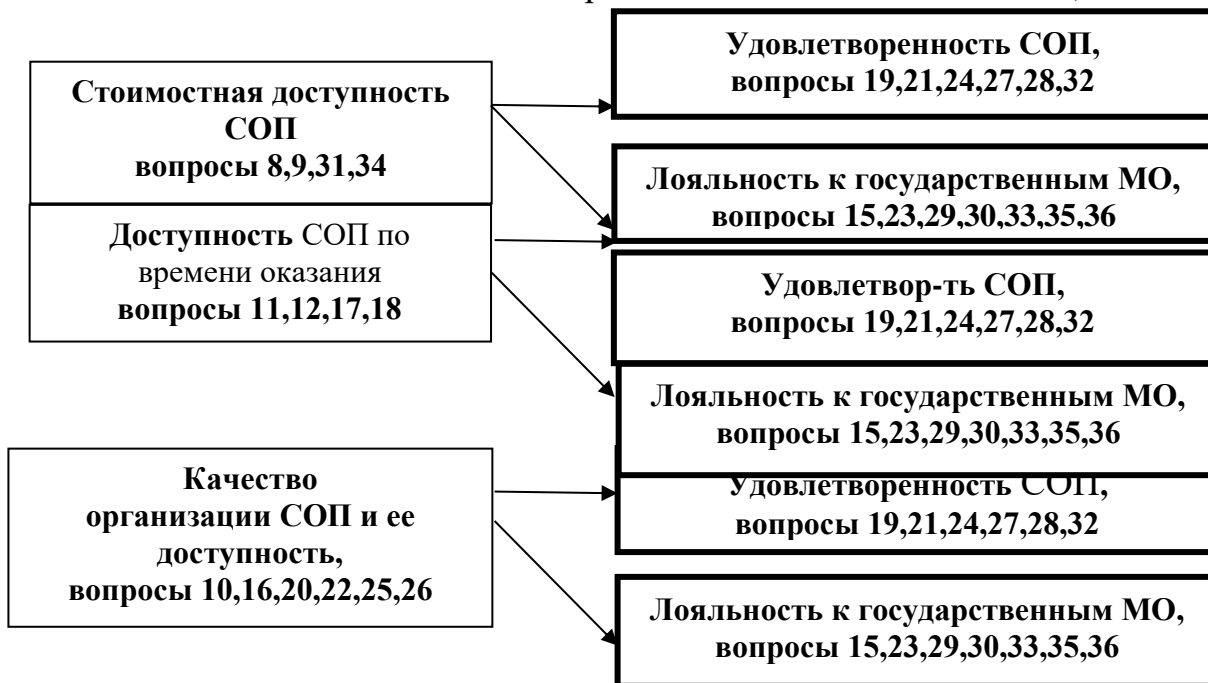
№ п\п	Операционал-е понятия	Индикат-ры	Шкала измерения (тип)	№ вопроса
1. Социальная характеристика респондентов				
1.1	Возраст	полных лет	интервальн.	3
1.2	Пол	Мужской / женский	номинальн.	4
1.3	Профессия	вид деятельности	номинальн.	5
1.4	Состав семьи	количество членов	номинальн.	6
1.5	Количество работающих членов семьи	количество «кормильцев»	номинальн.	7
1.6	Общий доход семьи	руб.	интервальная	8
1.7	Доход на одного члена семьи в МРОТ	МРОТ на 1 члена семьи	интервальн.	6/7
1.8	Проживание	город или село	номинальн.	2
1.9	Оказание СОП	уровень МО	номинальн.	1
1.10	Фактор обращения за СОП	повод	номинальн.	13
1.11	Частота обращений	кратность	номинальн.	14
2. Лояльность респондентов к государственным стоматологическим МО				
2.1	Лояльность респондентов	приверженность МО	номинальн.	15
2.2	Лояльность	Преимущества МО	номинальн.	36

	респондентов			
2.3	Лояльность респондентов	рекомендации МО	номинальн.	35
2.4	Лояльность респондентов	Доверие специалисту	номинальн.	23
2.5	Лояльность респондентов	предпочтение государственного здравоохранения	номинальн.	33
2.6	Лояльность респондентов	источник оплаты СОП	номинальн.	29
2.7	Лояльность респондентов	привычность оплаты СОП	номинальн.	30
3. Доступность СОП для респондентов				
3.1	По времени	прием в день обращения	номинальн.	11
3.2	По времени	длительность ожидания приема	интервальн.	12
3.3	По времени	технология записи и ее оперативность	номинальн.	17
3.4	По времени	ожидание приема	номинальн.	18
3.5	По стоимости	источник оплаты	номинальн.	31
3.6	По стоимости	затраты на данный случай СОП из семейного бюджета	номинальн.	9
3.7	По стоимости	целесообразность перевода на ОМС зубопротезирования	номинальн.	34
3.8	Доступность и качество организации СОП	трудности записи	номинальн.	16
3.9	Доступность и качество организации СОП	выбор врача	номинальн.	22
3.10	Доступность и качество организации СОП	получение информации на сайте	номинальн.	20
3.12	Доступность и качество организации СОП	проведение рентгенографии	номинальн.	25
3.13	Доступность и качество организации СОП	оправдались ли ожидания в качестве услуг	номинальн.	26
3.1	Доступность и	как добирались до	номинальн.	10

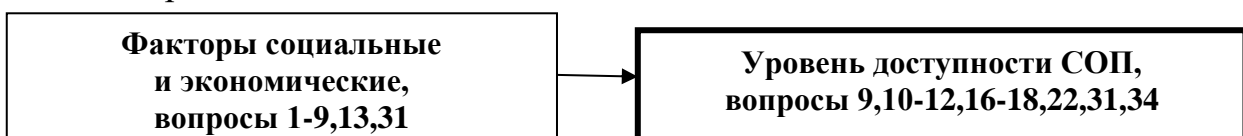
4	качество организации СОП	МО		
4. Удовлетворенность респондентов СОП				
4.1	Удовлетворенность СОП	оценка работы врача-стоматолога	номинальн.	27
4.2	Удовлетворенность СОП	доходчивость рекомендаций	номинальн.	24
4.3	Удовлетворенность СОП	комфортность услуг	номинальн.	19
4.5	Удовлетворенность СОП	качество и полнота информации на сайте	номинальн.	21
4.6	Удовлетворенность СОП	качество организации СОП	номинальн.	28
4.7	Удовлетворенность СОП, лояльность	факторы оценки СОП	номинальн.	32
5.	Всего	-	-	36

Логическая схема компьютерной обработки медико-социологической информации

- 1) По **основной гипотезе** компьютерная обработка первичного материала:
 Вопросы 3 и 4 со всеми вопросами,
 Рассчитать доход семьи из расчета на одного члена семьи,



- 2) По **дополнительной гипотезе** компьютерная обработка первичного материала:





ПЛАН РАБОТЫ НА 2019-2022 гг.

№ п\п	Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Ответственный	Примечания
1	2	3	4	5
1. Подготовительный этап к научному исследованию				
1.	Составление и утверждение программы методического инструментария научного исследования	сентябрь -октябрь 2019 г.	Научный руководитель д.м.н. И.В. Успенская, соискатель Л.Н. Тишкина	
2.	Формирование выборки и расчет количества респондентов	октябрь 2019 г.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	
3.	Разработка инструкции для сбора первичных материалов	октябрь 2019 г.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	
4.	Тиражирование анкеты (пилот)	октябрь 2019 г.	Л.Н. Тишкина	50 экз.
5.	Пилотное исследование	ноябрь 2019 г.	Л.Н. Тишкина	Анкетирование
6.	Анализ результатов пилотного исследования	ноябрь 2019 г.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	Корректировка анкеты формирование компьютерной программы ее обработки
7.	Корректировка логического инструментария	ноябрь 2019 г.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	Доработка инструментария (кодификатор анкеты,

				инструкции, программы обработки)
8.	Тиражирование для массового анкетирования	декабрь 2019 г.	Л.Н. Тишкина	420 шт. анкет
2. Этап постановки эксперимента				
9.	Организация эксперимента	январь 2020 г.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	Решение организационных вопросов с руководителями ТФОМС РО и МО
10.	Подготовка респондентов к анкетированию	на протяжении всего периода	Л.Н. Тишкина	Анкетирование анонимное, добровольное
13.	Полевое исследование	январь 2020 г. – декабрь 2022 г.	Л.Н. Тишкина	Массовый сбор, обработка, ввод информации в ПК
3. Анализ результатов работы, выводы и заключение				
14.	Анализ результатов обработки на ПК	декабрь 2022 г. – январь 2023 г.	Л.Н. Тишкина	Предварительные выводы и заключения
15.	Научное обсуждение результатов работы	Февраль 2023 г.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	Формирование отчета о работе с выводами и заключением
16.	Написание научных статей и участие в конференциях по результатам работы	2023-2024 гг.	И.В. Успенская, Л.Н. Тишкина	2-3 статьи по результатам работы

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета пациента при оказании стоматологической ортопедической помощи

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

Кафедра экономики, права и управления здравоохранением РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России проводит работу по оптимизации стоматологической ортопедической помощи в регионе. Мы ставим перед собой конкретную цель – снижение затрат пациентов на ортопедическое лечение (зубопротезирование). В связи с этим просим ВАС принять участие в предлагаемом опросе.

Заполняя анкету, пожалуйста, впишите или подчеркните подходящий вариант ответа.

Вопрос 1. Медицинская организация (далее – МО), где Вы сейчас лечитесь:

- государственная (г. Рязань)
- государственная (районная, областная)
- ведомственная (УФМС, МВД и т.п.)
- частная (ОАО, ООО и т.п.)

Вопрос 2. Место Вашего проживания:

- г. Рязань
- Рязанская область
- другой субъект РФ

Вопрос 3. Ваш возраст (полных лет – подчеркнуть):

до 30 лет, 31-40 лет, 41-50 лет, 51-55 лет, 56-до 60 лет, 60 лет и старше

Вопрос 4. Ваш пол:

- мужской,
- женский

Вопрос 5. Социальное положение

- рабочий
- предприниматель
- работник бюджетных учреждений
- работающий пенсионер (инвалид)
- неработающий пенсионер (инвалид)
- студент
- безработный
- другое

Вопрос 6. Количество членов семьи всего _____ членов.

Вопрос 7. Количество работающих членов семьи _____ членов.

Вопрос 8. Общий доход семьи _____ рублей.

Вопрос 9. Затраты бюджета семьи на данный случай лечения _____ руб.

Вопрос 10. Как Вы добирались до данной поликлиники?

- пешком (живу недалеко)

- на городском транспорте
- на междугороднем транспорте
- на личном транспорте

Вопрос 11. Когда Вам потребовалась помощь врача стоматолога ортопеда (зубного протезиста), попали ли Вы на прием в тот же день?

- да
- нет

Вопрос 12. Как долго (с момента обращения по предварительной записи) Вы ждали приема врача?

- получил помощь в течение 1-3 дней
- до 1 недели
- до 2-х недель
- 3-4 недели
- более месяца

Вопрос 13. Какова причина Вашего обращения за стоматологической ортопедической помощью?

- консультация
- профилактический осмотр
- замена старых протезов
- нарушение жевания или эстетики, вследствие отсутствия зубов

Вопрос 14. Проводилось ли Вам когда-либо лечение у врача-ортопеда (протезирование зубов)?

- да
- нет
- проводилось, но давно
- только консультация
- нахожусь под наблюдением у врача-ортопеда

Вопрос 15. Как давно Вы обращались к врачу стоматологу-ортопеду?

- менее 1 года назад
- 1,5-2 года назад
- 2,5-5 лет назад
- более 5 лет назад
- обращаюсь впервые

Вопрос 16. Затруднена доступность стоматологической ортопедической помощи (трудности с записью на прием, очередь в регистратуру, в кабинет врача, др.)?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 17. Каков способ записи на прием к врачу стоматологу-ортопеду (зубному протезисту)?

- лично в регистратуре поликлиники
- лично у врача
- по телефону регистратуры
- через интернет (на сайте поликлиники, ЕГПГС)

Вопрос 18. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?

- очереди не было
- не более 20 минут
- длительно ожидал(а)
- затрудняюсь ответить

Вопрос 19. Условия оказания стоматологической помощи (санитарно-гигиеническое состояние кабинета, условия ожидания приема и проч.) комфортны?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 20. Перед посещением стоматолога-ортопеда Вы просматривали официальный сайт медицинской организации?

- да
- нет

Вопрос 21. Удовлетворены ли Вы доступностью, качеством и полнотой информации, представленной на сайте организации?

- да
- нет

Вопрос 22. Доступен ли выбор лечащего врача по желанию пациента?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 23. Доверяете ли Вы лечащему врачу?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 24. Вы удовлетворены объемом информации, доходчивостью разъяснений, рекомендаций и назначений врача?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 25. Проводилось ли Вам рентгенологическое обследование перед протезированием?

- да
- нет

Вопрос 26. Оправдались ли Ваши ожидания в части качества оказания и объема стоматологических услуг?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да

- нет

Вопрос 27. Оцените работу стоматолога-ортопеда (профессионализм, неформальное отношение к делу, адекватность методов диагностики, лечения, желание помочь пациенту, заинтересованность в результатах) по 5 бальной системе: _____ баллов

Вопрос 28. Вы удовлетворены качеством организации стоматологической помощи (отсутствие очередей, свободная запись к специалисту, выбор врача и проч.)?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 29. Вам оказывается стоматологическая помощь:

- бесплатно, в рамках программы ОМС (по медицинскому полису)
- платно, за счет собственных средств
- частично платно (оплачиваю применение стоматологических материалов и лекарственных средств)
- в рамках программы добровольного медицинского страхования

Вопрос 30. Вы считаете, что пациенты привыкли платить за ортопедическую стоматологическую помощь (зубопротезирование)?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 31. Оцените стоимостную доступность ортопедической стоматологической помощи для бюджета Вашей семьи:

- доступна
- нет
- рассчитываю на помощь родственников
- планирую взять кредит в банке
- затрудняюсь

Вопрос 32. Почему Вы пользуетесь платными стоматологическими услугами?

- не хочу стоять в очереди на бесплатную стоматологическую помощь
- платные услуги более качественные
- лучше отношение медицинского персонала
- чтобы не платить неофициально врачу при получении «бесплатной» помощи по ОМС
- мое лечение только на платной основе (зубопротезирование, ортодонтическое лечение, др.)
- у меня нет полиса ОМС
- что еще? _____ (укажите)

Вопрос 33. Вы предпочитаете лечиться в государственной поликлинике, потому что (допустимы несколько ответов сразу):

- здесь бесплатное лечение

- более грамотные и квалифицированные врачи
- выполняются гарантированные обязательства и организован контроль качества
- платные услуги дешевле, чем в частных клиниках
- удобно территориальное положение (рядом с домом, работой и т.п.)
- что еще? _____ (укажите)

Вопрос 34. На Ваш взгляд – целесообразен ли перевод на безвозмездную основу (за счет средств ОМС) зубопротезирования:

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 35. Если бы у Вас был выбор, продолжали бы Вы пользоваться услугами данной стоматологической поликлиники?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Вопрос 36. Рекомендовали бы Вы данную стоматологическую поликлинику для получения медицинской помощи?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет

Благодарим Вас. Доброго Вам здоровья!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Кодификатор анкеты пациента при оказании стоматологической ортопедической помощи

Вопрос 1. Медицинская организация (далее – МО), где Вы сейчас лечитесь:

- 01 – государственная (г. Рязань)
- 02 – государственная (районная, областная)
- 03 – ведомственная (УФМС, МВД и т.п.)
- 04 – частная (ОАО, ООО и т.п.)

Вопрос 2. Место Вашего проживания:

- 05 – г. Рязань
- 06 – Рязанская область
- 07 – другой субъект РФ

Вопрос 3. Ваш возраст (полных лет – подчеркнуть):

- 08 – до 30 лет,
- 09 – 31-40 лет,
- 10 – 41-50 лет,
- 11 – 51-55 лет,
- 12 – 56-до 60 лет,
- 13 – 60 лет и старше

Вопрос 4. Ваш пол:

- 14 – мужской
- 15 – женский

Вопрос 5. Социальное положение

- 16 – рабочий
- 17 – предприниматель
- 18 – работник бюджетных учреждений
- 19 – работающий пенсионер (инвалид)
- 20 – неработающий пенсионер (инвалид)
- 21 – студент
- 22 – безработный
- 23 – другое

Вопрос 6. Количество членов семьи всего

- 24 – 1
- 25 – 2-3
- 26 – 4-5
- 27 – 6 и более

Вопрос 7. Количество работающих членов семьи

- 28 – 1
- 29 – 2-3
- 30 – 4-5
- 31 – 6 и более

Вопрос 8. Общий доход семьи (Минимальный размер оплаты труда-МРОТ)

- 32 – менее 1 МРОТ (12792 рублей)
- 33 – 1-2 МРОТ
- 34 - 2-3 МРОТ
- 35 - 3-4 МРОТ
- 36 - 4-5 МРОТ
- 37 - 6 МРОТ и более

Вопрос 9. Затраты бюджета семьи на данный случай лечения

- 38 – менее 15 тыс. руб.
- 39 -16-25
- 40 -26-35
- 41 -36-45
- 42 -46-55
- 43 – более 55

Вопрос 10. Как Вы добирались до данной поликлиники?

- 44 – пешком (живу недалеко)
- 45 – на городском транспорте
- 46 – на междугороднем транспорте
- 47 – на личном транспорте

Вопрос 11. Когда Вам потребовалась помощь врача стоматолога ортопеда (зубного протезиста), попали ли Вы на прием в тот же день?

- 48 – да
- 49 – нет

Вопрос 12. Как долго (с момента обращения по предварительной записи) Вы ждали приема врача?

- 50 – получил помощь в течение 1-3 дней
- 51 – до 1 недели
- 52 – до 2-х недель
- 53 – 3-4 недели
- 54 – более месяца

Вопрос 13. Какова причина Вашего обращения за стоматологической ортопедической помощью?

- 55 – консультация
- 56 – профилактический осмотр
- 57 – замена старых протезов
- 58 – нарушение жевания или эстетики, вследствие отсутствия зубов

Вопрос 14. Проводилось ли Вам когда-либо лечение у врача-ортопеда (протезирование зубов)?

- 59 – да
- 60 – нет
- 61 – проводилось, но давно
- 62 – только консультация
- 63 – нахожусь под наблюдением у врача-ортопеда

Вопрос 15. Как давно Вы обращались к врачу стоматологу-ортопеду?

- 64 – менее 1 года назад
- 65 – 1,5-2 года назад

- 66 – 2,5-5 лет назад
- 67 – более 5 лет назад
- 68 – обращаюсь впервые

Вопрос 16. Затруднена доступность стоматологической ортопедической помощи (трудности с записью на прием, очередь в регистратуру, в кабинет врача, др.)?

- 69 – да
- 70 – скорее да, чем нет
- 71 – скорее нет, чем да
- 72 – нет

Вопрос 17. Каков способ записи на прием к врачу стоматологу-ортопеду (зубному протезисту)?

- 73 – лично в регистратуре поликлиники
- 74 – лично у врача
- 75 – по телефону регистратуры
- 76 – через интернет (на сайте поликлиники, ЕГПГС)

Вопрос 18. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?

- 77 – очереди не было
- 78 – не более 20 минут
- 79 – длительно ожидал(а)
- 80 – затрудняюсь ответить

Вопрос 19. Условия оказания стоматологической помощи (санитарно-гигиеническое состояние кабинета, условия ожидания приема и проч.) комфортны?

- 81 – да
- 82 – скорее да, чем нет
- 83 – нет, чем да скорее
- 84 – нет

Вопрос 20. Перед посещением стоматолога-ортопеда Вы просматривали официальный сайт медицинской организации?

- 85 – да
- 86 – нет

Вопрос 21. Удовлетворены ли Вы доступностью, качеством и полнотой информации, представленной на сайте организации?

- 87 – да
- 88 – скорее да, чем нет
- 89 – скорее нет, чем да
- 90 – нет

Вопрос 22. Доступен ли выбор лечащего врача по желанию пациента?

- 91 – да
- 92 – да, чем нет скорее
- 93 – скорее нет, чем да
- 94 – нет

Вопрос 23. Доверяете ли Вы лечащему врачу?

- 95 – да
- 96 – скорее да, чем нет

97 – скорее нет, чем да

98 – нет

Вопрос 24. Вы удовлетворены объемом информации, доходчивостью разъяснений, рекомендаций и назначений врача?

99 – да

100 – скорее да, чем нет

101 – скорее нет, чем да

102 – нет

Вопрос 25. Проводилось ли Вам рентгенологическое обследование перед протезированием?

103 – да

104 – нет

Вопрос 26. Оправдались ли Ваши ожидания в части качества оказания и объема стоматологических услуг?

105 – да

106 – скорее да, чем нет

107 – скорее нет, чем да

108 – нет

Вопрос 27. Оцените работу стоматолога-ортопеда

109 – (профессионализм, неформальное отношение к делу, адекватность методов диагностики, лечения, желание помочь пациенту, заинтересованность в результатах) по 5 бальной системе: 5 баллов

110 -4

111 -3

112 -2

113 -1

Вопрос 28. Вы удовлетворены качеством организации стоматологической помощи (отсутствие очередей, свободная запись к специалисту, выбор врача и проч.)?

114 – да

115 – скорее да, чем нет

116 – скорее нет, чем да

117 – нет

Вопрос 29. Вам оказывается стоматологическая помощь:

118 – бесплатно, в рамках программы ОМС (по медицинскому полису)

119 – платно, за счет собственных средств

120 – частично платно (оплачиваю применение стоматологических материалов и лекарственных средств)

121 – в рамках программы добровольного медицинского страхования

Вопрос 30. Вы считаете, что пациенты привыкли платить за ортопедическую стоматологическую помощь (зубопротезирование)?

122 - да

123 - скорее да, чем нет

124 - скорее нет, чем да

125 - нет

Вопрос 31. Оцените стоимостную доступность ортопедической стоматологической помощи для бюджета Вашей семьи:

- 126 - доступна
- 127 - нет
- 128 - рассчитываю на помощь родственников
- 129 - планирую взять кредит в банке
- 130 - затрудняюсь ответить

Вопрос 32. Почему Вы пользуетесь платными стоматологическими услугами?

- 131 - не хочу стоять в очереди на бесплатную стоматологическую помощь
- 132 - платные услуги более качественные
- 133 - лучше отношение медицинского персонала
- 134 - чтобы не платить неофициально врачу при получении «бесплатной» помощи по ОМС
- 135 - мое лечение только на платной основе (зубопротезирование, ортодонтическое лечение, др.)
- 136 - у меня нет полиса ОМС
- 137 - что еще? _____ (укажите)

Вопрос 33. Вы предпочитаете лечиться в государственной поликлинике, потому что(допустимы несколько ответов сразу):

- 138 - здесь бесплатное лечение
- 139 - более грамотные и квалифицированные врачи
- 140 - выполняются гарантированные обязательства и организован контроль качества
- 141 - платные услуги дешевле, чем в частных клиниках
- 142 - удобно территориальное положение (рядом с домом, работой)
- 143 - что еще? _____ (укажите)

Вопрос 34. На Ваш взгляд – целесообразен ли перевод на безвозмездную основу (за счет средств ОМС) зубопротезирования:

- 144 - да
- 145 - скорее да, чем нет
- 146 - скорее нет, чем да
- 147 - нет

Вопрос 35. Если бы у Вас был выбор, продолжали бы Вы пользоваться услугами данной стоматологической поликлиники?

- 148 - да
- 149 - скорее да, чем нет
- 150 - скорее нет, чем да
- 151 - нет

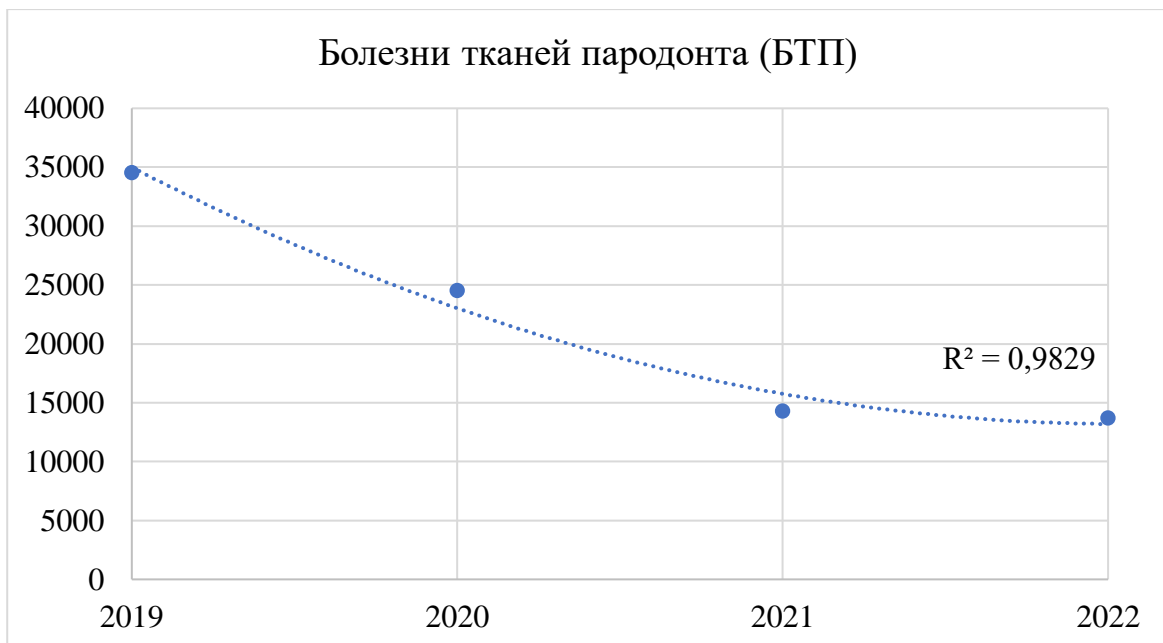
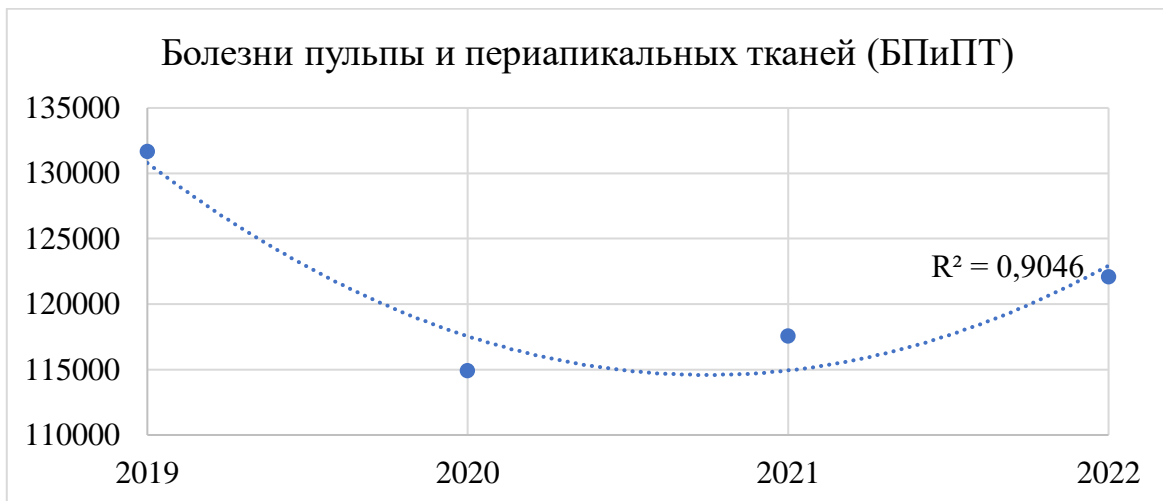
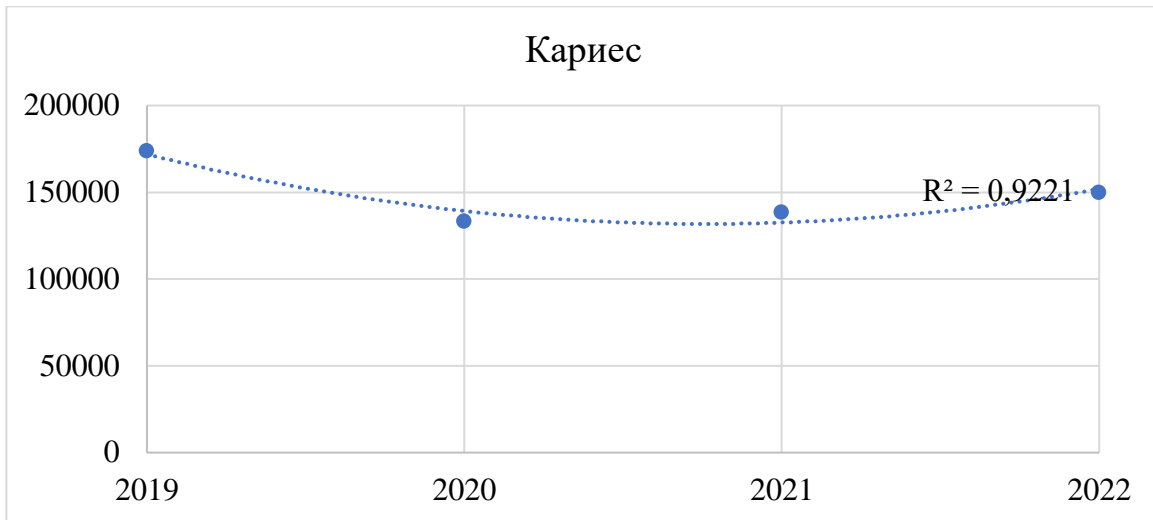
Вопрос 36. Рекомендовали бы Вы данную стоматологическую поликлинику для получения медицинской помощи?

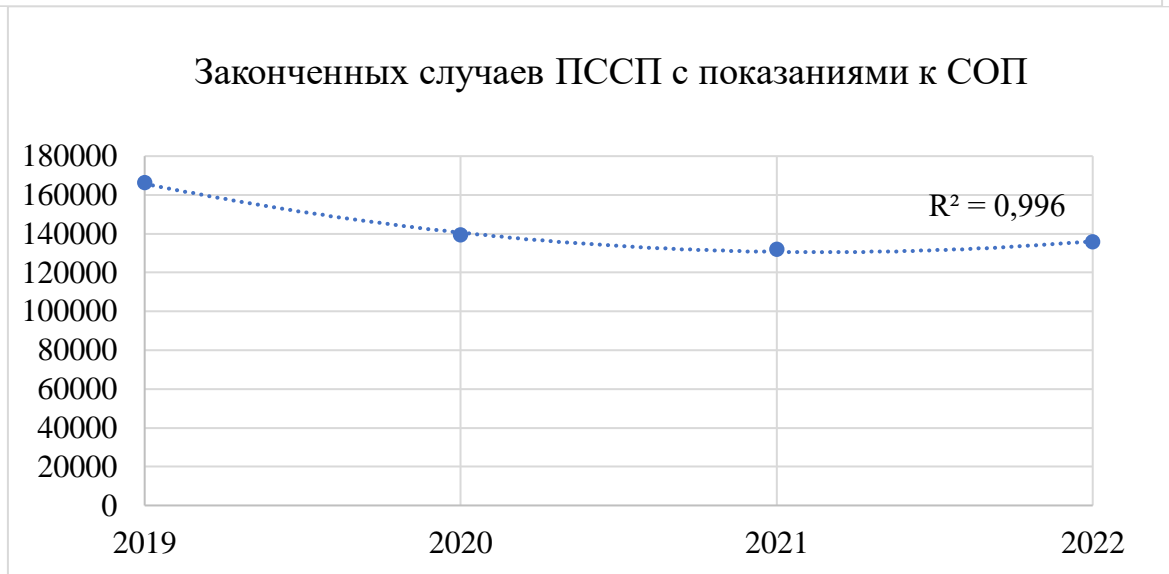
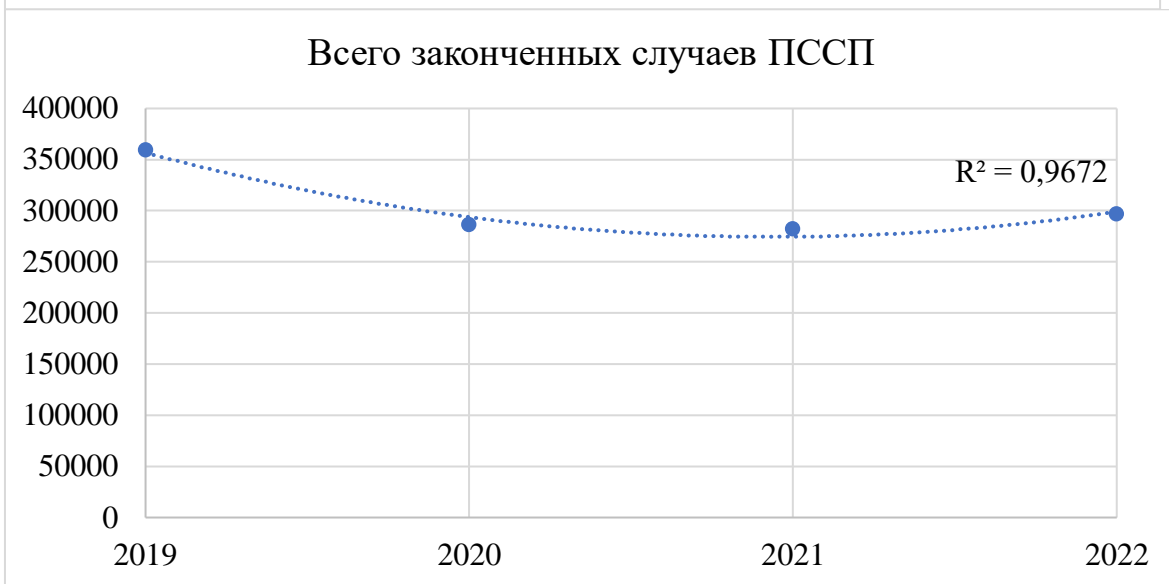
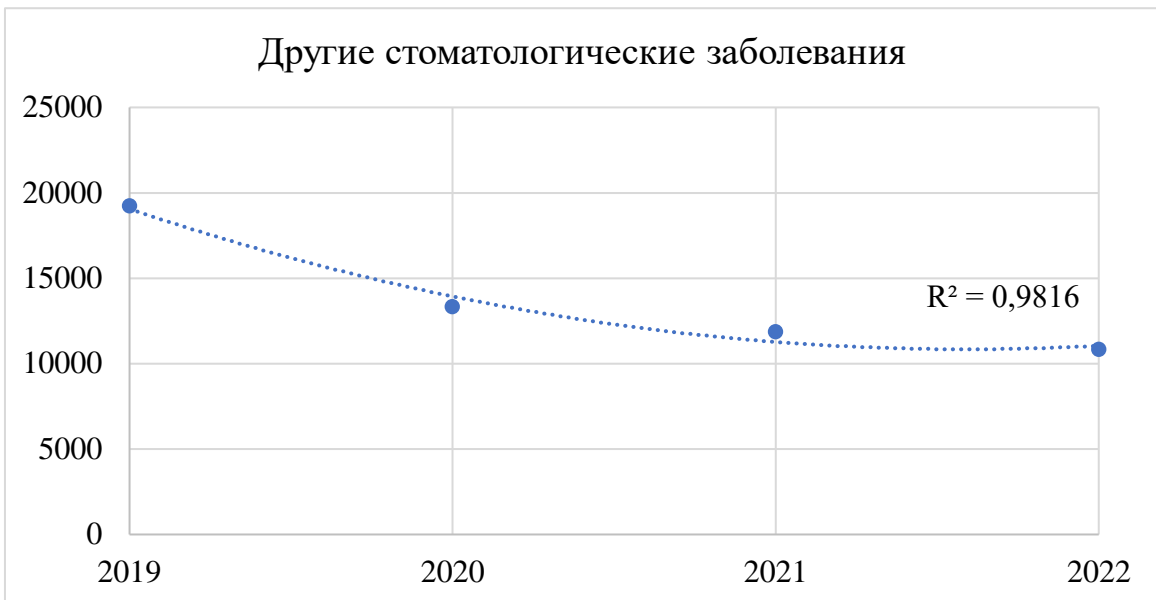
- 152 - да
- 153 - скорее да, чем нет
- 154 - скорее нет, чем да

2. - нет

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Графики к Таблице 3.3 (Метод аппроксимации с коэффициентом корреляции)





ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Определение ряда статистически значимых связей показателей (ранговая корреляция по Спирмену, с оценкой по шкале Чеддока)

Показатель X	Показатель Y	Сила связи / стат. Значимость	Направленность и оценка силы связи
Использование возможности и выбора пациентом лечащего врача-стоматолога-ортопеда	Доверие лечащему врачу-стоматологу-ортопеду	$r=0,516,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Удовлетворенность рекомендациями врача и др. информацией	$r=0,447,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Оказание ожидаемого объема СОП	$r=0,430,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Удовлетворенность качеством организации СОП	$r=0,389,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	$r=0,394,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Затруднения различного характера при получении СОП	$r=-0,431,$ $p<0,001$	Обратная умеренная
	Оценка работы врача-стоматолога-ортопеда	$r=0,280,$ $p<0,001$	Прямая слабая
	Длительность ожидания приема	$r= -0,122,$ $p=0,014$	Обратная слабая
Доверие пациента лечащему врачу-стоматологу-ортопеду	Удовлетворенность рекомендациями врача и др. информацией	$r=0,628,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Оказание ожидаемого объема СОП	$r=0,452,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Оценка работы врача-стоматолога-ортопеда	$r=0,359,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Удовлетворенность качеством организации СОП	$r=0,402,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – преимущественный выбор государственных МО	$r=0,326,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	$r=0,339,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
Удовлетворенность	Оказание ожидаемого объема СОП	$r=0,495,$ $p<0,001$	Прямая умеренная

пациента рекомендаци ями врача и другой информаци ей (прогноз, оценка состояния здоровья и проч.)	Оценка работы врача-стоматолога-ортопеда	$r=0,319,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Удовлетворенность пациента качеством организации СОП	$r=0,385,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – преимущественный выбор им государственных МО	$r=0,296,$ $p<0,001$	Прямая слабая
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	$r=0,279,$ $p<0,001$	Прямая слабая
Оказание ожидаемого пациентом объема СОП	Оценка работы врача-стоматолога-ортопеда	$r=0,391,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Удовлетворенность пациента качеством организации СОП	$r=0,397,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – преимущественный выбор им государственных МО	$r=0,273,$ $p<0,001$	Прямая слабая
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	$r=0,289,$ $p<0,001$	Прямая слабая
Оценка пациентом работы врача- стоматолога -ортопеда	Удовлетворенность пациента качеством организации СОП	$r=0,349,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – преимущественный выбор им государственных МО	$r=0,269,$ $p<0,001$	Прямая слабая
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	$r=0,283,$ $p<0,001$	Прямая слабая
Затруднени я при получении СОП пациентом	Удовлетворенность пациента качеством организации СОП	$r=-0,332,$ $p<0,001$	Обратная умеренная
	Временная недоступность (длительность ожидания, отсутствие очереди, задержка приема по предварительной записи)	$r=0,336,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Доверие лечащему врачу-стоматологу-ортопеду	$r=-0,255,$ $p<0,001$	Обратная слабая
	Лояльность пациента – преимущественный выбор им государственных МО	$r=-0,250,$ $p<0,001$	Обратная слабая
	Удовлетворенность рекомендациями врача и др. информацией	$r=-0,254,$ $p<0,001$	Обратная слабая
	Стоимостная недоступность СОП	$r=0,406,$ $p<0,001$	Прямая умеренная
	Оказание ожидаемого объема СОП	$r=-0,227,$	Обратная

		p<0,001	слабая
	Оценка работы врача-стоматолога-ортопеда	r= -0,276, p<0,001	Обратная слабая
Временная недоступность	Возможность выбора лечащего врача-стоматолога-ортопеда	r= -0,128, p=0,010	Обратная слабая
	Удовлетворенность качеством организации СОП	r= -0,127, p=0,010	Обратная слабая
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	r= -0,100, p=0,045	Обратная слабая
Удовлетворенность пациента доступностью СОП	Оценка собственной «ценности» для МО как пациента	r=0,316, p<0,001	Прямая умеренная
	Удовлетворенность пациента качеством организации СОП	r=0,332, p<0,001	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – рекомендации МО родственникам и др.	r=0,341, p<0,001	Прямая умеренная
	Лояльность пациента – преимущественный выбор им государственных МО	r=0,373, p<0,001	Прямая умеренная
Предпочтение СОП в госучреждениях	Рекомендации МО родственникам и знакомым	r=0,677, p<0,001	Прямая умеренная

Алгоритм преобразования номинальных шкал в числовые шкалы:

как долго ждали приема (1 – получил помощь в течение 1-3 дней, 2 – до 1 недели, 3 – до 2-х недель, 4 – 3-4 недели, 5 – более месяца),

доступен выбор врача (1 – да, 2 – да, чем нет скорее, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

возраст (1 – до 30 лет, 2 – 31-40 лет, 3 – 41-50 лет, 4 – 51-55 лет, 5 – 56-до 60 лет, 6 – 60 лет и старше),

количество членов семьи (1 – 1, 2 – 2-3, 3 – 4-5, 4 – 6 и более).

Как давно вы обращались к врачу-стоматологу-ортопеду (1 – обращаюсь впервые, 2 – менее 1 года назад, 3 – 1,5-2 года назад, 4 – 2,5-5 лет назад, 5 – более 5 лет назад),

затруднена доступность СОП (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

время ожидания (1 – очереди не было, 2 – не более 20 минут, 3 – длительно ожидал(а),

удовлетворены полнотой информации сайта (1 – да, 2 – нет),

доверяете врачу (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

удовлетворены объемом информации и рекомендациями врача (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

оправдались ваши ожидания качества и объема помощи (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

оценка работы врача стоматолога ортопеда (5 – 5 баллов, 4 – 4 балла, 3 – 3 балла, 2 – 2 балла, 1 – 1 балл),

удовлетворены качеством организации СОП (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

целесообразен перевод зубопротезирования на безвозмездную основу (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

продолжали бы вы пользоваться услугами данной стомат. Поликлиники (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет),

рекомендовали бы данную поликлинику (1 – да, 2 – скорее да, чем нет, 3 – скорее нет, чем да, 4 – нет) и т.д.

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Проект постановления Правительства Рязанской области о внесении изменений и дополнений в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области

ПРАВИТЕЛЬСТВО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от _____ 20____ г. № _____

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2022 ГОДА № 537 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ «ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2023 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2024 И 2025 ГОДОВ»

Правительство Рязанской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести изменения и дополнения в Постановление Правительства Рязанской области от 28 декабря 2022 года №537 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2023 год на плановый период 2024 и 2025 годов» в следующем порядке.

1) В разделе 1 «Общие положения» Приложения 1 к Постановлению Правительства Рязанской области от 28 декабря 2022 года № 537 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2023 год на плановый период 2024 и 2025 годов» после слов: «уровня и структуры заболеваемости населения Рязанской области», внести слова: «в том числе стоматологической заболеваемости, требующей оказания стоматологической ортопедической помощи».

2) В разделе 4 приложения 1 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области 2023 год на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Программа госгарантий) дополнить абзацами 31 и 32 в следующей редакции:

3) Абзац 1 и 2 приложения 6 «Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы» к Территориальной программе государственных гарантий изложить в следующей редакции:

«Критериями качества организации стоматологической ортопедической помощи являются:

– обеспеченность стоматологами-ортопедами, оказывающими СОП

амбулаторно, не менее 1,22 на 10 000 чел., зубными техниками – из расчета 2,5 на 1 стоматолога-ортопеда, соотношение объемов СОП в сельской и городской местности – 1 / 1, доля записи на прием к стоматологу-ортопеду без непосредственного обращения пациента в регистратуру – не менее 75,0%, удовлетворенность доступностью, качеством организации СОП и лояльностью пациентов – не менее 4,9 баллов по ВАШ, доля жалоб на доступность и качество организации СОП – 0,0% в системе государственного здравоохранения.».

4) Дополнить абзацем 9 п/п 2.1.3 п. 2 Приложения № 9 к Программе госгарантий «Объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы госгарантий в соответствии с законодательством Российской Федерации, объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования» следующего содержания:

«в рамках бюджетного финансирования на 2024 год – стоматологическая ортопедическая помощь, оказываемая неработающим пенсионерам в возрасте 60 лет и старше – 0,01749 обращений (законченных случаев) на 1 жителя Рязанской области.».

5) В Таблицу № 1 «Стоимость Программы госгарантий по источникам финансового обеспечения на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» Приложения 9 к Программе госгарантий в графу «Плановый период 2024 год» внести изменения в соответствии с приложением 1 к настоящему Постановлению.

6) В раздел 2 «Утвержденная стоимость программы госгарантий по условиям ее оказания на 2024 год» Таблицы № 2 «Утвержденная стоимость программы госгарантий по условиям ее оказания на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» Приложения 9 к Программе госгарантий внести дополнения в соответствии с приложением 2 к настоящему Постановлению.

7) Таблицу 3 «Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2024 год» приложения 8 к Программе госгарантий, дополнить строкой в следующей редакции:

Норматив обращений (законченных случаев) по поводу заболевания при оказании стоматологической ортопедической помощи	0,01749	467,12
---	---------	--------

2. Настоящее постановление вступает в силу с даты опубликования.

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Председателя Правительства Рязанской области _____.

Губернатор Рязанской области _____ / Малков П.В.

Приложение 1 к постановлению
Правительства Рязанской области
от _____ 20__ г. № ____

Стоимость Программы госгарантий
по источникам финансового обеспечения на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов

Источники финансового обеспечения	№ строки	2023 год		Плановый период	
		утвержденная стоимость Программы госгарантий		2024 год	
				стоимость Программы госгарантий	
		всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)	всего (тыс. руб.)	на 1 жителя (1 застрахованное лицо) в год (руб.)
1	2	3	4	5	6
Стоимость Программы госгарантий, всего (сумма строк 02 + 03), в том числе:	01	21817905,03	20242,87	23964724,65	22084,21
I. Средства консолидированного бюджета Рязанской области*	02	4941412,93	4553,66	5705154,09	5257,47

А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Медицинская помощь, представляемая за счет консолидированного бюджета Рязанской области, в том числе:	01		X	X	5257,47	X	5650941,36	X	21,19
...
2. Первичная медико-санитарная помощь, предоставляемая:	05	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1. в амбулаторных условиях	06	X	X	X	X	X	X	X	X
...
неработающим пенсионерам – постоянным жителям Рязанской области – в возрасте 60 лет и старше	08.2	обращения е (закончен ный случай)	0,01749	26 707,89 *	467,12	X	506841,00	X	X
...

*Стоимость 1 обращения (законченного случая) оказания стоматологической ортопедической помощи 1 неработающему пенсионеру в год – всего 18 977 случаев с учетом кадровой обеспеченности государственных стоматологических организаций врачами стоматологами-ортопедами (общая численность населения для расчета на 01.01.2022 – 1 085 152 чел.).

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Акты внедрения

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе и инновационному развитию федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

доктор медицинских наук, профессор


И.А. Сучков

« 21 » 06 2023 г.



АКТ

внедрения результатов научного исследования
Тишкиной Ларисы Николаевны

по кандидатской диссертации на тему:

«Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи»

в образовательный процесс кафедры экономики, права и управления здравоохранением

В состав комиссии, состоящей из сотрудников кафедры экономики, права и управления здравоохранением, ответственных за внедрение и принимающих участие во внедрении результатов научного исследования, вошли: Артемьева Галина Борисовна – д.м.н., профессор кафедры (председатель комиссии), члены комиссии: Успенская Ирина Владимировна – д.м.н., профессор кафедры, Манухина Елена Васильевна – к.м.н., доцент кафедры, Юрина Светлана Васильевна – к.м.н., ассистент кафедры.

Внедрение результатов научного исследования (основных положений и выводов диссертации, экономических расчетов и методических рекомендаций) осуществлено в деятельность кафедры экономики, права и управления здравоохранением ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, использовано в качестве материалов при подготовке учебных занятий (лекций, семинаров и практических занятий) для слушателей ФДПО по дисциплине – организация здравоохранения и общественное здоровье, по темам: формирование и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий; способы оплаты медицинской помощи на региональном уровне и в системе обязательного медицинского страхования; критерии доступности и качества медицинской помощи в части стоматологической помощи и стоматологической ортопедической помощи, при формировании «Методических рекомендаций по совершенствованию

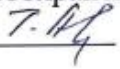
организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне».

Использование материалов диссертационной работы Тишкиной Л.Н. начато со второй половины 2022 года. Слушателями ФДПО высоко оценены внедренные материалы.

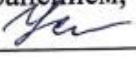
Замечаний и предложений по существу внедренных результатов диссертационной работы Тишкиной Л.Н. нет.

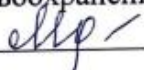
Решение об использовании результатов научного исследования в образовательном процессе принято на заседании кафедры экономики, права и управления здравоохранением от 27 января 2023 г. (протокол №7).

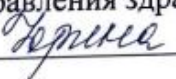
Председатель комиссии:

профессор кафедры экономики,
права и управления здравоохранением,
д.м.н., доцент _____ Г.Б. Артемьева
(подпись) 

Члены комиссии:

профессор кафедры экономики,
права и управления здравоохранением,
д.м.н., профессор _____ И.В. Успенская
(подпись) 

доцент кафедры экономики,
права и управления здравоохранением,
к.м.н., доцент _____ Е.В. Манухина
(подпись) 

ассистент кафедры экономики,
права и управления здравоохранением,
к.м.н. _____ С.В. Юрина
(подпись) 



**внедрения результатов научного исследования
 Тишкиной Ларисы Николаевны**

по кандидатской диссертации на тему:
**«Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества
 организации стоматологической ортопедической помощи»
 в деятельность ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника № 1»**

Следующие сотрудники ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника № 1», в качестве ответственных за внедрение и принимающих участие во внедрении результатов научного исследования, вошли в состав комиссии:

Пешков Михаил Владимирович – к.м.н., заведующий терапевтическим отделением (председатель комиссии),

члены комиссии:

Проказов Игорь Владимирович –заведующий ортопедическим отделением,
 Лукин Николай Александрович –заведующий зуботехнической лабораторией,
 Абаркина Татьяна Николаевна –врач стоматолог-ортопед.

Внедрение в деятельность ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника № 1» результатов научного исследования Тишкиной Л.Н., а именно: выводов диссертации, финансово-экономических расчетов и практических рекомендаций, а также разработанных автором «Методических рекомендаций по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне», позволило:

повысить эффективность и результативность работы стоматологической организации;

использовать «бережливые» технологии в процессе оказания жителям города Рязани стоматологической ортопедической помощи;

повысить доступность и качество организации стоматологической ортопедической помощи для отдельных категорий населения;

повысить удовлетворенность доступность и качество организации стоматологической ортопедической помощи.

Результаты экономических расчетов позволили определить на региональном уровне реальный «дефицит» кадров специалистов, оказывающих населению стоматологическую ортопедическую помощь, повысить удовлетворенность пациентов до 4,84 баллов (из 5,0 баллов возможных по шкале визуальной аналоговой шкале – ВАШ).

Использование материалов диссертационной работы Тишкиной Л.Н. начато с 2022 года и продолжается в настоящее время.

Отсутствуют замечания и предложения по существу внедренных результатов диссертационной работы Тишкиной Л.Н.

Председатель комиссии:
заведующий
к.м.н.


_____ М.В. Пешков

Члены комиссии:
Проказов И.В.


_____ .

Лукин Н.А.


_____ .

Абаркина Т.Н.


_____ .

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения

Рязанской области Л.М.И.

Пшеников А.С.

2023 года

АКТ



**внедрения результатов научного исследования
Тишкиной Ларисы Николаевны**

по кандидатской диссертации на тему:

**«Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества
организации стоматологической ортопедической помощи»**

в деятельность системы здравоохранения Рязанской области

Комиссия Министерства здравоохранения Рязанской области из трех человек, в составе: Хоминца Владимира Владимировича – заместителя министра здравоохранения Рязанской области (председатель комиссии) и членов комиссии: Сошкиной Лианы Амирановны – заместителя министра здравоохранения Рязанской области и Пешкова Владимира Александровича – главного внештатного стоматолога Министерства здравоохранения Рязанской области, сообщает о внедрении в деятельность системы здравоохранения Рязанской области результатов научного исследования Тишкиной Л.Н., в том числе «Методических рекомендаций по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне» и практических рекомендаций (по результатам научного исследования), что способствовало повышению результативности работы стоматологических организаций, внедрению «бережливых технологий» в первичном звене здравоохранения в части оказания стоматологических услуг, актуализации принципа пациентоориентированности при оказании стоматологической ортопедической помощи населению Рязанской области.

Внедрение «Методических рекомендаций по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне» способствовало: определению и обоснованию критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи, что позволило повысить ее доступность за счет повышения качества организации; определению нормативов труда, в том числе нормативов численности специалистов – выявлен

недостаток врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников, оказывающих населению стоматологическую ортопедическую помощь.

Важным результатом внедрения стал расчет показателей стоматологической ортопедической помощи для оказания отдельным категориям населения, в том числе наиболее социально незащищенным группам лиц – неработающим пенсионерам в возрасте старше 60 лет. Даны и обоснованы предложения по включению стоматологической ортопедической помощи в территориальную программу государственных гарантий, произведены соответствующие расчеты объемов и финансового обеспечения стоматологической ортопедической помощи.

Результаты работы способствовали повышению удовлетворенности пациентов стоматологических поликлиник города Рязани доступностью и качеством организации стоматологической ортопедической помощи; позволили научно обосновать критерии и показатели доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи и подготовить проект нормативного правового акта – постановления Правительства Рязанской области о включении стоматологической ортопедической помощи в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению на территории Рязанской области на 2024 год.

Использование материалов диссертационной работы Тишкиной Л.Н. начато с 2023 года, замечания по внедрению результатов диссертационной работы отсутствуют.

Председатель комиссии:

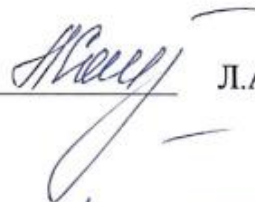
Заместитель министра здравоохранения
Рязанской области



В.В. Хоминец

Члены комиссии:

Заместитель министра здравоохранения
Рязанской области



Л.А. Сошкина

Главный внештатный стоматолог
Министерства здравоохранения
Рязанской области



В.А. Пешков



УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения
Рязанской области д.м.н.

А.С. Пшенников

2024 г.

АКТ

внедрения результатов научного исследования

Тишкиной Ларисы Николаевны

по кандидатской диссертации на тему: «Научное обоснование критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи» в деятельность Министерства здравоохранения Рязанской области

Комиссия Министерства здравоохранения Рязанской области в составе: председателя комиссии Хоминца Владимира Владимировича – заместителя министра здравоохранения Рязанской области, членов комиссии: Пешкова Владимира Александровича – главного внештатного стоматолога Министерства здравоохранения Рязанской области и Суровцевой Ольги Анатольевны – главного детского стоматолога Министерства здравоохранения Рязанской области, принимавших участие во внедрении в деятельность системы здравоохранения региона результатов научного исследования Тишкиной Ларисы Николаевны по научному обоснованию критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи, в том числе: Программы медико-социологического изучения доступности, удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным медицинским организациям; Методических рекомендаций по совершенствованию организации и оплаты стоматологической ортопедической помощи на региональном уровне; оценки результативности использования «бережливых технологий» в государственных стоматологических организациях; научного обоснования критериев и показателей доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи для использования их в территориальных программах государственных гарантий (ТПГГ) и оценки региональных показателей.

Внедрение результатов научного исследования проведено на базе пяти государственных медицинских организаций (структурных подразделений) областного центра (г. Рязань) в 2023-2024 гг. Использовался метод сравнительного анализа фактических региональных критериев и показателей с научно обоснованными в ходе данного исследования, метод оценки результативности «бережливых технологий», примененных в организации стоматологической ортопедической помощи, с тиражированием результатов исследования на региональном уровне.

По результатам научного исследования, в соответствии с поставленной целью и задачами, были достигнуты следующие медико-социальные и организационно-экономические результаты.

1) Определена отрицательная динамика уровня стоматологической заболеваемости по обращаемости населения Рязанской области в 2019-2022 гг., со снижением на -16,28 % до 269,96 на 1000 населения, и заболеваемости, определяющей потребность в стоматологической ортопедической помощи, на -17,15% до 123,58 на 1000 населения; с достоверным увеличением в структуре стоматологической заболеваемости доли болезней пульпы и периапикальных тканей с 36,65% до 41,16%, снижением болезней тканей пародонта с 9,60% до 4,62 % и прочих заболеваний – с 5,36% до 3,66%, при сохранении доли кариеса на уровне 50,0% ($p < 0,001$).

2) Установлен «социально-гигиенический портрет» пациентов, которым оказывалась стоматологическая ортопедическая помощь в государственных медицинских организациях, сформированный преимущественно неработающими пенсионерами в возрасте 60 лет и старше, не имеющими налоговых льгот и возможности возмещения затрат за оказание стоматологической ортопедической помощи, с доходами 1,37 МРОТ (17 525,04 руб.) на члена семьи, состоящей из 2-3 человек, в основном женщинами, городскими жителями.

3) Разработана Программа медико-социологического исследования удовлетворенности стоматологической ортопедической помощью и лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям, при внедрении которой в Рязанской области установлены следующие зависимости ($p < 0,001$): удовлетворенности доступностью стоматологической ортопедической помощи от качества ее организации (прямая умеренная, $r = 0,332$): удовлетворены 75,62%, по ВАШ (визуальной аналоговой шкале) $4,82 \pm 0,41$ баллов; удовлетворенности доступностью и качеством организации стоматологической ортопедической помощи от оценки собственной «ценности» для государственных стоматологических организаций (прямая умеренная, $r = 0,316$): 70,35% удовлетворенных в $\frac{1}{2}$ случаев считали себя «ценными» пациентами; удовлетворенности качеством организации стоматологической ортопедической помощи и лояльности к государственным стоматологическим организациям от уровня затрат на оказание стоматологической ортопедической помощи (обратные слабые, $r = -0,233$; $r = -0,135$); от доверительного отношения к лечащему врачу (прямые умеренные, $r = 0,402$ и $r = 0,326$): в группе доверявших более 75,0% удовлетворены и лояльны, по ВАШ – $4,84 \pm 0,44$ и $4,75 \pm 0,40$ балла; в группе не доверявших: $3,53 \pm 0,61$ и $3,48 \pm 0,54$, соответственно.

4) Достоверно установлены факторы удовлетворенности и лояльности пациентов, которым оказывалась стоматологическая ортопедическая помощь в 2019-2022 гг., к государственным организациям, в том числе положительные: использование пациентом права выбора лечащего врача, доверие ему пациента, удовлетворенность рекомендациями и иной актуальной информацией, положительной оценкой работы стоматолога-ортопеда и получением «ожидаемого» объема стоматологической ортопедической помощи; отрицательные: стоимостная и временная недоступность стоматологической ортопедической помощи, в том числе длительное ожидание, с формированием «живой» очереди при предварительной записи на прием.

5) Определены и научно обоснованы медико-организационные, финансово-экономические и медико-социальные критерии доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи, а именно: обеспеченность специалистами; соотношение расходов первичную стоматологическую помощь и стоматологическую ортопедическую помощь; соотношение объемов оказания стоматологической ортопедической помощи в городской и сельской местности; доля случаев записи на прием без непосредственного обращения в регистратуру; количество жалоб на доступность и качество организации стоматологической ортопедической помощи; степень удовлетворенности пациентов доступностью, качеством организации стоматологической ортопедической помощи и их лояльность к государственным стоматологическим медицинским организациям, что соответствует методике формирования ТППГ в части установления критериев доступности и качества медицинской помощи.

6) В соответствии с критериями, определены показатели доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи в сравнении с региональными показателями в государственных стоматологических организациях:

- низкая обеспеченность кадрами стоматологов-ортопедов, оказывающих стоматологическую ортопедическую помощь амбулаторно: штатная численность в 0,6 на 10 000 чел. (предложено – 1,22 на 10 000 чел.), коэффициент совместительства – 1,2 (предложено – до 1,5), укомплектованность – 91,67% (предложено – до 100,0%); зубными техниками: 1,82 на 1 стоматолога-ортопеда (предложено – 2,5 на 1 стоматолога-ортопеда), коэффициент совместительства – 1,0 (предложено – до 1,5), укомплектованность – 86,23 (предложено – до 100,0%);

- низкое соотношение объемов стоматологической ортопедической помощи в сельской местности по сравнению с городской: 1/3,8 из расчета на 1 жителя соответствующей местности (предложено – 1/1);

- не высокая доля случаев записи на прием к врачу-стоматологу-ортопеду без непосредственного обращения в регистратуру (интернет и др.) – 67,3 % (предложено $\geq 75,0\%$, с учетом предпочтения обращения в регистратуру $\frac{1}{4}$ пациентов);

- наличие жалоб в системе государственного здравоохранения на стоимостную недоступность стоматологической ортопедической помощи – доля 43,55% (предложено – доля жалоб на недоступность ортопедической помощи стремится к $\rightarrow 0$);

- степень удовлетворенности пациентов доступностью стоматологической ортопедической помощи, качеством ее организации и лояльностью к государственным учреждениям (по ВАШ): 4,80; 4,74 и 4,33, соответственно (предложено $\geq 4,9$ баллов по доступности, качеству организации и лояльности).

7) На основе критериев и показателей доступности и качества организации обосновано включение стоматологической ортопедической помощи в ТППГ Рязанской области: установлена общая потребность финансового обеспечения на сумму 5,54 млрд руб., с учетом выявленного уровня заболеваемости и определения средних затрат на 1 законченный случай лечения в размере 26 974 руб. (59,06% от средней номинальной начисленной заработной платы по региону), для нера-

ботающих пенсионеров общей численностью 210 690 чел., с наиболее низким интегральным показателем оценки доступности и качества организации стоматологической ортопедической помощи ($K_{lim\ f-1,0}^f=0,401$).

8) Учитывая обеспеченность врачами-стоматологами-ортопедами и зубными техниками (дефицит >60,0%) определен годовой охват стоматологической ортопедической помощью 18 977 неработающих пенсионеров и необходимость продления проекта до 2033г., с 10,26% увеличением финансового обеспечения бюджетной составляющей ТППГ, путем выделения из областного бюджета 506,84 млн. руб. в год и установлением нормативов стоматологической ортопедической помощи на 1 жителя Рязанской области: объем – 0,01764 законченных случаев, финансовое обеспечение – 467,07 руб., с направлением средств в государственные стоматологические организации по государственному заданию, при соответствующем контроле целевого расходования бюджетных средств и адресности оказания стоматологической ортопедической помощи.

9) Дана оценка результативности использования «бережливых технологий», в том числе путем внедрения «электронной регистратуры» и «Программы противоэпидемических мер безопасности для нераспространения коронавирусной инфекции», положительно повлиявших на доступность стоматологической ортопедической помощи: сокращение ожидания в очереди в регистратуру с $39\pm 0,11$ до $14\pm 0,09$ минут; отсутствие очередей на прием; снижение на -15,4 % количества пациентов, не пришедших на прием к специалисту в течение смены; достоверное повышение лояльности пациентов к государственным стоматологическим организациям (связь положительная, умеренная, $r=0,311$, $p<0,001$).

Каких-либо замечаний по существу внедренных результатов научного исследования Тишкиной Ларисы Николаевны у Министерства здравоохранения Рязанской области нет.

Заместитель министра
здравоохранения
Рязанской области



В.В. Хоминец

Главный внештатный
детский стоматолог
Министерства здравоохранения
Рязанской области



О.А. Суровцова

Главный внештатный
стоматолог
Министерства здравоохранения
Рязанской области, к.м.н.



В.А. Пешков